

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**OS SINTOMAS PSICOFUNCIONAIS E A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ  
NO PRIMEIRO ANO DE VIDA**

**MARILÉIA ORN SCALCO**

Mestranda

**Dr<sup>a</sup> TAGMA MARINA SCHNEIDER DONELLI**

Orientadora

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

São Leopoldo

**Março/2013**

Ficha catalográfica

S281s Scalco, Mariléia Orn  
Os sintomas psicofuncionais e a relação mãe-bebê no primeiro ano de vida  
/ por Mariléia Orn Scalco. – 2013.  
138 f. : il., 30cm.  
Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2013.  
Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tagma Marina Schneider Donelli.  
1. Relação mãe-bebê. 2. Sintomas psicofuncionais. 3. Gemelaridade. 4. Transtorno alimentar. 5. Transtorno respiratório. I. Título.  
CDU 159.922.7

Catálogo na Fonte:  
Bibliotecária Vanessa Borges Nunes - CRB 10/1556

## **Agradecimentos**

À meus pais Marino e Maristela (in memorian), que me deram a vida, me acolheram e me amaram de forma incansável e sempre me ensinaram a importância do estudo;

À meu marido Flávio, pela parceria, apoio e incentivo que tornaram possível a realização deste sonho. Esta é uma conquista nossa!

À meu filho Victor, que com sua inocência e paciência soube compreender minhas ausências necessárias;

À minha sogra Flávia, que incansavelmente colaborou como rede de apoio para que eu pudesse ter tranquilidade para deixar meu filho sob seus cuidados na certeza de que ele estaria bem;

À minha orientadora Tagma, pelo constante incentivo e apoio durante esta trajetória e por dedicar preciosas horas de suas merecidas férias na leitura de meus artigos, compadecida de minha urgência correndo contra o tempo em minha atual condição de gestante;

Ao pediatra Dr. Paulo Malanga, por ter se interessado pela pesquisa e que desde o início se disponibilizou em auxiliar na busca das duplas, contribuindo para a realização deste estudo;

Às duplas mãe-bebê que participaram desta pesquisa, pela disponibilidade em abrir as portas de suas casas e de suas histórias, possibilitando a concretização deste estudo.

## SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	08
<b>Seção I – OS SINTOMAS PSICOFUNCIONAIS E A RELAÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>MÃE-BEBÊS GÊMEOS AOS 9 MESES DE IDADE.....</b>	<b>.....</b>
1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1) Maternidade e Relação Mãe-Bebê.....	12
1.2) Sintomas Psicofuncionais. ....	21
1. MÉTODO.....	25
1.1 Delineamento.....	25
1.2 Participantes.....	26
1.3 Instrumentos.....	26
1.4 Procedimentos de Coleta de Dados.....	27
2. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
2.1 Descrição do Caso.....	30
2.1.1 Apresentação da mãe.....	30
2.1.2 Eixo I – O Período Pré-natal e o Parto.....	30
2.1.3 Eixo II – O puerpério.....	33
2.1.4 Eixo III – Relação Mãe-Bebês.....	35
2.1.5 Eixo IV – Sintomas apresentados pelos bebês.....	37
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
4. REFERÊNCIAS.....	44
<b>Seção II – O TRANSTORNO RESPIRATÓRIO E A RELAÇÃO</b>	<b>50</b>
<b>MÃE-BEBÊ NO PRIMEIRO ANO DE VIDA.....</b>	<b>.....</b>
1. INTRODUÇÃO.....	52
1.1 Maternidade e Relação Mãe-bebê .....	52
1.2 Sintomas Psicofuncionais e o Transtorno Respiratório.....	57
2. MÉTODO.....	61
2.1 Delineamento.....	61
2.2 Participantes.....	61
2.3 Instrumentos.....	62
2.4 Procedimentos de Coleta de Dados.....	63

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	64
3.1 Caso Lourdes e Leandro .....	66
3.1.1 Desejo pela maternidade.....	67
3.1.2 Gestação e Parto.....	67
3.1.3 Primeiros meses e o sintoma do bebê .....	69
3.1.4 Relação Mãe-Bebê.....	70
3.2 Caso Luisa e Daniel .....	73
3.2.1 Desejo pela maternidade.....	73
3.2.2 Gestação e Parto.....	74
3.2.3 Primeiros meses e o sintoma do bebê .....	75
3.2.4 Relação Mãe-Bebê.....	76
3.3 Caso Alice e Frederico .....	79
3.3.1 Desejo pela maternidade.....	80
3.3.2 Gestação e Parto.....	81
3.3.3 Primeiros meses e o sintoma do bebê .....	82
3.3.4 Relação Mãe-Bebê.....	84
3.4 Síntese dos Casos Cruzados.....	86
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
5. REFERÊNCIAS.....	98
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
ANEXOS.....	106

## **OS SINTOMAS PSICOFUNCIONAIS E A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NO PRIMEIRO ANO DE VIDA**

### **RESUMO**

Esta Dissertação de Mestrado teve por objetivo investigar a relação mãe-bebê em duplas cujos bebês apresentavam indicadores de sintomas psicofuncionais no primeiro ano de vida. Pretendeu-se, portanto, a partir de um entendimento psicanalítico, aprofundar o conhecimento a respeito da manifestação de sintomas psicofuncionais em fase precoce do desenvolvimento, além de compreender a dinâmica da relação mãe-bebê em diferentes contextos. Para atender a esse propósito, a presente dissertação é composta por dois estudos empíricos que abordam a relação mãe-bebê e seu entrelaçamento com os sintomas psicofuncionais em dois contextos específicos: gemelaridade e transtorno respiratório. O primeiro estudo foi intitulado “Os Sintomas Psicofuncionais e a Relação Mãe-Bebês Gêmeos aos nove Meses de Idade” e, através de observações e entrevistas, buscou-se investigar a relação mãe-bebês, em situação de gemelaridade, cujos bebês apresentam indicadores de sintomas psicofuncionais aos nove meses de idade. Os resultados demonstram que a gemelaridade pode configurar-se como, dentre outros aspectos, um fator de risco para o aparecimento dos sintomas psicofuncionais em fase precoce do desenvolvimento. O segundo estudo, “O Transtorno Respiratório e a Relação Mãe-Bebê no Primeiro Ano de Vida” teve por objetivo focar a relação mãe-bebê no contexto do transtorno respiratório. Os resultados demonstram que, apesar de não ocorrer de forma causal, falhas na função materna podem favorecer o desenvolvimento dos sintomas psicofuncionais, mais especificamente do transtorno associado a vias respiratórias, no primeiro ano de vida dos bebês dos casos estudados. Acredita-se que a realização deste estudo contribuiu para proporcionar uma maior compreensão acerca da complexidade das relações iniciais entre mãe e bebê, bem como sobre a importância do entendimento da manifestação de uma sintomatologia psicofuncional no início da vida.

Palavras chave: Relação mãe-bebê; Sintomas Psicofuncionais; Gemelaridade; Transtorno Alimentar, Transtorno Respiratório.

## **ABSTRACT**

This Master's Thesis was to investigate the relationship mother-infant pairs whose infants had indicators psychofunctional symptoms in the first year of life. It was intended, therefore, from a psychoanalytic understanding, deepen knowledge about the manifestation of symptoms psychofunctional in early stage of development, as well as understand the dynamics of the mother-infant relationship in different contexts. To serve this purpose, this thesis consists of two empirical studies that address the mother-infant relationship and its relationship with symptoms in two specific contexts psychofunctional multiple births and respiratory disorder. The first study was titled "The Relationship Symptoms psychofunctional and Mother-Baby Twins at nine months of age" and, through observations and interviews, we sought to investigate the mother-infant in situation of twins, whose babies have symptoms indicators psychofunctional at nine months of age. Results show that the twins can set up as, among other things, a risk factor for the onset of symptoms psychofunctional in early stage of development. The second study, "The Relationship Disorder Respiratory and Mother-Baby in the First Year of Life" aimed to focus on the mother-infant relationship in the context of disordered breathing. The results demonstrate that, despite not occur causal gaps in maternal role may favor the development of symptoms psychofunctional, more specifically the disorder associated with airway in the first year of life for infants of the cases studied. It is believed that this study helped to provide a clearer understanding of the complexity of initial relationships between mother and baby, as well as on the importance of understanding the manifestation of a psicofuncional symptoms early in life.

Keywords: Mother-child relations; Symptoms psychofunctional; Twins; Eating Disorders, Respiratory Disorder.

## 1. APRESENTAÇÃO

O vínculo do bebê com sua mãe nos primeiros anos de vida é considerado, pela abordagem psicanalítica, como sendo a relação fundamental para o desenvolvimento e construção das estruturas afetivas da criança (Klein, 1952/1982; Spitz, 1979/1998; Winnicott, 1956/2000; Bowlby, 1989). O amparo psíquico da figura materna para com seu bebê é de suma importância para a constituição do eu, sendo a base principal para todos os demais relacionamentos da criança com o mundo externo. Desta forma, o relacionamento sadio entre a mãe e filho e suas vivências afetivas significativas podem representar proteção e segurança para a criança, contribuindo para o desenvolvimento de sua autonomia e do seu aparelho psíquico como um todo (Castro & Levandowski, 2009; Coriat, 1997; Gorayeb, 1985).

No início da vida, mudanças importantes ocorrem tanto nas condições do bebê quanto da mãe, afetando-se, mutuamente, dentro de um padrão de relacionamento singular. A qualidade da relação inicial da dupla mãe/bebê é considerada de grande importância, particularmente no que se refere à comunicação, socialização e cognição (Edelstein, 2000; Debray, 1988). Nesta perspectiva, o encontro entre um adulto e um bebê representa um espaço de narrativa, no qual cada um conta ao outro algo de sua história: de um lado o bebê com suas vivências precoces e de outro o adulto, com as lembranças da criança que ele foi. Nasce, então, a interação entre ambos, juntamente com a construção de uma nova história, a história de cada dupla em especial (Golse, 2004).

A experiência interativa entre o bebê e sua mãe poderá resultar, na maioria das vezes, em uma representação harmoniosa dessa interação. Por outro lado, na medida em que essa relação acontecer de forma tensa e conflituosa, o bebê poderá expressar essa inconformidade através do corpo e das somatizações (Cunha, 2004; Oliveira, 2002).

Um dos precursores dos estudos no campo da psicossomática psicanalítica, Pierre Marty (1958), admitiu que a organização psicossomática de um indivíduo pode ser afetada pela maneira que a mãe interage com o filho, além da manifestação das particularidades hereditárias do recém nascido. Nesta abordagem, a presença de uma predisposição à somatização aliada a situações geradoras de angústia podem originar sintomas psicofuncionais ainda nas etapas iniciais da vida.

Desta forma, os sintomas psicofuncionais podem ser entendidos como indicadores de problemas passageiros ou persistentes e aparecem aliados a sua relação com a qualidade das trocas interacionais entre pais e bebê no início da vida. O interesse pelo assunto tem se ampliado nas últimas décadas e se difundido através de publicações científicas no Brasil e exterior (Pinto, 2004). A gênese destes fenômenos psicossomáticos encontra-se, de acordo com a literatura psicanalítica,



na dinâmica estabelecida na primeira infância entre o bebê e seu cuidador, frequentemente a mãe (Oliveira & Lopes, 2002).

No início da vida, ainda sem um aparato psíquico capaz de dar conta das demandas internas e externas, o bebê utiliza o corpo como uma via de alívio para comunicar um sofrimento. Desta forma, o corpo torna-se um produtor de sintomas na fase inicial da vida à medida que ainda não é capaz de produzir metáforas através da linguagem, do lúdico ou dos gestos (Raïna, 2004).

Tendo em vista a amplitude das questões apontadas acima, este estudo está organizado em dois artigos. O primeiro, que consta na seção I desta dissertação, é um artigo empírico que retrata aspectos da relação mãe-bebê e dos sintomas psicofuncionais em um caso de gemelaridade. Através de observações e entrevistas buscou-se investigar a relação mãe-bebês, em situação de gemelaridade, cujos bebês apresentam indicadores de sintomas psicofuncionais aos nove meses de idade. No segundo, constante na seção II, o artigo também empírico enfoca a relação mãe-bebê e o contexto do transtorno respiratório. Através de observações e entrevistas buscou-se compreender se existem aspectos da relação mãe-bebê que podem estar envolvidos na manifestação do transtorno respiratório. Por fim, apresentam-se as considerações finais a respeito desta dissertação, além da experiência do mestrado.

## Seção I – Artigo Empírico

# OS SINTOMAS PSICOFUNCIONAIS E A RELAÇÃO MÃE-BEBÊS GÊMEOS AOS NOVE MESES DE IDADE

### RESUMO

Os sintomas psicofuncionais manifestados pelo bebê se refletem no comportamento disfuncional da criança, sem uma causa orgânica definida e se manifestam nas áreas relacionadas ao sono, alimentação, digestão, respiração, pele e comportamento. A literatura aponta para a existência de uma relação entre a presença de tais sintomas no bebê e a dinâmica da relação deste com a mãe. A partir de uma perspectiva psicanalítica, a presente pesquisa, de caráter exploratório e abordagem qualitativa, utilizou o delineamento de estudo de caso único. Participaram deste estudo um trio formado pela mãe e seus bebês gêmeos com idade de nove meses, indicados por pediatra da região metropolitana de Porto Alegre, a partir da avaliação deste profissional acerca da presença de uma sintomatologia psicofuncional recorrente e sem resposta ao tratamento médico habitual. Este estudo teve por finalidade investigar a relação mãe-bebês, em situação de gemelaridade, cujos bebês apresentam indicadores de sintomas psicofuncionais aos nove meses de idade. Os instrumentos utilizados foram o *Symptom Check-List*, uma ficha de dados sócio-demográficos, entrevista semi-estruturada com a mãe e sessão de observação da interação livre da mãe com os bebês. Os resultados apontam que a gemelaridade pode configurar-se como um dos fatores que pode aumentar as chances do surgimento dos sintomas psicofuncionais em fase precoce do desenvolvimento. Além disso, a conflitiva conjugal aliada à falta de apoio paterno, em especial em situação de gemelaridade, pode potencializar as chances de surgimento de falha materna e conseqüente risco ao desenvolvimento de sintomas psicofuncionais nos bebês. Desta forma, ampliar a compreensão acerca do funcionamento de uma tríade pode contribuir como medida preventiva e fornecer subsídios para profissionais de diversas áreas de atuação que trabalham com bebês e suas mães como escolas, hospitais, clínicas e psicoterapeutas da relação pais-bebê.

Palavras chave: Relação mãe-filho; Gemelaridade; Sintomas Psicofuncionais.

## **ABSTRACT**

The symptoms manifested by psychofunctional baby are reflected in dysfunctional behavior of the child, without an organic cause defined. The most common symptoms are manifested in the areas related to sleep, feeding, digestion, respiration, skin and behavior. The literature points to the existence of a relationship between the presence of such symptoms in the baby and the dynamics of its relationship with the mother. From a psychoanalytic perspective, this research, exploratory and qualitative approach, we used the design of a single case study. The study included a trio formed by their mother and twin babies aged nine months, indicated by a pediatrician in the metropolitan area of Porto Alegre, from the evaluation of this person about the presence of a recurrent symptoms psicofuncional and unresponsive to standard medical treatment. This study aimed to investigate the relationship between mother and babies, in a situation of twins, whose babies have indicators psychofunctional symptoms at nine months of age. The instruments used were the Symptom Check List, a form of socio-demographic data, semi-structured interview with the mother and observing session of free interaction of mothers with babies. Results show that the twins can set up as a risk factor for the onset of symptoms psychofunctional in early stage of development. Moreover, the conflictive marital coupled with lack of parental support, especially in cases of multiple births, can enhance the chances of emergence of maternal failure and consequent risk to develop symptoms in babies psychofunctional. Thus, increasing the understanding of the functioning of a triad can contribute as a preventive measure and provide subsidies for professionals from various fields of expertise who work with babies and their mothers as schools, hospitals, clinics and therapists of parent-infant relationship.

Keywords: Mother-child Relations; Child Psychopathology; Twinning.

## **1. INTRODUÇÃO**

Nas últimas décadas, o desenvolvimento social e afetivo das crianças pequenas tem sido alvo de inúmeros estudos (Wendland, 2001; Brazelton & Cramer, 1992; Stern, 1997). O reconhecimento do papel ativo do recém nascido na interação com seus pais, pode ter motivado o aumento dos estudos sobre o desenvolvimento psicológico da criança desde o início da vida (Wendland, 2001).

Sendo assim, a clínica com o bebê trata de um ser em desenvolvimento e que apresenta absoluta dependência em relação ao seu cuidador. Então, esse desenvolvimento, segundo Winnicott (1968/1999), só pode se dar a partir da vivência de uma relação íntima e total de dependência em relação ao ambiente que o cerca e, especialmente, ao seu cuidador. É nesta fase de desamparo que a figura materna se faz de grande importância, como um sujeito capaz de apresentar ao bebê o mundo em que vive, favorecendo um desenvolvimento emocional saudável.

Para desenvolver as principais ideias deste artigo será seguido um roteiro baseado em dois tópicos principais: 1) os aspectos relativos à maternidade e ao contexto da relação mãe-bebê nas fases iniciais do desenvolvimento, assim como particularidades que envolvem a temática da gemelaridade e 2) o surgimento e as principais manifestações dos sintomas psicofuncionais.

### **1.1 Maternidade e Relação Mãe-bebê**

O nascimento de um bebê possibilita o nascimento de uma dupla parental e produz no seio familiar um contexto de relações bastante complexo, no qual cada integrante deste grupo lidará com a situação de maneira muito particular (Oliveira, 2002; Cunha, 2004). A mulher ocupa papel fundamental neste contexto, pois ao se tornar mãe, empreenderá um trabalho reflexivo sobre seu papel e sua capacidade de ocupar este lugar, revivendo seu papel de filha para absorver o papel de mãe deste bebê, o que irá se refletir na qualidade dos cuidados parentais dirigidos ao filho, contribuindo para a formação da estrutura psíquica da criança.

A maternidade é, então, um momento crucial no ciclo de vida da mulher que tem filhos e pode representar uma fonte de prazer e satisfação, assim como também pode representar um evento gerador de estresse e ser vivenciada de uma forma negativa. Ao analisar alguns casos no contexto da gestação e maternidade, Bernazzania e Bifulcob (2003) sugerem que, caso a gravidez ocorra em um contexto psicossocial difícil e conflituoso, aumenta a probabilidade desta gestação se constituir como um evento estressante, capaz de provocar diversos impactos negativos para esta mãe, inclusive um início de depressão.

Ao deslocar o foco de atenção da sexualidade do bebê para seu estado de dependência inicial, Winnicott (1960/1990) propôs uma compreensão das fases primitivas do ciclo de vida humano, diferenciando-se da teoria psicanalítica tradicional. Nesta compreensão, fica estabelecido que as falhas maternas no oferecimento de um ambiente adaptado ao estado de imaturidade do bebê, quando ocorrem de modo sistemático, repetidas vezes e, em intensidade acima daquele limiar que o bebê é capaz de suportar, podem levá-lo à vivência de perda de continuidade do ser, fragilizando a integração entre a psique e o soma. A conquista da unidade psicossomática do bebê será bem sucedida à medida que a mãe, vivendo uma adaptação ativa em relação ao filho, principalmente no período após o nascimento, consegue atendê-lo na necessidade fundamental de manutenção da linha de continuidade da existência.

Durante os anos iniciais do desenvolvimento psíquico, a questão do ambiente se resume praticamente à situação de relacionamento entre mãe e filho. Entretanto, o que representa maior importância nesse contexto não são os aspectos formais e visíveis desta relação, mas sim aquilo que se passa na intimidade da dupla e em suas vivências afetivas (Gorayeb, 1985; Winnicott, 1960/1990).

Sendo assim, o bebê que ainda não está constituído psiquicamente, requer que o ambiente – de modo preferencial a mãe – apresente condições suficientes de continência que lhe proporcionem a experiência de plenitude e de “sustentação”, a qual Winnicott (1960/1990) denominou de *holding*, em vista de a criança se encontrar, no início da vida, em um estágio de dependência absoluta, em que demanda um vínculo fusional com a figura materna. A função de exercer o *holding* encontra-se como uma das capacidades da mãe suficientemente boa que inclui, também, outras duas capacidades: a capacidade de manipular seu bebê e a capacidade de apresentar os objetos.

O *holding* pode ser definido, também, como uma espécie de provisão ambiental total, que inclui o segurar físico relacionado a significados como segurança, amparo, firmeza e apoio. À medida que a mãe consegue segurar e manipular seu bebê de forma suficientemente boa, ela possibilita os processos de maturação do bebê e facilita o desenvolvimento da confiança deste bebê para com o mundo ao seu redor. A função materna de manipulação facilita também a formação de uma parceria psicossomática na criança, desenvolvimento do tônus muscular e coordenação, além da capacidade da criança sentir a experiência do seu funcionamento corporal como um todo (Winnicott, 1965/2005).

À medida que se estabelece tal condição, progressivamente o bebê se desenvolve para o que Winnicott (1965/2005) chama de dependência relativa, na qual ele precisa diminuir gradativamente o vínculo fusional, para se libertar da necessidade da presença contínua da mãe e atingir o estágio

de independência, no qual se percebe, então, como um ser separado da mãe, diferenciando algo interior a si mesmo de algo que lhe é exterior. É nesse ambiente de integração que o bebê constitui-se enquanto unidade, mesmo em situação de dependência extrema, sendo seu ego organizado pelo apoio do ego materno que, com o decorrer do tempo, constitui sua personalidade. Neste contexto, a criança dá início a seu desenvolvimento real e pessoal com a presença desta mãe suficientemente boa, tendo em vista que o ego da mãe em consonância com o ego do bebê propicia apoio e o permite tornar-se ele mesmo (Winnicott, 1968/1999).

Sendo assim, ao realizar-se a abordagem do desenvolvimento físico e emocional do bebê, é comum que a imagem da mãe fique em evidência, especialmente em função da relação de dependência do bebê no início da vida (Edelstein, 2000; Teperman, 2005; Stern, 1997). Nesta relação de dependência, estão incluídos não apenas os cuidados de alimentação, higiene e proteção, mas também toda uma gama de cuidados especiais que vão além da manutenção da vida, e que se referem ao vínculo afetivo que permeia a relação da dupla (Winnicott, 1968/1999).

No final da gravidez, espera-se que a mãe entre em um estado de sensibilidade exacerbada a ponto de conseguir colocar-se no lugar do bebê e entender suas necessidades. Se isso ocorre, ela está desenvolvendo o estado denominado por Winnicott (1956/2000) como preocupação materna primária. O autor, que dedicou muitos de seus estudos à dinâmica da relação mãe e bebê, propõe que a mãe precisa alcançar esse estado psicológico de preocupação e depois recuperar-se dele, quase como equivalente a uma doença. Neste caso, a mãe poderá sentir-se no lugar do bebê e corresponder às suas necessidades corporais e egóicas. Essas mães têm mais chances de propiciar um contexto favorável para que a constituição psíquica da criança comece a se manifestar, que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações que envolvem esta etapa inicial do desenvolvimento.

Por outro lado, existem mães que temem e resistem à regressão contida neste estado de preocupação materna primária, tanto de forma consciente quanto inconsciente. Estas mulheres permanecem agarradas em suas ocupações adultas e apresentam dificuldades de identificação com seu bebê. Os cuidados destas mães para com seus bebês serão regidos por regras intelectualmente estabelecidas, conseguindo prover algumas coisas básicas, mas incapazes de estabelecer a comunicação profunda e silenciosa que a intimidade traz (Winnicott, 1956/2000; Dias 2003).

Com base no referencial teórico revisado até o momento, buscou-se analisar pesquisas enfocando aspectos da relação mãe-bebê. Foram encontrados aspectos diversos da relação como, por exemplo, as expectativas maternas (Povedano, Noto, Pinheiro & Guinsburg, 2011),

psicopatologia da criança (Skovgaard *et al.*, 2007) e depressão materna (Schwengber & Piccinini, 2005).

Na temática da relação mãe-bebê foram encontrados estudos que privilegiaram os aspectos relacionais, já nos momentos iniciais da relação mãe-bebê, nos quais ambos começam a se conhecer de fato e inúmeras expectativas tendem a surgir. Os pesquisadores Povedano, Noto, Pinheiro e Guinsburg (2011), realizaram um estudo com o objetivo de analisar as expectativas maternas com respeito aos filhos logo após o parto e, mais tarde, com um mês de vida, através do Inventário de Percepção Neonatal de Broussard. As participantes do estudo, 27 multíparas e 29 primíparas, mães de bebês saudáveis nascidos a termo, foram questionadas em dois momentos: no segundo dia pós-parto e após 30 dias do nascimento dos bebês. As questões se relacionavam com as dificuldades que ela esperava encontrar em relação ao choro, alimentação, regurgitação, evacuação, sono e cuidados de rotina, áreas que se referem ao desenvolvimento psicofuncional da criança. Os resultados indicam que de maneira geral, nos dois grupos, as entrevistadas, têm uma expectativa de que seu bebê irá ter menos dificuldades do que a maioria dos bebês em relação às atividades diárias, tanto logo após o nascimento quanto após 30 dias do mesmo. Esses aspectos iniciais da relação mãe-bebê são fundamentais para avaliar se poderão se configurar como um fator que pode propiciar o aumento ou não das chances de surgimento de sintomas psicofuncionais e ao posterior desenvolvimento do bebê.

A relação mãe-bebê tem sido foco de pesquisas em diferentes contextos, não somente no primeiro ano de vida, mas durante toda a primeira infância, apontando que o adoecimento infantil pode ter ligação importante com as perturbações existentes nas relações pais-bebê. Um estudo realizado na Dinamarca por Skovgaard *et al.* (2007), a respeito dos problemas de saúde mental em crianças de um ano e meio de idade constatou que a prevalência e a distribuição de psicopatologia em crianças desta faixa etária não se diferenciou nos mesmos quesitos em relação a outras faixas etárias. Entretanto, reforçou que os distúrbios na relação pais e filhos desempenham uma posição-chave na psicopatologia das crianças pequenas.

Neste amplo contexto das relações mãe-bebê, um papel que demonstra possuir relevância é aquele exercido pela depressão materna, tendo em vista as publicações existentes nesta temática (Frizzo & Piccinini, 2005; Ramos & Furtado, 2007; Guidolin & Célia, 2011). Estas pesquisas evidenciam que o estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente no estabelecimento das primeiras relações com o bebê, além de repercutir também no desenvolvimento afetivo, cognitivo e social da criança, podendo levar à produção de sintomas psicofuncionais. Um estudo realizado por Schwengber e Piccinini (2005) investigou a experiência da maternidade no contexto da depressão

materna no final do primeiro ano de vida do bebê utilizando como amostra 18 díades mãe-bebê, sendo 9 destas mães com indicadores de depressão e as outras 9 sem a presença destes indicadores, avaliados através do Inventário Beck de Depressão. Foi realizada entrevista sobre o desenvolvimento do bebê e a experiência da maternidade que demonstrou que mães com indicadores de depressão relataram mais insatisfação com o desenvolvimento do bebê, com o desempenho do papel materno e com o apoio recebido do companheiro e de outras pessoas. Destacou-se maior nível de estresse pela separação dos filhos em função do trabalho, pela ocorrência de conflitos familiares e conjugais, por dificuldades no manejo com o bebê e por dificuldades financeiras. Esses resultados comprovam que interferências na relação mãe-bebê podem ter relação com a produção de sintomas no bebê. Além disso, verificou-se a importância de avaliações e intervenções precoces que possam minimizar os efeitos negativos da depressão materna para a díade mãe-bebê.

Outro estudo investigou a associação entre depressão pós-parto materna e as alterações no sono dos bebês aos 12 meses de vida (Lopes et al, 2010) aponta que 35,7% dos bebês deste estudo possuem alteração no padrão de sono. Os resultados apontam que a alteração no sono infantil manteve associação com a sintomatologia depressiva da mãe, o que confirma que a interferências no comportamento materno tem ligação com sintomas apresentados pelo bebê. Desta forma os pesquisadores concluíram que os profissionais de saúde devem investigar de maneira rotineira os comportamentos de sono dos bebês e dar atenção à saúde mental das mães, a fim de identificar os problemas precocemente e oferecer suporte no manejo do sono dos bebês.

Os estudos citados até aqui se referem a relação mãe-bebê, na qual a mãe atende a demanda de apenas um bebê. Entretanto, quando aborda-se o contexto mais específico da gemelaridade, como é o caso deste estudo, é importante lembrar que, em geral, ao planejar a concepção o casal se prepara para receber apenas um bebê. Porém, ao conceberem gêmeos, as crianças poderão ser consideradas como se fossem uma só pessoa. É indiscutível que cuidar de um bebê é um grande desafio; cuidar de dois simultaneamente, como ocorre no caso de gêmeos, torna-se um desafio ainda maior, já que a mãe precisa atender a demanda de dois bebês com necessidades diferentes e que formarão personalidades também diferentes (Robin, Corroyer & Casati, 1996).

Winnicott (1945/2012) ressaltou que dificilmente a mãe conseguirá satisfazer igualmente as necessidades imediatas de dois bebês ao mesmo tempo. Neste caso, ela deverá se conscientizar de que sua finalidade não deve ser tratar cada filho de maneira idêntica, mas tratar cada um como um ser único. É essencial que o tratamento dado a cada gêmeo permita que a totalidade e a unicidade de cada um alcance pleno reconhecimento.



Bion (1991), ao considerar a função de *revêrie* da mãe, reforça que esta capacidade é essencial para que o ser humano tenha um bom desenvolvimento do seu aparelho mental. Nesta perspectiva, é possível imaginar o quanto a mãe de gemelares deveria ser bem instrumentada psicologicamente, sendo emocionalmente saudável, a fim de possibilitar o desenvolvimento adequado de seus bebês. Sendo assim, é extremamente importante considerar a capacidade da mãe de poder ajudar seus filhos a compreender e nomear suas emoções de modo que, espelhando as suas angústias e alegrias possa, não só contribuir para a estruturação de suas identidades próprias, mas também incrementar o relacionamento com cada um, ajudando a diferenciar quem é quem e, assim, evitar a confusão de identidades.

No caso de singulares, quando a mãe possui adequada capacidade para continência, o bebê pode se desenvolver e se separar dela, usando o relacionamento mãe-filho como um veículo para a formação de sua própria identidade. Em gêmeos, a presença de um outro bebê interfere e pode, inclusive, complicar esse processo, a medida que cada criança enfrentará um conflito entre a relação gemelar e a necessidade de desenvolvimento pela identificação com a mãe (Lewin, 1994).

Um estudo que buscou observar as interações entre mãe/cuidadores e gemelares, além de identificar fatores que influenciam o desenvolvimento dos gêmeos no primeiro ano de vida, foi realizado por Lucion e Escosteguy (2011). Este estudo evidenciou que a qualidade do vínculo parental influi no desenvolvimento dos gemelares durante o primeiro ano de vida, destacando que eles necessitam ser nutridos afetivamente por cuidadores adultos. Observaram-se escassas interações dos gêmeos entre si durante o período do estudo, reforçando a importância das relações com os cuidadores.

Outra pesquisa (David et al, 2000) teve por objetivo verificar como se desenvolve o apego entre a mãe e seus bebês gêmeos. Participaram do estudo cinco mães com filhos gêmeos, na faixa etária entre doze a vinte e cinco meses, podendo ser univitelinos e bivitelinos, não portadores de excepcionaisidades. Como instrumentos foram utilizadas entrevistas semi-dirigidas, observações naturalísticas da interação mãe-bebê e o teste “strange situation paradigm”, que teve por finalidade medir a qualidade de apego da criança a sua mãe, possibilitando classificá-lo em apego seguro, apego ansioso e evitante ou apego ansioso e ambivalente. Foi utilizado o delineamento estudo de caso, tendo como pressupostos que a acessibilidade e a qualidade dos cuidados maternos, além de possibilitarem a percepção das características individuais de cada filho gêmeo interferem no desenvolvimento do apego. A análise dos dados possibilitou concluir que, nestes participantes, o apego se estabelece entre a tríade: a mãe e cada um dos filhos gêmeos, o que significa que a mãe se vincula a ambos os bebês e estes, por sua vez, se vinculam igualmente à mãe e ao irmão. Constatou-

se, também, que as mães deste estudo conseguem perceber minuciosamente a diferença entre os bebês, o que proporciona um processo de vinculação mais saudável entre mãe e filhos.

Desta forma, entende-se que a relação mãe-bebê se reflete no desenvolvimento infantil sob diversos aspectos, sendo um destes aspectos de significativa relevância na literatura, representado pelo contexto da interação mãe-bebê. Desde a concepção, mães e bebês participam de um sistema muito intenso em suas relações, o qual emerge, se organiza e se modifica através da evolução e de eventos culturais atravessados ao desenvolvimento subsequente de ambos (Zamberlan, 2002). Neste contexto, as ações recíprocas que derivam das relações objetivas intrapsíquicas caracterizam-se como trocas interativas que revelam a natureza do que pode ser chamado de apego na relação da dupla (Cramer & Palácio-Espasa, 1993). O estudo desta troca permite apreender a receptividade do parceiro, o significado atribuído à solicitação e, de modo geral, a natureza da comunicação estabelecida na díade.

De acordo com Pinto (2004), no processo interativo, o bebê não é apenas submetido às influências do ambiente, mas pode ser considerado um parceiro ativo, gerador de importantes modificações em seu meio, cabendo ao seu cuidador interpretar suas necessidades físicas e psíquicas, atendendo-as a fim de favorecer a regulação dos estados e a organização dos sistemas de biorritmo. Neste contexto, a interação acontece como um interjogo entre parceiros, em que um influencia o outro em um constante processo de desenvolvimento, a partir de mecanismos de regulação recíproca.

Nesta experiência interativa, os agentes da relação são influenciados por dois mundos paralelos: o mundo externo, real, objetivo, e o mundo interno, imaginário, simbólico e subjetivo. Mãe e bebê construirão sua própria representação da experiência de estar com o outro. O resultado será o que Stern (1997) denominou “representação da interação”.

A representação da interação pode determinar a forma de sentir e atuar dos parceiros, além da qualidade desta interação. Essa construção acontece de formas distintas na mãe e no bebê: o bebê construirá essas representações lentamente, nas experiências recorrentes das atividades diárias como brincar, comer e dormir, atividades comuns, mas que permitem a elaboração dos sentimentos internos de ser e estar com o outro. Por outro lado, a mãe irá realizar essa construção baseada em dois aspectos: primeiro, da experiência real de estar com esse filho e, segundo, de suas fantasias, esperanças, expectativas, modelos parentais e lembranças da própria infância (Stern, 1997; Cunha, 2004).

Cada um dos participantes desta interação tem manifestações que se relacionam diretamente com seu próprio funcionamento psíquico, significando que, como em qualquer relação interpessoal,

além das características reais das pessoas envolvidas, há elementos representacionais, imaginários e fantasmáticos. Essas representações se relacionam com as fantasias, temores, desejos e distorções de cada um dos elementos da díade em relação ao outro (Pinto, 2004).

Nas últimas décadas, a tentativa de compreender de que forma as mães e as crianças interagem tem motivado uma parte importante da investigação neste domínio. Para investigar a qualidade da interação da díade mãe-bebê os estudos utilizam a via da observação, que facilita o acesso aos comportamentos interativos manifestados pela dupla como a troca de olhares, vocalizações e o contato físico. Um estudo realizado sob esta ótica foi o de Kärtner, Keller e Yovsi (2010) na Universidade de Osnabrück/Alemanha, com vinte mães originárias de Münster, na Alemanha e outras 24 mães originárias de Kumbo, em Camarões. Os autores analisaram respostas de contingente visual, auditivo e proximal das mães e vocalizações de seus bebês sem histórico de doença prévia nas semanas seguintes ao nascimento, com pontos de corte nas 4, 6, 8, 10 e 12 semanas de vida. Os resultados apontaram que os escores de contingência visual aumentaram de forma significativa ao longo das semanas no grupo de mães alemãs, enquanto os escores de contingência proximal decaíram à medida que a criança foi se desenvolvendo também neste grupo. As mães Camaronesas mantiveram seus padrões de resposta com mais linearidade. Esse fato levou os pesquisadores a concluir que as particularidades de diferentes culturas interferem nos padrões de interação mãe-bebê, durante o segundo e o terceiro mês de vida. As diferenças nos comportamentos interativos entre os dois grupos foram interpretadas como o resultado da relação entre os processos de amadurecimento durante os dois primeiros meses de vida que estão relacionados com a interação mãe-bebê em diferentes culturas.

A qualidade da interação mãe-bebê foi foco, também, de uma investigação realizada na Finlândia por Korja *et al.* (2010), relacionando o tema com as representações de apego materna envolvendo bebês prematuros. O objetivo do estudo foi avaliar a relação entre as representações maternas e a qualidade da interação mãe-bebê. As participantes eram um grupo de 38 mães e seus recém-nascidos prematuros ( $\leq 1.500$  g ou  $<32$  semanas de gestação) e outro grupo de 45 mães e seus bebês nascidos a termo. Os resultados mostraram que as representações maternas estão relacionadas à qualidade da interação mãe-bebê tanto em prematuros quanto no grupo de bebês a termo e suas mães, sem diferenças significativas entre os grupos. Desta forma, os resultados reforçam a importância da avaliação conjunta das experiências subjetivas da mãe à medida que estas têm relação direta com a qualidade da interação mãe-bebê.

Outra pesquisa que se refere ao contexto específico da interação em situação de prematuridade foi publicada na Alemanha, por Schmücker *et al.* (2005). Os resultados indicam que

bebês prematuros, filhos de mães com altos níveis de ansiedade, demonstraram ser menos responsivos facialmente na interação com suas mães, aos 3 meses de vida, confirmando o prejuízo que a ansiedade materna pode trazer às primeiras relações entre a mãe e o bebê.

Ainda na perspectiva interativa, observa-se um estudo que ganha relevância, no contexto desta pesquisa, pela investigação da temática com a utilização do *Sympton Check List*, que consta nos instrumentos aplicados na coleta de dados, elaborado por Robert-Tissot, Serpa, Bachmann, Besson, Cramer, Knauer, Muralt, Palácio e Stern (1989). Esta pesquisa foi realizada por Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger e Muller-Nix (2006) e focalizou a relação mãe-bebê como um dos fatores que podem agravar ou atenuar os efeitos impactantes da prematuridade. Os participantes foram 47 bebês pré-termo, internados na UTI neonatal do Hospital Universitário de Lausanne e 25 bebês nascidos a termo. Os bebês foram avaliados aos 6 meses de idade durante uma interação mãe-bebê e seus comportamentos codificados de acordo com o Care Index. A avaliação dos resultados comportamentais das crianças, aos 18 meses, foi obtida através de entrevista semi-estruturada com a mãe e do *Sympton Check List*. Os aspectos relacionados ao desenvolvimento foram avaliados por meio do *Griffiths Developmental Scales*. Os resultados apontaram para o impacto da qualidade da relação mãe-bebê no comportamento da criança. Os bebês prematuros apresentaram maior prevalência de sintomas psicofuncionais do que os bebês nascidos a termo, destacando-se sintomas relativos a dificuldades na quantidade e qualidade da alimentação. Uma das implicações clínicas mais importantes do estudo apontou para o apoio aos pais já quando este bebê está na UTI, e também nos primeiros meses de vida. O início das intervenções durante a internação neonatal e no período de transição para a casa colaborou na redução do estresse e da depressão materna, aumentou a autoestima da mãe e melhorou de forma positiva as interações mãe-bebê de famílias com crianças nascidas pré-termo.

Desta forma, a qualidade das interações na fase inicial da vida, entre o bebê e seu cuidador em diferentes contextos, tem implicações significativas, do ponto de vista clínico. As perturbações destas interações constituem, muitas vezes, um dos primeiros indícios de dificuldades em vias de instalação no bebê. Sendo assim, o estudo das interações pais-bebê pode ser visto com uma conotação preventiva evidente para a vida futura do bebê (Wendland, 2001).

Algumas falhas na interação mãe/bebê podem se manifestar em estilos maternos distintos, tais como intrusividade ou apatia. Esses estilos podem agir como potencializadores do surgimento de rupturas interacionais que podem gerar riscos ao desenvolvimento infantil (Crestani, Rosa, Souza, Pretto, Moro & Dias, 2010).

Neste contexto, os conteúdos mentais ainda não podem ser processados pelo aparelho psíquico do bebê e a via de descarga emocional é a corporal (Edelstein, 2000). Sendo assim, o bebê se caracteriza por uma unidade, por excelência, psicossomática, dada por sua própria condição humana. Na medida em que o psiquismo vai amadurecendo e se estruturando, ocorre uma diminuição das manifestações somáticas. É dentro desta óptica que se baseiam as teorias atuais em Psicopatologia do bebê.

## **1.2 Sintomas psicofuncionais**

Nos primeiros anos de vida, é comum que as manifestações sintomáticas do bebê não sejam entendidas como sintomas pelos clínicos. Os bebês vão ao pediatra, fazem diversos exames, porém estes sinais não são percebidos como conclusivos de que algo não vai bem com o bebê. Em geral, quando as consequências visíveis aparecem mais tarde, nas dificuldades escolares ou na fala, é que estas crianças tem mais chances de ser encaminhadas para um atendimento psicológico (Campanário & Pinto, 2006).

Por vezes, o bebê chega a atendimento psicológico após já ter passado por vários médicos, em geral pediatras, com a constatação de que algo não vai bem. As queixas, na maioria das vezes, estão relacionadas com uma série de manifestações somáticas ou do comportamento do bebê que podem ser chamados de sintomas psicofuncionais (Pinto, 2004).

Quando a criança apresenta um sintoma que coloca em risco a sua constituição psíquica, este sofrimento aparece no seu funcionamento corporal, é um sintoma “dado a ver”, diferentemente do adulto que tem condições de expressar seus sentimentos em palavras e atitudes (Jerusalinsky & Berlinck, 2008). O bebê ainda não adquiriu a capacidade de simbolização e este sofrimento é demonstrado através do corpo (Klein, 1982).

Conforme Kreisler (1978), um dos pioneiros no estudo da psicopatologia da criança pequena, a expressão somática ocupa posição de destaque na psicopatologia do bebê, tendo em vista o fato de atingir as principais funções: sono, alimentação, eliminação e respiração. Trata-se, portanto, de uma patologia principalmente funcional em que o corpo é o lugar pelo qual a criança em conflito exprime sua insatisfação.

Wendland (2001) aponta que, tanto dificuldades ligadas ao contexto familiar, cultural ou econômico quanto a presença de problemas físicos no bebê, podem repercutir negativamente nas interações pais-bebê. Nesse sentido, as consequências observadas podem apontar não somente para perturbações na relação ou no vínculo afetivo entre ambos, mas também para a presença de

sintomas psicofuncionais, que evidenciam a estreita relação entre o psíquico e o somático nas crianças pequenas e principalmente nos bebês.

Desta forma, o corpo desempenha papel central, representando uma via real de acesso aos processos de simbolização e subjetivação. Esses processos ganham importância também no contexto das interações precoces vividas pela criança, dando lugar a uma atividade de mentalização e figuração essencial na formação do aparelho psíquico do bebê. Nesta perspectiva, o desenvolvimento da criança e suas perturbações acontecem no entrecruzamento do “dentro” com o “fora”, do interno com o externo (Golse, 2004; Winnicott, 1960/1990).

Neste cenário, os sintomas psicofuncionais que aparecem aliados a sua relação com a qualidade dos vínculos primários e o interesse pelo assunto tem se ampliado nas últimas décadas e se difundido através de artigos científicos no Brasil e exterior (Pinto, 2004). A gênese destes fenômenos psicossomáticos encontra-se, de acordo com a literatura psicanalítica, na dinâmica estabelecida na primeira infância entre o bebê e seu cuidador, frequentemente a mãe (Oliveira & Lopes, 2002).

Os sintomas psicofuncionais podem ser definidos como manifestações de natureza principalmente somática e do comportamento da criança, sem uma causa orgânica definida e que podem indicar dificuldades na interação mãe-bebê ou pais-bebê, podendo ser compreendidos, até mesmo, como sintoma de relação, evidenciando a estreita relação entre o psíquico e o somático. Os sintomas psicofuncionais mais comuns, que aparecem no início da vida, são relacionados às seguintes áreas: sono, alimentação, digestão, respiração, pele e comportamento (Pinto, 2004; Robert-Tissot *et al.*, 1989).

Para Kreisler (1978), os distúrbios do sono estão no centro da clínica psicossomática da infância. O sono é o símbolo, ou talvez mesmo o equivalente, da fusão primária que se relaciona com o narcisismo. O que se percebe nesta expressão sintomática é uma representação da desordem do universo simbiótico em que, perante necessidades orgânicas e libidinais manifestadas pelo bebê, a mãe dá respostas desadaptadas e contraditórias. Segundo Pinto (2004), os distúrbios do sono são exemplificados pelo dormir mal, acordar-se muitas vezes durante a noite, demora para dormir, dormir muito tarde, pouco ou demais para a sua idade, e não ter uma rotina de sono estabelecida.

Na categoria dos transtornos alimentares, destacam-se distúrbios na quantidade e qualidade da alimentação (Pinto, 2004). Estas desordens alimentares instalam-se por volta do sexto mês, junto com a instalação da relação eletiva com a mãe (relação de objeto) e com a introdução de novos alimentos além do leite (Klein, 1952/1982; Kreisler, 1978). Um estudo empírico que investiga esta temática foi realizado no Recife por Santos, Lima e Javorski (2007) com os objetivos

de identificar os lactentes de cinco a oito meses alimentados segundo as recomendações do Ministério da Saúde; detectar os principais problemas enfrentados pelas mães no processo de introdução alimentar e identificar o tipo de orientação recebida pelas mães para iniciar a dieta de transição. As pesquisadoras concluíram que apenas 20,8% das crianças apresentaram um padrão alimentar adequado, segundo as orientações do Ministério da Saúde. A mãe, principal responsável pelos cuidados da criança, sofreu influências do seu ambiente familiar, sobretudo da avó, e da sociedade em que está inserida. Também foi observado que, para a transição alimentar das crianças, 97,4% das mães recebeu orientação escrita além da orientação verbal.

A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil, foi tema de investigação de um estudo que utilizou instrumentos como entrevistas e o IRDI. Realizada por Vendruscolo *et al* (2012), o estudo apontou que a dificuldade de transição alimentar e dificuldade de aleitamento correlacionam-se de modo significativo à presença de risco ao desenvolvimento infantil. Deste modo, a pesquisa demonstra que a dificuldade no aleitamento e na transição alimentar se associam a alterações nas interações iniciais detectáveis pelo IRDI, principalmente em relação ao eixo função paterna.

Os distúrbios que se relacionam às funções digestivas e gástricas referem-se a manifestações como regurgitação, cólica, soluço, prisão de ventre e diarreia (Pinto, 2004). Para Kreisler, Leon e Soulé (1981), as cólicas dos três primeiros meses podem ser influenciadas pelo meio. Esta afirmação se apoia no fato de que se a criança é confiada a outro cuidador ou se encontra hospitalizada, os sintomas tendem a melhorar ou até mesmo desaparecer. Essa sintomatologia demonstra, então, a possibilidade de um bebê responder por meio de um mal-estar físico, a circunstâncias anormais do ambiente: a interferência dos sistemas de comunicação na relação primitiva mãe-bebê.

Na categoria dos transtornos respiratórios encontram-se a asma, bronquite, alergias respiratórias e infecções de repetição, como laringites e faringites, que podem evidenciar as circunstâncias psicológicas do momento da crise (Pinto, 2004). Estas circunstâncias têm grande interferência na origem das crises respiratórias, principalmente a asma. Por um lado, a criança apresenta a dependência extrema em relação à mãe e, por outro lado, existe a proteção exagerada desta mãe, que a mantém sempre sob seu controle. A opressão respiratória tem, então, um sentido simbólico inconsciente e pode representar a repetição de uma situação relacional através da angústia respiratória, impedindo que o bebê crie um espaço de subjetivação a partir da ausência materna e, portanto, crie defesas psíquicas (Kreisler, 1978).

Os estudos que investigam questões relacionadas com os problemas respiratórios, na maioria das vezes, dão ênfase a uma fase mais adiantada do desenvolvimento infantil (Borba & Sarti, 2005; Goulart & Sperb, 2003). Essa observação vem a reforçar a necessidade da ampliação de uma compreensão em profundidade a respeito destes fenômenos clínicos precoces na primeira infância.

Um dos poucos estudos que abordou a problemática que envolve especificamente a área respiratória em fase precoce do desenvolvimento foi realizado por Oliveira e Lopes (2002), com o objetivo de compreender os fenômenos psicossomáticos, em especial a asma, em conjunto com as formas de operar da função materna. Participaram deste estudo qualitativo cinco díades mãe-bebê com crianças asmáticas de até dois anos. O estudo revela que a angústia materna pode incidir de forma operante na díade, sendo a asma infantil compreendida como a própria angústia manifestada no corpo. As mães destas crianças sugerem ser mais descritivas do que interpretativas na leitura das manifestações de seus filhos. Identificou-se a relevância das vivências maternas infantis para a qualidade dos cuidados maternos, evidenciando que quanto menor o nível de simbolização materno, mais graves poderão ser as manifestações sintomáticas na criança.

Os problemas de pele, como eczemas e alergias cutâneas, também parecem aproximar-se desta categoria, em função do seu caráter de agravamento em momentos de crise. A pele representa o toque, o contato e as trocas afetivas que envolvem a relação mãe-bebê (Pinto, 2004).

E na categoria distúrbios de comportamento, podem se manifestar temperamento difícil, irritação e choro freqüente, baixa consolabilidade, ansiedade e medos constantes, bem como dificuldades de vínculo e ansiedade de separação (Pinto, 2004; Kreisler, 1978).

Observa-se então, através da revisão da literatura, que a problemática relacionada ao comportamento, às dificuldades de relacionamento e à sintomatologia precoce representam, ainda, uma lacuna na literatura científica atual. O tema aborda um campo de estudo relativamente recente e, as poucas pesquisas encontradas nas bases de dados, investigam apenas um aspecto específico da sintomatologia. Nas raras vezes em que a sintomatologia precoce é abordada, os estudos são predominantemente teóricos, realizados através de revisão de literatura, o que denota carência de estudos que realizem pesquisas empíricas dentro desta temática.

A literatura científica a respeito da relação mãe-criança relacionada ao contexto da sintomatologia precoce ainda é escassa. Nesse sentido, a detecção precoce de problemas na primeira infância e a conseqüente dificuldade no diagnóstico também revelam um campo de pesquisa pouco explorado. A maioria dos estudos enfoca apenas um aspecto da sintomatologia como, por exemplo, a insônia (Tenenbojm, Rossin, Estivill, Segarra & Remião, 2010), o transtorno alimentar (Vendruscolo *et. al*, 2012) e o transtorno respiratório (Oliveira e Lopes, 2002).



Mais especificamente, existem poucos estudos acerca da relação precoce mãe-gêmeos e a crescente incidência de gestações gemelares evidencia a importância de um estudo com essa temática. Foram encontrados poucos estudos enfocando aspectos da relação entre mãe e filhos gêmeos (Bochernitsan, 2012; Lucion & Escosteguy, 2011; David et al, 2000). Grande parte das pesquisas enfoca os mais diversos temas relacionados a gemelaridade em fases mais adiantadas do desenvolvimento como situações edípicas (Tavares, 2007), subjetividade e narcisismo (Marquez, 2008), dificuldades de conduta na educação infantil (D'Onofrio *et al*, 2007), depressão parental (Singh, 2011), gêmeos abrigados (Careta, 2006), QI e desfechos de vida (Nedelec *et al*, 2012), práticas de socialização (Vieira & Branco, 2010), superdotação (Passos & Barbosa, 2011), entre outros.

Desta forma, esta pesquisa pretende aprofundar o conhecimento acerca da relação mãe-bebê em fase precoce do desenvolvimento, além de contribuir para compreender quais aspectos da relação mãe-bebê, em especial em situação de gemelaridade, podem estar envolvidos na manifestação de sintomatologia nos bebês, visto que a organização psicopatológica precoce remete a condições relacionais, também precoces (Lebovici, 1999; Kreisler, 1978). Além disso, outra contribuição deste estudo é o seu caráter preventivo, à medida que poderá evitar possíveis agravamentos e o surgimento de distúrbios crônicos futuros (Pinto, 2004).

Acredita-se, portanto, que as relações iniciais entre o bebê e seu cuidador são importantes para o desenvolvimento saudável da criança e qualquer evento que interfira nessas trocas entre o bebê e seus pais, tal como uma relação tensa e conflituosa e a consequente manifestação de uma sintomatologia precoce, merece atenção e investigação. Nesta perspectiva, esta pesquisa tem por objetivo investigar a relação mãe-bebês, em situação de gemelaridade, cujos bebês apresentam indicadores de sintomas psicofuncionais aos 9 meses de idade.

## **2. MÉTODO**

### **2.1 Delineamento**

Esta pesquisa foi realizada de acordo com a metodologia qualitativa, para a qual não bastam os dados levantados em si, mas a compreensão dos processos e significados destes para o indivíduo e sua cultura (Turato, 2000). Essa metodologia baseia-se no pesquisador como um instrumento de coleta de dados e entende o estudo com estilo indutivo enfocando, além do significado, a importância da interpretação da complexidade da situação (Creswell, 2010).

A estratégia utilizada nesta pesquisa foi um estudo de caso único no qual foram analisados a mãe e um casal de filhos gêmeos configurando um trio mãe-bebês, segundo o modelo de estudo de caso proposto por Yin (2005). A unidade de análise principal do caso foi a escuta da narrativa da mãe acerca da conflitiva vivenciada por ela e seus bebês e o processo de observação do trio em interação.

## 2.2 Participantes

Participaram deste estudo um trio formado por uma mãe e seu casal de filhos gêmeos, que buscaram atendimento médico em uma Unidade Básica de Saúde da região Metropolitana de Porto Alegre. A mãe tinha 27 anos, cursou ensino médio incompleto e não tinha relacionamento estável com o pai das crianças, do qual separou-se quando estava no quinto mês de gestação. No momento da coleta de dados ela não estava trabalhando e dependia da aposentadoria da mãe para seu sustento e de seus filhos, incluindo filho mais velho de 8 anos. O pediatra indicou para esta pesquisa apenas o bebê do sexo masculino, por este apresentar um histórico de dificuldades respiratórias. Durante a coleta de dados, a pesquisadora identificou a presença de indicadores de dificuldades alimentares na menina, irmã gêmea do menino. Assim, os participantes deste estudo são a mãe e seu casal de filhos gêmeos com 9 meses de idade.

## 2.3 Instrumentos

A coleta de dados da pesquisa de campo que norteou este estudo foi realizada a partir de:

**2.3.1 Questionário “*Symptom Check-list*”:** Avaliação dos Transtornos Psicofuncionais da Primeira Infância, (Robert-Tissot *et al.*, 1989)<sup>1</sup>: este instrumento foi desenvolvido para avaliar os sintomas psicofuncionais da primeira infância, com bebês de 6 semanas a 30 meses, através de entrevista com as mães, sendo composto por 84 questões que abordam os seguintes aspectos: sono, alimentação, digestão, respiração, alergias de pele, comportamento, medo da separação, utilização de cuidados médicos e mudanças na vida da criança. Com relação à forma, o questionário inclui um número de 50 perguntas fechadas, que permitem avaliar a presença, intensidade, frequência e duração dos sintomas psicofuncionais da criança durante as últimas 4 semanas. Estas perguntas são respondidas em escala *likert* de 1 a 5, sendo 1 para ausência de

---

<sup>1</sup> Tradução da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Batista Pinto (Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo). Revisada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jaqueline Wendland (Universidade de Paris V, Laboratório de Psicopatologia e Neuropsicologia Clínica). Versão modificada F-3.95. Instrumento não validado no Brasil, mas com utilização autorizada pela tradutora e pela revisora.

manifestações e 5 para frequência, duração e intensidade elevadas nas manifestações. As notas 2, 3 e 4 são atribuídas a frequência e duração intermediária de manifestações, em nível crescente. O instrumento inclui, também, questões de múltipla escolha e questões de perguntas abertas, que possibilitam identificar o histórico do distúrbio, as circunstâncias que ocorreram, as explicações oferecidas pelo ambiente, as reações e as tentativas para solucionar os transtornos. Como ferramenta de pesquisa, a técnica do questionário pode ser usada para várias finalidades como descrever, prever, avaliar (ou diagnosticar) o comportamento de um indivíduo ou uma população (Anexo E).

**2.3.2 Ficha de dados sócio-demográficos:** sua finalidade é a coleta de dados sócio-demográficos sobre os bebês e sua família, visando conhecer o perfil dos participantes (Anexo C).

**2.3.3 Sessão de observação da interação livre da mãe com os bebês:** trata-se da observação de um momento de interação livre do trio mãe-bebês, com duração aproximada de 60 minutos, na residência do trio, com o objetivo de conhecer de que forma se estabelece a interação entre a mãe e seus bebês.

**2.3.4 Entrevista semi-estruturada sobre a gestação, parto, primeiros meses de vida dos bebês e aspectos atuais do relacionamento mãe-bebês:** trata-se de instrumento que consiste em privilegiar a fala expressa pelos indivíduos como material para análise, seguindo um roteiro previamente elaborado pelo pesquisador, contendo questões mais ou menos abertas, na forma de um guia (Flick, 2004). Neste caso, o objetivo é conhecer dados sobre a gestação, parto, os primeiros meses de vida dos bebês e aspectos atuais do relacionamento mãe-bebês, além de investigar os sentimentos da mãe no que se refere ao relacionamento com seus bebês (Anexo D).

## **2.4 Procedimentos de Coleta de Dados**

Primeiramente, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale dos Sinos – UNISINOS, respeitando todos os princípios éticos para pesquisa em Psicologia com Seres Humanos contidos na resolução nº 016/2000, do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e do Conselho Nacional de Saúde, resolução nº 196/1996. Em seguida, foi realizado contato com pediatras de municípios da região metropolitana de Porto Alegre para agendar um horário a fim de apresentar os objetivos e a proposta do presente estudo. Neste primeiro encontro, foi entregue aos mesmos uma Carta de Apresentação (Anexo A), identificando instituição de origem, procedência e

objetivos do estudo, além de dados de identificação e de contato da pesquisadora, demonstrando o caráter científico da pesquisa. Neste encontro presencial houve oportunidade de expor aos profissionais a proposta da pesquisa e os critérios de inclusão que eram exigidos no estudo para que pudesse ser feita a indicação dos bebês. Além disso, este momento possibilitou verificar o interesse e a disponibilidade dos profissionais em contribuir com a execução da presente pesquisa. A partir da concordância destes profissionais em estabelecer uma parceria com a pesquisadora para indicação dos participantes deste estudo, foi feita uma solicitação de encaminhamento de duplas mãe-bebê, dando início à coleta de dados propriamente dita.

O pediatra que concordou em participar desta pesquisa solicitou que a pesquisadora o acompanhasse em seus atendimentos de puericultura que aconteciam em horários pré-definidos, a fim de localizar os possíveis participantes deste estudo. Ele acreditou ser essa a melhor opção visto que poderia esquecer de fazer os encaminhamentos ou correr o risco de encaminhar alguém fora do perfil estabelecido.

A mãe participante deste estudo foi localizada, inicialmente, neste acompanhamento de consulta. Mais tarde foi contatada por telefone, a fim de realizar o convite para participar da pesquisa. O fato de a pesquisadora ter acompanhado os atendimentos pode ter facilitado a concordância da participante em contribuir com o estudo, já que esta a conhecia e, além disso, o fato de estar com o pediatra durante a consulta deu maior credibilidade junto aos pacientes.

Após a concordância em participar do estudo, foi agendado o encontro presencial na residência da família, com o objetivo de explicitar a proposta, os objetivos e procedimentos do estudo. Com a confirmação do interesse em fazer parte desta pesquisa, a mãe assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como previsto nos procedimentos éticos (Anexo B).

Nesse contato foi preenchida a ficha de dados sócio-demográficos e realizada a aplicação do questionário “*Symptom Check-List*” (Robert-Tissot *et al.*,1989) para identificar quais sintomas psicofuncionais estavam presentes no bebê indicado pelo pediatra. Neste momento percebeu-se, através do discurso da mãe, que a irmã gêmea do menino evidenciava a presença de transtorno alimentar e foi solicitada autorização da mãe para que o estudo fosse realizado com a participação das duas crianças. Com a concordância da mãe, aplicou-se o questionário “*Symptom Check-List*” para identificar a presença de sintomas na menina. Mais tarde, foi realizada a entrevista semi-estruturada sobre a gestação, o parto, os primeiros meses de vida dos bebês e aspectos atuais do relacionamento mãe-bebês, que foi gravada e transcrita logo após sua ocorrência (Anexo E).

Por fim, ocorreu a sessão de observação da interação livre da mãe com os bebês, que foi posteriormente relatada. Todas as etapas foram realizadas em um único dia em função da

dificuldade de acesso ao local e da disponibilidade da mãe que preferiu realizar as etapas em um único encontro.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Todo o material foi analisado e interpretado a partir do referencial teórico psicanalítico, que versa a respeito da relação mãe-bebê e dos sentimentos referentes à sintomatologia precoce manifestada no primeiro ano de vida, além de pesquisas que abordam a temática na contemporaneidade. A análise dos dados utilizou como estratégia a proposição teórica de Yin (2005), a qual guiou a orientação teórica e a análise do caso.

O caso foi construído procurando integrar os resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos. Para a análise dos dados, inicialmente as respostas do *Symptom Check-list* foram codificadas conforme protocolo e roteiro próprios do instrumento. A codificação baseia-se em três dimensões para cada sistema (sono, alimentação, digestão, respiração, pele e comportamento) a ser avaliado, são elas: 1. variações dentro do normal; 2. tensões significativas, com alguma desarmonia na regulação da tarefa e 3. sistema claramente disfuncional. O roteiro do instrumento aponta que quanto maior a pontuação obtida nas respostas mais disfuncional é o sistema que está em avaliação. Essas respostas auxiliaram na construção do estudo deste caso, visando compreender e aprofundar a temática em questão. Os dados levantados na ficha de dados sócio-demográficos foram considerados como complementares para a contextualização e entendimento do caso. A observação do momento de interação livre mãe-bebês foi analisada qualitativamente, contribuindo para a construção do caso e o aprofundamento da compreensão deste. A entrevista com a mãe foi gravada e posteriormente transcrita literalmente. O material foi analisado em uma tentativa de compreensão individual das singularidades do caso.

A partir destes resultados o caso foi organizado em quatro eixos de compreensão, que são: I- o período pré-natal e o parto; II- o puerpério; III- relação mãe-bebês; e IV- sintomas apresentados pelos bebês. A exposição dos temas foi apresentada respeitando a cronologia dos acontecimentos. Ao longo dos resultados e discussões o nome da mãe e dos bebês, bem como informações adicionais que possibilitassem a identificação dos participantes deste estudo, foram alterados a fim de respeitar o sigilo.

Como se trata de um estudo qualitativo, que reconhece o pesquisador como sujeito ativo da pesquisa, as impressões do entrevistador também foram descritas e consideradas como dados complementares para a análise e compreensão dos casos estudados e dos resultados da pesquisa. Integrada aos resultados está apresentada a discussão que consistiu em analisar os fenômenos

exaustivamente, buscando articular a revisão teórica com os fatos levantados com os instrumentos da pesquisa.

### **3.1 Descrição do caso**

#### **3.1.1 Apresentação da mãe:**

Gabriela, 27 anos, ensino médio incompleto, solteira, reside atualmente com sua família de origem: mãe, irmão, cunhada, seu filho de 8 anos e os bebês de 9 meses de idade. É importante destacar que a mãe que Gabriela refere é, na verdade, sua avó paterna, e que, desde criança, ela acreditava que esta avó era sua mãe biológica. Aos 13 anos descobriu que ela era sua avó e que seria filha daquele que acreditava ser seu irmão. Como ele era muito novo na época em que engravidou a namorada, a mãe dele decidiu criar Gabriela como se fosse sua filha. A descoberta foi um período difícil, sendo descrito por Gabriela como um choque. Um mês depois de conhecer a verdade sobre sua história, quando considera que ainda nem havia tido tempo de se acostumar com a ideia, o irmão/pai veio a falecer em um acidente de automóvel. Cresceu pensando que sua mãe biológica era sua tia e assim a chama até hoje.

Percebe-se, então, que as relações familiares de Gabriela são confusas e mal resolvidas com a morte precoce de seu pai apenas um mês após a descoberta do que pode ser entendido como um segredo familiar. Nesse aspecto, nota-se a importância do mandato transgeracional, definido por Lebovici (1999) como uma perpetuação do modelo de apego vivenciado pelos pais em sua infância, com seus objetos primordiais, sendo reeditada nas relações posteriores ao longo do ciclo vital e, em especial, no relacionamento com os filhos. Desta forma, a influência das famílias de origem dos pais nas interações deles com o bebê é um ponto importante a ser considerado na investigação clínica de cada caso.

Pode-se pensar que a mãe biológica de Gabriela, possivelmente, teve dificuldade em exercer seu papel de mãe, delegando ou permitindo que este papel fosse exercido por sua sogra. Este fato, por si só, pode estar relacionado aos cuidados que Gabriela exerce para com seus filhos, pois, ao se tornar mãe, a mulher deve empreender um trabalho reflexivo sobre seu papel, revivendo seu papel de filha para assumir seu papel de mãe, que refletirá na qualidade dos cuidados parentais dirigidos ao filho (Oliveira, 2002; Cunha, 2004).

#### **3.1.2 Eixo I - O Período Pré Natal e o Parto**

Gabriela residia junto com o namorado contra a vontade de sua família, já que a mãe/avó, desde o início, considerava que ele “*não prestava*”. Desde que decidiu morar com o namorado,

Gabriela deixou seu filho mais velho de 8 anos com a mãe/avó, repetindo atitude que sua mãe biológica teve em relação a Gabriela, justificando que esta mora ao lado da escola que ele estuda, e sempre que podia ia visitá-lo ou buscá-lo em finais de semana esporádicos. Após 3 meses residindo com o namorado descobriu, através de um teste de farmácia, que estava grávida. Refere ter sido uma “burrice”, um “descuido”, e ter ficado muito assustada, chateada e até mesmo depressiva com a novidade, já que não houve um planejamento prévio desta gestação. No discurso de Gabriela: “(...) não foi planejado, foi burrice que eu digo (risadas) foi um descuido meu, mas foi tranquilo, de começo fiquei meio assustada. Atrasou e fui fazer o exame, teste de farmácia e deu certo né... na hora, deu batata. Depois disso fiz o de sangue e deu positivo. Mas foi tranquilo assim. Tive bastante enjoo, bastante azia, vomitava bastante, mas tranquilo. Na verdade no início fiquei assustada, chateada, um pouco depressiva pela situação.”

O desejo, em uma perspectiva psicanalítica, pode ser traduzido em uma esfera inconsciente, enquanto que na esfera do consciente fica a demanda. Sendo assim, a questão do desejo pode ser alvo de reflexão visto que a sensação de controle sobre a concepção que os métodos contraceptivos possibilitam à mulher não coloca em pauta suas motivações inconscientes para a concepção (Debray, 1988). Desta forma, quando uma gravidez ocorre pode-se inferir que é porque existia algum desejo inconsciente por parte da mãe, por mais que o discurso consciente não confirme este desejo (Fernandez, 1988).

A descoberta de que seriam gêmeos se deu com quatro meses. O pai das crianças estava a acompanhando durante o exame, e conta que sentiu-se apavorada, não sabia se ria, se chorava, e descreve o momento como sendo um susto, levou um tempo pra se acostumar: “Ai o médico disse, o que é eu não sei, mas vou sublinhar aqui esses dois pontinhos aqui, são duas crianças, de placentas separadas, são bivitelinos. Ai eu fiquei, deitada, não sabia se eu chorava, se eu ria, e foi um susto né... mas ao mesmo tempo pensei né: (PQP..), dois? Se é pra ser vai ser, não adianta, ninguém carrega uma cruz que não pode carregar, mas levou um tempinho pra eu me acostumar..”.

Conforme Winnicott (2012/1964), caso as mães pudessem escolher se gostariam ou não de ter filhos gêmeos, a maioria faria a opção de não tê-los na forma de gêmeos, sugerindo as dificuldades dessa situação. Ainda que a ocorrência do nascimento de gêmeos exerça uma certa fascinação sobre as pessoas, por outro lado esta revelação pode trazer consigo um aumento de ansiedade e angústia pela dúvida gerada a respeito da forma adequada de pensar sobre e lidar com os filhos gêmeos (David *et al.*, 2000).

Percebe-se que, no caso estudado, a gravidez foi um período bastante conflituoso no relacionamento do casal. As questões da gravidez propriamente dita e da gemelaridade podem ter sido secundárias ao sofrimento da mãe com a situação conjugal, dado que se confirma em função do fato da mãe, quando questionada sobre a gestação, se referir somente ao conflito conjugal: era preciso refazer a pergunta uma ou duas vezes para que ela falasse dos sentimentos para com seu estado gestacional.

Gabriela descreve os conflitos entre ela e o companheiro e a ausência do mesmo durante sua gestação com detalhes. Ela relata que, quando estava com cinco meses de gestação, separou-se do então companheiro, com o qual mantinha um relacionamento conflituoso por diversos motivos, entre eles: ele fazia uso de drogas continuamente, praticava agressões físicas contra ela com frequência e tinha humor instável. Além disso, Gabriela descobriu que outra mulher estaria grávida dele estando, inclusive, no mesmo período de gestação que Gabriela. Por esses motivos, decidiu voltar para a casa de sua mãe/avó, com o apoio dela. O relacionamento do casal durou, ao todo, oito meses, e o pai não registrou as crianças. No momento da coleta de dados deste estudo ele ainda não conhecia os filhos.

A principal fonte de apoio social esperada pela gestante é o apoio do seu companheiro ou o apoio paterno, apoio este que Gabriela não recebeu durante sua gestação. De maneira geral, espera-se que o pai ofereça segurança à mãe neste momento especial e esta segurança necessária irá basear toda a formação do vínculo mãe e filho. Este apoio pode ser traduzido como carinho, encorajamento e assistência à gestante, e influencia, mesmo que indiretamente, o bem-estar psicológico da mãe (Rapoport & Piccinini, 2006).

Constatou-se que Gabriela não pode contar com a ajuda de seu parceiro durante a gestação. Este, além de não ter oferecido auxílio a ela neste momento, ainda contribuiu de forma negativa, apresentando comportamentos inadequados descritos anteriormente, como humor instável, episódios de violência, infidelidade.

Gabriela considera ter tido uma gestação bastante tumultuada em função dos fatores descritos acima e de ter retornado para a casa da família de origem aos 5 meses de gestação. Além disso, as descobertas sobre o pai de seus filhos, a separação e a ausência deste no período restante da gravidez contribuíram para despertar nela um sentimento de desamparo. Refere que, apesar de ter o apoio da família, sentia-se muito sozinha neste período de gestação. Em suas palavras: *“Até um certo ponto a gravidez foi bem agitada, porque mesmo me separando e vindo pra casa depois eu fiquei muito, mas muito abalada, mexeu muito comigo, estava muito sensível. Aí depois eu vim pra casa, ai tu te pega sozinha entre aspas né, com duas crianças, meio complicado né, uns falam,*



*outros criticam, ai tu fica meio assim né (...).fiquei mais pra baixo ainda, porque dai sim, com 5 meses, voltei pra trás, meio decepcionada com tudo né!”.*

O fato de ter sido uma gravidez de gêmeos não ocupou lugar de destaque no discurso de Gabriela a respeito de sua gestação. Ela descreveu somente a surpresa inicial da descoberta, já que as informações descritas sobre o período restante da gestação eram, na maioria das vezes, a respeito dos sentimentos de abandono e solidão que sentia naquele período, sugerindo a gemelaridade como algo secundário, pelo menos em seu discurso.

Neste sentido, a conflitiva materna pode se refletir na relação da mãe com os bebês e nos diferentes sintomas manifestados por eles. Alguns transtornos psicofuncionais manifestados pelos bebês podem se relacionar com situações difíceis vividas pelos pais ou pela mãe na gestação, parto ou puerpério (Peleg, Halaby & Whaby, 2006).

Desta forma, a maternidade pode ser não somente um evento gerador de prazer e satisfação para a mulher, como também pode significar um evento gerador de estresse, sendo vivenciado de forma negativa (Berzzania & Bifulcob, 2003). Caso o cenário da gestação seja um contexto social difícil e conflituoso, as chances aumentam desta gravidez se configurar como um evento estressante, capaz de provocar impactos negativos nesta mãe, até mesmo a depressão. Gabriela parece não ter tido tempo e nem disponibilidade psíquica para direcionar seu pensamento em imaginar e personalizar estas crianças durante sua gestação, abrindo espaço para eles em sua vida e no seu imaginário, em função de toda conflitiva que vivenciou com o companheiro.

Quando questionada sobre o parto, Gabriela descreve que insistiu para que este ocorresse de modo normal, mesmo tendo sentido muita dor. O menino, Pedro, nasceu primeiro e a menina, Fernanda, nasceu 15 minutos depois. No período hospitalar, Gabriela ficou bastante tempo sozinha, já que sua mãe/avó precisava cuidar de seu filho mais velho, a tia era menor de idade na época e não tinha autorização para permanecer no hospital fora de horários de visita, então somente uma tia-avó foi uma ou duas vezes ficar com ela. Contava, também, com a ajuda dos acompanhantes dos outros pacientes que estavam no quarto com ela, já que todos se encantavam com sua dupla de bebês.

Gabriela demonstra muito orgulho de ter tido seus filhos através de parto normal. O fato de um parto gemelar ter ocorrido desta forma também chamou a atenção da equipe médica: *“ela fez exame de toque, ai estourou a bolsa na cara dela assim, deu tempo só de ela tirar, ai ali ela foi gritando parto gemelar normal, e foi saindo obstetra daqui, outro dali, foi incrível porque eu nunca vi tanta gente num parto, acho que por ser gêmeos né”.*

### 3.1.3 Eixo II - O Puerpério

Gabriela refere que sentia muita falta do pai das crianças, principalmente neste período inicial, estando responsável, sozinha, por duas crianças, além do filho mais velho. Ela sempre contou com a ajuda da mãe/avó e da irmã/tia, mas diz que faz questão de fazer quase tudo sozinha, dar banho, alimentar, brincar, fazer dormir. *“Eu sempre troquei, sempre dei banho, em todos os dois, até hoje, eu faço tudo. Até esses dias ela brigou comigo porque ela queria dar banho, mas eu gosto, por mais que eu canse, eu gosto dessa função, primeiro dou banho em um e depois no outro, se um está mais agitado eu dou naquele que tá mais agitado primeiro, então assim vai, sempre gostei de cortar unha, sempre gostei de fazer tudo sabe”*. Esse discurso pareceu um pouco contraditório, já que durante a observação ela solicitava ajuda da tia a todo instante, talvez porque estivesse dando atenção à pesquisadora. Outro fato que demonstra a contradição deste discurso foi observado durante a consulta médica de revisão das crianças, quando Gabriela entrou na sala somente com Fernanda, deixando Pedro, em evidente crise respiratória, aguardar do lado de fora da sala aos cuidados da tia (cena descrita de forma detalhada na sequência do texto).

Winnicott (2012/1964) afirma que uma mãe de gêmeos precisa dar conta de duas crianças ao mesmo tempo e este fato, por si só, traz como consequência a proximidade com o sentimento de fracasso, devendo esta mãe ficar satisfeita se conseguir fazer o melhor possível. Esse sentimento de fracasso assemelha-se a uma ferida narcísica materna, surgindo a partir do momento em que esta mãe de gêmeos se dá conta de que, por mais que se dedique, não conseguirá atender totalmente a demanda de ambos os bebês.

Gabriela amamentou os dois desde o início, sendo que ambos ganharam complemento de leite nan no hospital: Pedro sempre aceitou bem, mas Fernanda não gostava e vomitava. Pedro mamou com exclusividade até os 4 meses, depois começou a intercalar nan e chá de ameixa porque ele tinha constipação, até que parecia que a mamadeira não saciava ele, que parecia muito guloso, segundo constatação da mãe. Assim, foi diversificando os alimentos oferecidos a ele, começando com frutas, sucos, conforme orientação do pediatra. Fernanda, aos nove meses, ainda não havia largado o peito e aceitava poucos tipos de alimentos, além do leite da mãe. Costuma fazer cara feia quando é oferecido outro alimento como comida, iogurte ou fruta.

Os bebês dormem no quarto com a mãe, um na cama com ela e outro no berço. Geralmente é Fernanda quem fica no berço porque engatinha e já caiu da cama. A menina, além do peito, quer estar sempre no colo da mãe e, segundo ela, Fernanda é mais apegada a ela do que Pedro. Em função disso, a mãe fica bem mais tempo com Fernanda no colo, amamenta no peito, enquanto Pedro, de temperamento mais fácil, fica mais tempo no carrinho, come de tudo e aceita tudo com

mais facilidade do que Fernanda. Segue um trecho do relato da observação para ilustrar esta cena: *“Pedro quase não solicita a mãe, pediu colo apenas uma vez durante minha permanência na casa, parecendo estar com ciúme da irmã que estava há um bom tempo no colo. Gabriela então segura Pedro no colo e pede para a irmã pegar Fernanda que resmunga todo o tempo que a mãe está com o menino em seu colo. Ela aguenta a situação por alguns instantes e, em seguida coloca os dois no carrinho, mas a menina não fica, resmunga e consegue ir para o colo da mãe”*.

### **3.1.4 Eixo III - Relação Mãe-bebês**

O primeiro contato da pesquisadora com os participantes aconteceu durante a consulta pediátrica. Esta estava marcada para os dois bebês, porém Gabriela entrou na sala somente com Fernanda e logo o pediatra, que já a conhece, perguntou pelo outro filho, que estava na sala de espera com a tia. Então foi solicitado que entrassem todos juntos. Quando o pediatra viu o menino e observou sua respiração e seu resmungo, de imediato quis examiná-lo em primeiro lugar. Chamava atenção a dificuldade de respirar do menino que apresentava um forte episódio de crise de bronquite. O pediatra examinou Pedro, prescreveu medicação, tranquilizou a mãe e reforçou que, para o filho melhorar, o tratamento deveria ser seguido à risca, obedecendo sempre a medicação certa, o horário e quantidades determinados. Em seguida, encaminhou o menino à sala de enfermagem para realizar a primeira inalação já no posto de saúde, enquanto consultava a irmã.

Chama atenção o fato da mãe ter entrado na sala primeiro com a menina, que estava nitidamente bem de saúde e ter deixado o menino, em crise, esperando do lado de fora da porta, aos cuidados de outra pessoa. Além disso, observou-se que esta ficou com Fernanda no colo durante toda a consulta, enquanto o médico examinava o menino, sem se envolver diretamente nos cuidados com ele, tirar ou colocar roupas, deixando isso a cargo da tia e, quando este foi encaminhado para a inalação, também foi a tia quem o conduziu. A mãe parecia muito nervosa, dizendo que ficara a noite toda sem dormir porque Pedro estava com dificuldade de respirar, os olhos estavam cheios de lágrimas mas, ao mesmo tempo, esta não realizava os cuidados com ele durante a consulta, sem sequer tocá-lo.

O toque materno, de forma suficientemente boa, possibilita os processos de maturação no bebê, facilitando o desenvolvimento de confiança dele no mundo que o cerca (Winnicott, 1965/2005). Esta função de manipulação facilita a formação de uma parceria psicossomática na criança e a capacidade de sentir seu funcionamento corporal como um todo. Neste caso, o simples ato do toque ou da falta dele pode estar fazendo muita diferença para esta criança. Esse fato remete a uma possível falha no *holding* (Winnicott, 1960/1990), uma das capacidades da mãe

suficientemente boa, que ao perceber o estado de dependência absoluta de seu bebê lhe ofereça condições suficientes de continência, além da manipulação do bebê que é considerada outra capacidade.

Observou-se no ambiente da residência, no momento da coleta de dados, uma porta e uma janela abertas, com vento corrente, em um dia ensolarado porém de frio intenso. O frio chegava a causar certo incômodo, não só pelo desconforto da temperatura, como também pela preocupação com a saúde de Pedro que, há dois dias havia iniciado tratamento para crise respiratória. Durante o período da coleta de dados, que se estendeu durante toda a tarde, não foi realizada nenhuma inalação em Pedro, o que configura quebra de horários na tabela estabelecida pelo pediatra de fazer inalação a cada duas horas nos três primeiros dias.

Pode-se perceber, também, que a mãe apresentava necessidade importante de falar sempre dos dois filhos e não de apenas um, fazendo comparações entre as crianças. Esse comportamento vem a confirmar a ideia de Winnicott (2012/1964) de que a mãe deve tratar cada filho como único e tentar a todo momento descobrir diferenças entre eles. Certamente esta mãe irá perceber diferenças de temperamento entre seus filhos e, conforme sua atitude, cada um deles irá desenvolver suas próprias características. Esta é considerada uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos gêmeos, a de nem sempre serem reconhecidos como pessoas diferentes entre si.

Parece bastante importante que a mãe possa se relacionar com os filhos, considerando cada um deles como um ser único, individualizado e não como “um bloco de dois filhos” (Machado, 1980). Ao buscar agir desta forma, cada criança poderá se individualizar de forma mais satisfatória. A comparação entre os gêmeos também é frequente por parte das pessoas de maneira geral e a mãe tem o papel de minimizar tais situações, que podem se tornar problemáticas, ressaltando as características de cada gêmeo. Desta forma, será mostrado tanto às crianças como às pessoas que fizerem tais comentários que as crianças têm méritos próprios e por motivos diferentes, sem tomar como base em padrões comparativos. Assim, situações de rivalidade e de comparações poderiam ser amenizadas.

No caso em questão, a mãe parece demonstrar ambivalência em relação a individualidade das crianças, pois, ao mesmo tempo que comparava e diferenciava os gêmeos, falando de cada um deles como um indivíduo diferente do outro, com necessidades e temperamentos diferentes, não conseguia comentar os assuntos sobre apenas um dos filhos, tudo sempre era comentado de um e, em seguida, de outro em relação ao mesmo assunto. Além disso, na hora da alimentação, observou-se que era utilizado o mesmo pote de iogurte e a mesma colher para as duas crianças.

A mãe demonstrava carinho e afeto ao conversar com os filhos mas referia-se ao filho como

um mocinho, sugerindo mais independência, e a menina era sua princesinha, que precisava mais dela, era mais dependente. De fato, foi observado que a menina solicitava mais o colo da mãe através de resmungos, sendo sempre prontamente atendida, enquanto o menino ficava no carrinho tranquilamente, solicitando bem menos ser retirado dali. Pode-se considerar neste aspecto uma questão cultural que incentiva desde cedo o menino a ser forte e independente, enquanto a menina é vista como frágil e deve ser protegida.

O fato da mãe parecer ter mais atenção com a menina também pode estar ligado a questão de ela já ter tido um filho do sexo masculino anteriormente, tendo neste momento mais motivação em investir na menina, que pode ser vista como novidade. Outro ponto que pode ser considerado é a história da mãe que se atravessa nessa dedicação à menina, já que ela pode estar se identificando com esta filha, naquela criança que era criada pela avó, sem a mãe biológica por perto, sem ter sido amamentada por essa mãe, indefesa, que precisava de alguém que cuidasse dela pela ausência desta mãe. Esta constatação nos remete, mais uma vez, às idéias sobre o mandato transgeracional de Lebovici (1999) no qual existe uma perpetuação do modelo de apego vivenciado pelos pais em sua infância, sendo reeditada nas relações ulteriores ao longo do ciclo vital e, em especial, no relacionamento com os filhos.

Por vezes a mãe tem um discurso contraditório, relata que as suas expectativas quanto aos bebês é de querer que eles cresçam logo, parecendo querer pular as etapas, pois refere achar muito cansativo ter dois filhos bebês ao mesmo tempo mas, por outro lado, muito gratificante também. Essa ambivalência se reflete, inclusive no comportamento materno em relação aos filhos que se manifesta de modo diferente em cada criança. Se, por um lado, ela incentiva o menino a crescer, amadurecer, desmamando Pedro prematuramente, por outro lado incentiva a dependência de Fernanda, permitindo amamentação quase em tempo integral, como um bebê, reforçando a infantilização e dependência da menina. Além disso, chama a atenção que, durante a entrevista, após descrever fatos negativos ocorridos na gravidez ou até mesmo relatar dificuldades no cuidados com os filhos ela sempre concluía a frase afirmando: *“apesar disso foi tranquilo”*, quando não se identificava nada de tranquilo em seu discurso.

### **3.1.5 Eixo IV - Sintomas Apresentados Pelos Bebês**

Após a codificação dos dados do instrumento *Symptom Check-List*, os resultados apurados foram os seguintes: Pedro apresentou as categorias sono, alimentação, digestão, pele e comportamento com variações dentro da normalidade, apresentando alteração somente na categoria respiração que apontou sistema mãe-criança claramente disfuncional; Fernanda apresentou as

categorias sono, digestão, respiração, pele e comportamento com variações dentro da normalidade porém, o item alimentação, aponta para sistema mãe-criança claramente disfuncional.

Desta forma, percebe-se então que os dois bebês apresentam indicadores de sintomas psicofuncionais: Pedro manifesta crises de bronquite respiratória bem importantes, ficando dias com sintomas de crise respiratória como obstrução nasal, tosse forte com secreção, falta de ar; Fernanda, por sua vez, apresenta sintomas de dificuldades alimentares por não aceitar outros alimentos, querendo somente alimentar-se do leite materno. Sendo assim, as falhas maternas no oferecimento de um ambiente adequado ao estado de dependência absoluta e imaturidade do bebê, ocorrendo de modo sistemático e em intensidade acima do que pode ser suportado pelo bebê, podem fragilizá-lo e ocasionar a dificuldade de integração entre o soma e a psique (Winnicott, 1960/1990).

Pedro tem problemas respiratórios repetitivos desde os quatro meses, época em que também deixou de ser amamentado, e até o momento teve três episódios de crise, sendo o último descrito como o mais sério. A mãe considera que fica extremamente preocupada quando ele manifesta o sintoma: *“Eu fico agitada, eu me lembro que no hospital eu fiquei bem chateada porque ele não tinha dormido a noite toda, eu tenho um pânico assim, eu tenho medo porque ele é muito novinho (...) ele sempre foi mais fraquinho, a imunidade dele sempre foi mais baixa, mas é tranquilo, graças a Deus estão bem”*.

Interessante notar que a manifestação dos sintomas de Pedro iniciaram justamente quando este deixou de ser amamentado pela mãe, aos quatro meses de idade. A sintomatologia manifestada por Pedro, justamente neste momento, pode estar relacionada a uma forma de expressar a sua dificuldade de separação em relação a mãe nesta fase ainda considerada precoce do desenvolvimento para o desmame. O sintoma se manifesta no campo respiratório, mas Pedro continua sob o controle materno, sem possibilidades de criar seu próprio espaço de subjetivação.

Neste caso se, por um lado, a criança apresenta a dependência extrema em relação à mãe, por outro lado, existe também a proteção exagerada desta mãe, que mantém o bebê sempre sob seu controle, favorecendo a manutenção de uma relação simbiótica e bloqueando o impulso de separação-individuação do mesmo. A mãe superprotetora acaba por manter o bebê em estado de tensão elevada, cuja descarga é realizada através da crise respiratória (Kreisler, 1978).

A opressão respiratória tem, então, um sentido simbólico inconsciente e pode representar a repetição de uma situação relacional através da angústia respiratória, impedindo que o bebê crie um espaço de subjetivação a partir da ausência materna e, portanto, crie defesas psíquicas. Assim, esta sintomatologia interfere negativamente no processo de crescimento, funcionando a favor da manutenção da dependência (Kreisler, 1978).

No que se refere a questão da amamentação, somente Pedro deixou de ser amamentado, enquanto Fernanda continua alimentando-se, quase que exclusivamente, do leite materno. A menina nunca aceitou largar o peito, não gosta de mamadeira, os outros alimentos oferecidos a ela como frutas, iogurte e comida costumam ser ingeridos em quantidades muito pequenas, uma ou duas colheradas, fazendo cara feia e manifestando desejo pelo peito da mãe. Conforme a mãe, Fernanda exige que tudo tem que ser do seu jeito, caso venha a ser contrariada fica bastante incomodada, atira coisas no chão e demonstra com facilidade seu descontentamento. Um trecho do relato da observação realizada ilustra esta atitude: *“A tia ofereceu um bolacha para cada bebê, Fernanda pegou a bolacha, colocou na boca até a bolacha amolecer, e jogou-a no chão. Neste momento a mãe juntou a bolacha do chão, colocou sobre mesinha de centro e deu o peito para a menina mamar, tendo esta aceitado prontamente o peito”*.

Além disso, a ausência do pai, que poderia fazer este corte importante para o desenvolvimento saudável da criança, está ausente, pode vir a contribuir para o adiamento deste desmame. Nesta perspectiva, apesar da mãe se queixar, pode ser difícil para ela desmamar, romper essa proximidade. Deveria existir uma necessidade de separação por parte da mãe do corpo da criança e, caso isso não ocorra, pode demonstrar um certo prazer da mãe em manter a dependência da criança em relação a ela, ocorrendo falha na instalação da função paterna e na separação desta mãe. Esta falha decorre então da dificuldade de sustentação da mãe de um processo simbólico nas funções da criança (Pesaro, 2010). Em um primeiro momento há uma dificuldade na realização da função materna, a medida em que a mãe precisa aceitar não ter mais o domínio sobre seu filho e que, a partir deste momento, qualquer pessoa poderá alimentá-lo. Em um segundo momento, pela função paterna não estar sendo efetiva e não proporcionar, como deveria, o corte na simbiose mãe-filho e o decorrente processo de individuação da criança, permitindo o afastamento do seio materno (Dolto, 1988).

Winnicott (1945/2012) refere que o momento da alimentação é quando ocorre o estabelecimento de uma primeira relação de compromisso entre a mãe e bebê e, conseqüentemente, sobre as origens da moralidade. O autor afirma que a alimentação da criança é uma questão de relações mãe-filho; é um ato de colocar em prática a relação de amor entre a dupla mãe-bebê. Além disso, o autor coloca que o desmame somente acontecerá quando o bebê não mais aceitar o leite materno, sendo assim, é somente nesta base que o bebê pode começar a transigir com a mãe; o primeiro sinal de transigência é a aceitação de uma alimentação regular e segura.

Ainda sobre Fernanda, apesar da mãe não considerar relevante e, conseqüentemente, não ter aparecido na codificação do *Symptom Check-list* como um resultado fora dos padrões, chamou

atenção o comportamento da menina, que não consegue esperar para ser atendida em seus desejos, como exemplo quando quer ser amamentada, ou quando quer que a peguem no colo, ela chora, esperneia e expressa com facilidade seu descontentamento, sendo quase sempre imediatamente atendida. Segundo o discurso da mãe: “(...) *só que ele é mais calmo do que ela, ela é mais... era pra ser diferente, mas ela é mais manhosa, ela é guriazinha, ela é mais gritona, mais agitada, quer chamar atenção, chorona, mais beicuda, é a mocinha da mãe que nem eu digo mas tudo tem uma diferença um do outro. Ele já é mais calminho, se tu botar no carrinho e der uma bolacha ou um brinquedo pra ele, ele se interte brinca ou come a bolacha, o dia todo. Agora ela não, ela já é mais manhosa, quer só colo...*”.

Além disso, a mãe descreveu um dos poucos momentos que teve até agora de separação das crianças, quando se ausentou no período de uma tarde: “*precisei sair e ela passou a tarde em casa com minha mãe, durante todo tempo ela não quis mamadeira e nem nada, nem com insistência. Chorou muito e, quando voltei, ela se mostrou magoada, não quis vir no meu colo, fez beicinho, demorou um tempinho e depois ela veio se chegando. Sabe, acho que ela não pode me ver, mesmo se estiver bem no colo de alguém, se ela me vê, já fica brava, faz manha, quer meu colo e meu peito*”. Essa descrição sugere dificuldade de separação da menina em relação a mãe, o que também se confirma pela dificuldade em aceitar os alimentos e começar a diminuir os intervalos de mamadas no peito.

A base do desmame é uma boa experiência de amamentação, não só pelo alimento que este proporciona mas pela maneira como bebê e mãe se uniram, a adaptação da mãe às necessidades da criança, isto se traduz pelo fato de que a cooperação da mãe com a criança no início leva, naturalmente, à cooperação da criança com a mãe no momento do desmame (Winnicott 2012/1964). Pode-se pensar na possibilidade desta mãe considerar não ter conseguido investir adequadamente nestes bebês, não ter dado seu melhor a eles, possivelmente pelo seu momento de vida delicado, por sentir-se sozinha, atravessando um momento de vida difícil, dependente da própria mãe ou, ainda, por cuidar de dois bebês ao mesmo tempo, e estar tentando compensar essa falha na dificuldade de diminuir o ritmo de amamentação de Fernanda para que ela pudesse começar o processo de aceitação dos outros alimentos necessários ao seu ritmo de crescimento e faixa etária.

Considerando os dados analisados até o momento, percebe-se que, da mesma forma que a dificuldade em favorecer o desmame pode evidenciar uma dificuldade materna em permitir que a criança se desenvolva e se diferencie desta mãe, o transtorno respiratório pode ter o mesmo sentido simbólico. Neste caso, a criança também é dependente da mãe, na medida em que esta a mantém sempre sob seu controle, impedindo que o bebê crie um espaço de subjetivação a partir da ausência



materna, ocasionando falha na criação de defesas psíquicas (Kreiser, 1978). Desta forma, podemos pensar, também, que o desmame do menino pode até ser entendido como um alívio para esta mãe, tendo a separação surgido muito mais por uma necessidade materna do que do bebê. Mesmo assim, a dependência do menino está mantida quando o sintoma dele se manifesta na área respiratória, continuando sob o controle materno.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir dos eixos propostos neste estudo, pode-se refletir a respeito da presença do sintoma na constituição dos bebês e a forma pela qual estes são vivenciados pela mãe através da relação mãe-bebês. A sintomatologia manifestada em bebês, numa fase precoce do desenvolvimento, surge trazendo desconforto aos pais e cuidadores, podendo, na maioria das vezes, não ser entendida como um sintoma psicológico, até mesmo pelo ferimento que este entendimento poderia causar ao narcisismo da mãe.

Da mesma forma, o estudo da expressão do sofrimento em bebês pela via corporal em função da precariedade de um aparato psíquico capaz de dar conta de expressar essas inconformidades de outra forma, ainda constituem uma lacuna na literatura atual. Porém, os sintomas psicofuncionais ocupam um lugar de destaque na vida das famílias que convivem com eles, em função dos atravessamentos que eles provocam na vida cotidiana.

Inicialmente, a proposta deste estudo era investigar a relação mãe-bebê e a sintomatologia manifestada por apenas um dos bebês da dupla, na área respiratória. Porém, no momento da coleta de dados, surpreendeu a constatação da pesquisadora de que a menina também manifestava a sintomatologia psicofuncional na área alimentar. Apesar de manifestar-se na dupla de gêmeos em áreas distintas, a presença de sintomas psicofuncionais nos dois bebês confirma a idéia de que a relação da mãe com os bebês gêmeos tem chances maiores da ocorrência de falhas maternas, sofrendo interferências como estas, chegando a produzir sintomas.

Retomando o objetivo inicial deste estudo, percebe-se que a relação mãe-bebê em situação de gemelaridade configura-se de forma diferente e peculiar em relação a casos em que nasce apenas um bebê. Desta forma, pode-se inferir que cuidar de um bebê já se configura por si só uma tarefa que exige dedicação e entrega; quando se fala em dois bebês esta capacidade de entrega se multiplica. Neste caso, a possibilidade de falhas maternas também aumenta, devido à dificuldade que esta mãe certamente vai encontrar em suprir as necessidades de dois bebês simultaneamente. Os sintomas representam, então, uma expressão da relação mãe-bebê que, neste momento, não está servindo como um amparo psíquico adequado, necessário ao desenvolvimento saudável dos bebês.

E os bebês, por sua vez, estão expostos a uma demanda com a qual ainda não sabem lidar, manifestando via corporal esta incapacidade.

Diante dessa situação, pode-se pensar na possibilidade da gemelaridade vir a se constituir como um dos fatores que pode aumentar as chances de surgimento de sintomas psicofuncionais. Neste caso, a mãe, por mais que se esforce, dificilmente conseguirá se colocar no lugar desses dois bebês ao mesmo tempo, suprimindo suas necessidades de forma continente. Essa falha materna, pode ser inclusive descrita como “esperada” para casos de gemelaridade. Não se pretende, com isso, afirmar que a manifestação de sintomas psicofuncionais irá ocorrer de forma generalizada em todo contexto de gemelaridade ou multiparidade, apenas que as chances de sua ocorrência aumentam nestes casos.

Além disso, no caso abordado, esse fator de risco também se amplia, devido a ausência do apoio paterno tão destacada pela mãe em seu relato sobre seu período gestacional. Esta ausência paterna pode potencializar as chances de surgimento de falhas maternas e conseqüente risco ao desenvolvimento de sintomas psicofuncionais nos bebês. Caso estivesse presente, esta figura paterna poderia contribuir oferecendo apoio e segurança para esta mãe exercer seu papel, além de fazer cortes importantes na relação mãe-bebês, peculiares da função paterna, favorecendo o desenvolvimento saudável das crianças.

Não se pretende com essa colocação responsabilizar totalmente a mãe pelo que acontece em termos de saúde mental do bebê, mas sabe-se que a relação mãe-bebê constitui-se numa interação delicada e de extrema importância para a formação psicológica do indivíduo. Desta forma, pode-se afirmar que a relação mãe-bebê pode influenciar, de maneira positiva ou negativa no desenvolvimento psicológico da criança.

Tendo em vista a importância de uma postura adequada dos pais de gêmeos, na maneira de tratá-los, contribuindo para uma relação mãe-bebê mais satisfatória, considera-se de grande importância a realização de trabalhos preventivos e de orientação familiar nesta área. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir com estas questões, uma vez que a gemelaridade em uma perspectiva psicológica constitui-se num tema ainda pouco explorado na atualidade.

É importante ressaltar que o método utilizado de análise observacional e qualitativa passa pelo viés da análise subjetiva. Buscou-se minimizar esta interferência com os instrumentos utilizados, como o *Symptom Check-list*, apesar do mesmo também tratar-se de um instrumento qualitativo. O fato de ser um estudo de caso único pode, dependendo do ponto de vista, representar uma limitação. Mas, por outro lado pode representar uma vantagem visto que possibilita aprofundar o entendimento exhaustivamente, sem a pretensão de tornar os achados generalizáveis.

Desta forma, ampliar a compreensão acerca do funcionamento de uma tríade pode contribuir como medida preventiva e fornecer subsídios para profissionais de diversas áreas de atuação que trabalham com bebês e suas mães como escolas, hospitais, clínicas e psicoterapeutas da relação pais-bebê. Além disso, apesar das limitações do estudo, tentou-se aprofundar ao máximo a temática da pesquisa, a fim de se caracterizar como um trabalho sério, oportunizando a discussão dos dados levantados no caso, contribuindo com um tema ainda pouco aprofundado na literatura existente e demonstrando o caráter preventivo desta pesquisa, buscando ampliar o entendimento e evitando a cronificação da sintomatologia apresentada.

## REFERÊNCIAS

- Bernazzania, O. & Bifulcob, A. (2003). Motherhood as a vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. *Social Science & Medicine*, 56, 1249–1260.
- Bion, W. R. (1991). *O aprender com a experiência* (P. D. Corrêa, Trans.). Rio de Janeiro: Imago. (Original published in 1962)
- Bochernitsan, E. (2012) *Percepção de pais e mães a respeito do comportamento de seus filhos gêmeos*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre, PUCRS.
- Borba, R. I. H. & Sarti, C. A. (2005). A asma infantil e o mundo social e familiar da criança. *Rev. bras. alerg. imunopatol.* 28 (5), 249-254.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Campanário, I. S. & Pinto, J. M. (2006). O atendimento Psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias: uma clínica da antecipação do sujeito. *Estilos da Clínica* (21) 11, 150-169.
- Careta, D. S. (2006). Análise do desenvolvimento emocional de gêmeos abrigados no primeiro ano de vida: encontros e divergências sob a perspectiva winnicottiana. *Dissertação de Mestrado*, São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, USP.
- Castro, E. K. & Levandowski, D. C. (2009). Desenvolvimento normal da criança e do adolescente. In Castro, M. G. K; Stürmer, A. *Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica* (pp. 55-61). Porto Alegre: Artmed.
- Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2000). Resolução n 16/2000 de 20/12/2000. *Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos*. Brasília, Brasil: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Nacional de Saúde [CNS] (1996). Resolução n 196/96 de 10/10/1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Brasil.
- Coriat, E. (1997). *Psicanálise e clínica de bebês*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Cramer, B. & Palácio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Crestani A.H., Rosa F.F.M., Souza A.P.R., Pretto J.P., Moro M.P. & Dias L. (2010). A experiência da maternidade e a dialogia mãe-filho com distúrbio de linguagem. *Revista CEFAC*, São Paulo.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed.

Cunha, I. (2004). A mãe, o recém nascido de muito baixo peso e a interação: uma nova perspectiva. In R. O. de Aragão (org.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 211-223). São Paulo: Casa do Psicólogo.

D'Onofrio, B. M., Slutske, W. S., Turkheimer, E., Emery, R. E., Harden, K. P., Heath, A. C., Madden, P. A. F. & Martin, N. G. (2007). Intergenerational Transmission of Childhood Conduct Problems: A Children of Twins Study. *Arch Gen Psychiatry*. 64 (7), p. 820-829. doi:10.1001/archpsyc.64.7.820.

David, D. L., Azevedo, E. C., Russi, E. M. S., Berthoud, C. M. E., Oliveira, A. L. O. (2000). Tríade de contato íntimo: apego entre mãe e filhos gêmeos. *Revista Biociências*, 6 (1), 57-63.

Debray, R. (1988). *Bebês/mães em revolta*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

Dolto, F. (1988). *Psicanálise e Pediatria*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.

Edelstein, T. M. (2000). A interação mãe bebê: os sintomas psicossomáticos e o pediatra. *Revista Pediatria Moderna*, 36 (1/2), 70-74.

Fernandez, M. A. (1988). *Fantasia inconscientes de primigestas através do procedimento de desenhos-estórias*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, PUC – Campinas.

Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *PEDIATRICS*, 118 (1), e107-e114.

Frizzo, G. B. & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 10 (1), 47-55.

Golse, B. (2004). O bebê, seu corpo e sua psique: explorações e promessas de um novo mundo (apego, psicanálise e psiquiatria perinatal). In R. O. de Aragão (Org.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 15-40). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Gorayeb, R. (1985). *Psicopatologia infantil*. São Paulo: EPU.

Goulart, C. M. T. & Sperb, T. M. (2003). Histórias de criança: as narrativas de crianças asmáticas no brincar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (2), 355-365.

Guidolin, B. L. & Célia, S. A. H. (2011). Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário. *Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul*, 33 (2), 80-86.

Jerusalinsky, J. & Berlinck, M. T. (2008). Leitura de bebês. *Estilos da Clínica* 24 (13), 122-131.

Kärtner, J., Keller, H. & Yovsi, R. D. (2010). Mother-infant interaction during the first 3 months: The emergence of culture-specific contingency patterns. *Child Development*, 81 (2), 540-554.

- Klein, M. (1982). *Os Progressos da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Kon. (Original published in 1952)
- Korja, R., Ahlqvist-Björkroth, S., Savonlahti, E., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H., Piha, J., Lehtonen, L. (2010). Relations between maternal attachment representations and the quality of mother–infant interaction in preterm and full-term infants. *Infant Behavior and Development*, 33(3), 330-336.
- Kreisler, L. (1978). *A criança psicossomática*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Kreisler, L., Fain, M., Soulé, M. (1981). *A criança e seu corpo: psicossomática da primeira infância*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Lebovici, S. (1999). As consultas psicoterápicas. In A. Guedeney & S. Lebovici (orgs.), *Intervenções psicoterápicas pais/bebê* (pp.63-71). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lewin, V. (1994). Working with a twin: implications for the transference. *British Journal of Psychotherapy*. London, 10 (4), p.499-510.
- Lopes, E. R., Jansen, K., Quevedo, L. A., Vanila, R. G., Silva, R. A., Pinheiro, R. T. (2010). Depressão pós-parto e alterações de sono aos 12 meses em bebês nascidos na zona urbana da cidade de Pelotas/RS. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 59(2), 88-93.
- Lucion, M. K. & Escosteguy, N. (2011). Relação mãe-cuidadores de gemelars no primeiro ano após o nascimento. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21 (2), 207-318.
- Machado, D. V. M. (1980) *Meus filhos gêmeos*. São Paulo: Almed.
- Marquez, I. S. M. A. B. (2008). *Gêmeos, subjetividade e narcisismo: especificidades interferentes*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Núcleo de Método Psicanalítico e Formações da Cultura. PUC – SP.
- Marty, P. (1958). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Nedelec, J. L., Schwartz, J. A., Connolly, E. J., Beaver, K. M. (2012). Exploring the association between IQ and differential life outcomes: results from a longitudinal sample of monozygotic twins. *Temas em Psicologia* 20, (1), p. 31 – 43.
- Oliveira, A. & Lopes, R. C. S (2002). Função Materna e os Fenômenos Psicossomáticos: reflexões a partir da asma infantil. *Dissertação Mestrado*, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Passos, C. S., & Barbosa, A. J. G. (2011) Características de superdotação em um par de gêmeos monozigóticos. *Psico-USF* [online], (16) 3, p. 317-326. ISSN 1413-8271. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712011000300008>.
- Peleg, O., Halaby, E. & Whaby, E. N. (2006). The relationship of maternal separation anxiety and differentiation of self to children's separation anxiety and adjustment to kindergarten: A study in Druze families. *Anxiety Disorders*, 20, 973–995.

- Pesaro, M. E. (2010). *Alcance e limites teórico-metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco ao desenvolvimento infantil*. (Tese) São Paulo: Instituto de Psicologia, USP.
- Pinto, E. B. (2004). Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estudos de Psicologia*, 9 (3), 451-457.
- Povedano, M. C. A., Noto, I. S. B. S., Pinheiro, M. S. B., Guinsburg, R. (2011). Expectativas e percepções da mãe quanto ao seu recém-nascido: aplicação do inventário de percepção neonatal de Broussard. *Revista Paulista Pediatria*, 29 (2), 239-244.
- Ramos, S. H. A. S. & Furtado, E. S. (2007). Depressão puerperal e interação mãe-bebê: um estudo piloto. *Psicologia em Pesquisa*, 1 (1), 20-28.
- Ranña, W. (2004). A clínica com bebês: eixos da constituição subjetiva e modalidades de intervenção. In R. O. de Aragão (org.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 59-72). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rapoport, A. & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16 (1), 85-96.
- Robert-Tissot, C., Rusconi-Serpa, S., Bachman, J.-P., Besson, G., Cramer, B., Knauer, D., Muralt, M. de, & Palacio-Espasa, F. (1989). Le questionnaire "Sympton Check-List". In S. Lebovici. P. Mazet, & J.-P. Visier (orgs.), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp. 179-186). Paris: Eshel.
- Robin, M., Corroyer, D. & Casati, I. (1996). Childcare patterns of mothers of twins during the first year. *J. CHILD PSYCHIAT*, 37 (4), 453-460.
- Santos, C. S.; Lima, L. S.; Javorski, M. (2007). Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 7 (4), 373-380.
- Schmücker, G., Brisch, K-H., Köhntop, B., Betzler, S., Österle, M., Pohlandt, F., Pokorny, D., Laucht, M., Kächele, H., & Buchheim, A. (2005). The influence of prematurity, maternal anxiety, and infants' neurobiological risk on mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 26(5), 423-441.
- Schwengber, D. D. S. & Piccinini, C. A. (2005) A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. *Revista Estudos de Psicologia*, 22 (2), 143-156.
- Singh, A. L., D'Onofrio, B. M., Slutske, W. S., Turkheimer, E., Emery, R. E., Harden, K. P., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Statham, D. J., & Martin, N. G. (2011). Parental depression and offspring psychopathology: a Children of Twins study. *Psychol Med.* 41(7), p.1385-1395. doi:10.1017/S00332917110002059.
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jørgensen, T., Olsen, E.M., Heering, K., Kaas-Nielsen, S., Samberg, V., & Lichtenberg, A. (2007). The prevalence of mental

health problems in children 1½ years of age – the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (1), 62–70.

Spitz, R. A. (1998). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes. (Original published in 1979)

Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Tavares, M. E. B. P. (2007) Situações triangulares em gêmeos durante o primeiro ano de vida: conjecturas sobre o complexo de Édipo. Tese de Doutorado. São Paulo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, USP.

Tenenbojm, E., Rossin, S., Estivill, E., Segarra, F., Reimão, R. (2010). Causas de insônia nos primeiros anos de vida e repercussão nas mães: atualização. *Revista Paulista Pediatria*, 28(2), 221-226.

Teperman, D. W. (2005). *Clínica psicanalítica com bebês – uma intervenção a tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Turato, E. R. (2000). Introdução à metodologia de pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2, 93-108.

Vendruscolo, J. F., Bolzan, G. M., Crestani, A. H., Souza, A. P. R., Moraes, A. B. (2012). A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. *Disturb Comun*, 24 (1), 41-52.

Vieira, A. O. M. & Uchoa, A. B. (2010). Cultura, crenças e práticas de socialização de gêmeos monozigóticos. *Psicologia em revista*. Belo Horizonte. [online]. 16 (3), p. 575-593. ISSN 1677-1168.

Wendland, J. (2001). A abordagem clínica das interações pais-bebê: perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 45-56.

Winnicott, D. W. (2012). *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: LTC. (Original published in 1945)

Winnicott, D. W. (1990). Teoria do relacionamento paterno-infantil (I. C. S. Ortiz, Trans.). In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 38-54). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original published in 1960)

Winnicott, D. W. (1999). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Original published in 1968)

Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária (D. Bogomoletz, Trans.). In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Original published in 1956)



Winnicott, D. W. (2005). O primeiro ano de vida: concepções modernas do desenvolvimento emocional. In D. W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 03-20). São Paulo: Martins Fontes. (Original published in 1965)

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Zamberlan, M. A. T. (2002). Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 399-406.

## Seção II – Artigo Empírico

# OS TRANSTORNOS RESPIRATÓRIOS E A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

### RESUMO

No início da vida, as relações iniciais entre o bebê e seus cuidadores são estruturantes e constituintes do psiquismo humano. À medida que esta relação sofre algum tipo de interferência, ela poderá resultar em uma vivência tensa e conflituosa e o bebê passará a expressar o desconforto gerado pela situação através da via corporal e das somatizações. Neste cenário, surgem os sintomas psicofuncionais, que manifestam-se no comportamento disfuncional da criança, sem uma causa orgânica definida e relacionam-se com as áreas do sono, alimentação, digestão, respiração, pele e comportamento. A partir de uma perspectiva psicanalítica, a presente pesquisa, de caráter exploratório e abordagem qualitativa, utilizou o delineamento de estudo de casos múltiplos a fim de compreender as manifestações sintomáticas psicofuncionais relacionadas ao transtorno respiratório e suas possíveis intersecções com a relação mãe-bebê, durante o primeiro ano de vida. Participaram deste estudo três duplas mãe-bebê indicados por pediatra da região metropolitana de Porto Alegre, que apresentaram indicadores de sintomas psicofuncionais, relacionados ao transtorno respiratório, no primeiro ano de vida. Os instrumentos utilizados foram o *Symptom Check-List*, uma ficha de dados sócio-demográficos, entrevista semi-estruturada com a mãe e sessão de observação da interação livre das mães com seus bebês. Os resultados apontam que, apesar de não ocorrer de forma causal, falhas na função materna manifestadas através de superproteção da mãe em relação ao filho, podem favorecer o surgimento dos sintomas associados ao transtorno respiratório, em fase precoce do desenvolvimento. Dessa forma, aprofundar a compreensão da relação mãe-bebê pode ser entendida como uma forma de prevenção visto que se ocupa da detecção precoce, podendo ser considerada um novo território de intervenção, um novo olhar, tanto teórico quanto técnico, para a criança em seus primeiros anos de vida.

Palavras chave: Relação mãe-filho; Sintomas Psicofuncionais; Transtorno Respiratório.

## **ABSTRACT**

In early life, the initial relationships between infant and caregivers are structural constituents of the human psyche and potentially responsible for current and future mental health of the baby. As this relationship suffers some kind of interference, it may result in a tense and confrontational experience and the baby will express the discomfort of the situation via the body and somatization. In this scenario, symptoms psychofunctional, which are manifested in dysfunctional behavior of children without an organic cause defined and relate to the areas of sleep, feeding, digestion, respiration, skin and behavior. From a psychoanalytic perspective, this research, exploratory and qualitative approach, used delineation of multiple case study to understand the symptomatic manifestations psychofunctional related breathing disorder and its possible intersections with the mother-infant relationship during the first year of life. The study included three mother-infant pairs indicated by a pediatrician in the metropolitan area of Porto Alegre, which showed symptoms psychofunctional indicators, related respiratory disorder in the first year of life. The instruments used were the Symptom Check List, a form of socio-demographic data, semi-structured interview with the mother and observing session of free interaction of mothers with their babies. The results show that, despite not occur causal gaps in maternal function expressed through the overprotective mother for the child, may favor the emergence of symptoms associated with respiratory disorders in early stage of development. Further understanding of the mother-infant relationship can be understood as a form of prevention because early detection is concerned, may be considered a new area of intervention, a new look, both theoretical and technical, for the child in their early years.

**Keywords:** mother-child relations; psychofunctional Symptoms, Respiratory Disorder.

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Maternidade e Relação Mãe-bebê

O nascimento de um bebê, que vem ao mundo em condição de dependência absoluta, desperta no seio familiar uma necessidade de reorganização dos papéis entre integrantes deste grupo, onde cada um lidará com a situação de maneira muito particular. Destaca-se a partir daí o papel da mãe que, dada a condição de desamparo do bebê, passa a ser de grande importância, sendo esta responsável pela formação da estrutura psíquica da criança. O bebê precisa da mãe ou de alguém que desempenhe este papel de ambiente materno, que possa se dedicar a ele funcionando como uma ponte que o ligue ao mundo e a si mesmo. Assim, este bebê irá gradativamente passar do estado inicial de total dependência para um estado de dependência parcial ou relativa, até que consiga alcançar sua independência, tornando-se um ser viável como uma unidade independente (Oliveira, 2002; Cunha, 2004).

Sendo assim, ao realizar-se a abordagem do desenvolvimento físico e emocional do bebê, a imagem da mãe fica em evidência, especialmente em função da dependência do bebê em relação à ela no início da vida (Edelstein, 2000; Teperman, 2005; Stern, 1997). Quando se torna mãe, a mulher tende a refletir sobre seu novo papel e sua capacidade de ocupar este lugar, revivendo as suas próprias relações iniciais com sua mãe, que irão se refletir na qualidade dos cuidados maternos que serão dirigidos ao seu filho (Oliveira, 2002; Cunha, 2004). Ainda no final da gestação, a mulher é chamada a exercer seu papel de mãe, criando um novo vínculo com o bebê e devendo estar preparada para a entrada em um estado de “doença normal” (Brazelton & Cramer, 1992).

Em outras palavras, essa “doença normal” acontece no final da gravidez, quando espera-se que a mãe entre em um estado de sensibilidade exacerbada a ponto de conseguir colocar-se no lugar do bebê e entender suas necessidades. Quando isso ocorre, ela está desenvolvendo o estado denominado por Winnicott (1956/2000) como preocupação materna primária. O autor, que dedicou muitos de seus estudos à dinâmica da relação mãe e bebê, propõe que a mãe precisa alcançar esse estado psicológico de preocupação e depois recuperar-se dele, quase como equivalente a uma doença. Neste caso, a mãe poderá sentir-se no lugar do bebê e corresponder às suas necessidades corporais e egóicas. Essas mães têm mais chances de propiciar um contexto favorável para que a constituição psíquica da criança comece a se manifestar, que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações que envolvem esta etapa inicial do desenvolvimento.

Sendo assim, o bebê que ainda está com sua constituição psíquica em formação, necessita que a mãe ofereça condições suficientes de continência que lhe proporcionem a experiência de plenitude e de “sustentação”, a qual Winnicott (1960/1990) denominou de *holding*. A função de exercer o *holding* encontra-se como uma das capacidades da mãe suficientemente boa que inclui, também, a capacidade de manipular seu bebê e ser continente (Gorayeb, 1985; Winnicott, 1960/1990).

Neste contexto, pode-se definir o *holding* como uma espécie de provisão ambiental completa, no qual o segurar físico pode representar para o bebê sentimentos de segurança, amparo, firmeza e apoio. À medida que a mãe consegue realizar estas tarefas de forma suficientemente boa, ela possibilita os processos de maturação do bebê e facilita o desenvolvimento da confiança deste bebê para com o mundo ao seu redor. A função materna de manipulação facilita também a formação de uma parceria psicossomática na criança, desenvolvimento do tônus muscular e coordenação, além da capacidade da criança sentir a experiência do seu funcionamento corporal como um todo (Winnicott, 1965/2005).

Uma mãe capaz de oferecer esse tipo de ambiente para seu filho, isto é, que o protege das agressões fisiológicas, levando em conta a sensibilidade sensorial do bebê, respeitando seu estado de total dependência, foi denominada por Winnicott de “mãe suficientemente boa”. Conforme conceito do autor, é uma mãe que realiza adaptação ativa às necessidades de seu filho, incluindo o estabelecimento de uma comunicação empática com o bebê, que não se restringe à execução de cuidados mecânicos de rotina começando, assim, a garantir à criança um ambiente suficientemente bom, que lhe dá espaço para desenvolver-se a partir de suas próprias experiências (Winnicott, 1960/1990).

O bebê constitui-se, então, enquanto unidade, nesse ambiente de integração mesmo dependente, sendo que seu ego organiza-se através do apoio fornecido pelo ego materno. Assim, com o decorrer do tempo, sua personalidade vai se constituindo e evoluindo para o estado de dependência relativa até chegar à independência. Neste contexto, a criança dá início a seu desenvolvimento real e pessoal com a presença desta mãe suficientemente boa, tendo em vista que o ego da mãe juntamente com o ego do bebê propicia apoio e o permite tornar-se ele mesmo (Winnicott, 1968/1999).

Se o bebê tem a experiência de ser cuidado por uma mãe suficientemente boa, ele não aciona de forma especial sua percepção sobre o que está sendo provido adequadamente. Entretanto, quando ocorrem falhas no cuidado materno na sua função continente, seja por ausência física, ausência afetiva ou por inadequação na devolução dada às projeções do bebê, este se torna perceptivo, não da

falha em si, mas da necessidade de reagir a algum desconforto. Cada falha do cuidado é sentida como interrupção, o que resulta no enfraquecimento do *self* e constitui, segundo Winnicott (1960/1990) ameaça de aniquilamento. Bion (1962/1991) também chamou essa sensação de aniquilamento de “terror sem nome”, na tentativa de designar a angústia de aniquilamento experimentada em uma época da vida em que ainda não havia condições suficientes do ego para construir representações através da palavra. A criança experimentaria esse terror sem nome em situações nas quais a mãe falha.

Em uma compreensão das fases primitivas do ciclo de vida humano, Winnicott (1960/1990) estabelece que as falhas maternas, quando ocorrem de modo sistemático, repetidas vezes e, em intensidade acima daquele limiar que o bebê é capaz de suportar, podem levá-lo à vivência de perda de continuidade do ser, fragilizando a integração entre a psique e o soma. A conquista da unidade psicossomática do bebê será bem sucedida à medida que a mãe, vivendo uma adaptação ativa em relação ao filho, principalmente no período após o nascimento, consegue atendê-lo na necessidade fundamental de manutenção da linha de continuidade da existência.

Bernazzania e Bifulcob (2003) sugerem que, caso a gravidez ocorra em um contexto tenso e conflituoso, aumentam as chances desta gestação se constituir como um evento estressante, capaz de provocar diversos impactos negativos para esta mãe. Aumentam, também, as chances de ocorrência de falhas maternas na relação da dupla mãe-bebê. Sendo assim, a maternidade é um momento muito importante no ciclo de vida da mulher e pode representar ao mesmo tempo prazer e satisfação, assim como um evento gerador de estresse, sendo vivenciada de uma forma negativa.

Assim, entende-se que a relação mãe-bebê se reflete no desenvolvimento infantil sob diversos aspectos. Um destes aspectos de significativa relevância na literatura é representado pelo contexto da interação mãe-bebê, que pode ser facilmente identificado pela via da observação. Desde a concepção, a relação mãe-bebê ocorre de forma muito intensa, com ações entre os parceiros originadas das relações objetais intrapsíquicas e caracterizam-se como trocas interativas. O estudo destas trocas permite apreender a receptividade do parceiro, o significado atribuído à solicitação e, de modo geral, a natureza da comunicação estabelecida na díade (Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Zamberlan, 2002).

De acordo com Pinto (2004), no processo interativo, o bebê não é considerado apenas submisso às influências do ambiente, mas pode representar nesta díade um parceiro ativo, gerador de importantes modificações em seu meio. Ao cuidador cabe interpretar e atender suas necessidades físicas e psíquicas, favorecendo a regulação dos estados e a organização dos sistemas de biorritmo.

Neste contexto interativo, os parceiros influenciam-se mutuamente, em um constante processo de desenvolvimento.

Nesta experiência interativa, os componentes da dupla mãe-bebê sofrem influência de dois mundos paralelos: o mundo externo, real, objetivo, e o mundo interno, imaginário, simbólico e subjetivo. Mãe e bebê construirão sua própria representação da experiência de estar com o outro: o bebê construirá essas representações nas experiências recorrentes das atividades diárias como brincar, comer e dormir, atividades comuns, mas que permitem a elaboração dos sentimentos internos de ser e estar com o outro; a mãe, por sua vez, irá realizar essa construção baseada em dois aspectos: primeiro, da experiência real de estar com esse filho e, segundo, de suas fantasias, esperanças, expectativas, modelos parentais e lembranças da própria infância (Stern, 1997).

No amplo contexto das relações mãe-bebê foram encontradas pesquisas enfocando aspectos da relação tais como as expectativas maternas (Povedano, Noto, Pinheiro & Guinsburg, 2011), maternidade no contexto da reprodução assistida (Lanius & Souza, 2010; Dornelles & Lopes, 2011), maternidade na adolescência (Andrade, Ribeiro & Ohara, 2009; Patias *et. al.* 2011), prematuridade (Donelli & Ferrari, 2010; Sá, Costa & Sá, 2011) e a psicopatologia da criança (Skovgaard *et al.*, 2007). Além disso, destaca-se o número de publicações que elege como foco de investigação a depressão materna e suas possíveis repercussões no bebê (Schwengber & Piccinini, 2005; Frizzo & Piccinini, 2005; Ramos & Furtado, 2007; Guidolin & Célia, 2011). Estas pesquisas evidenciam que o estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente no estabelecimento das primeiras relações com o bebê, além de repercutir também no desenvolvimento afetivo, cognitivo e social da criança, podendo levar a produção de sintomas psicofuncionais.

O estudo de revisão de Motta, Lucion & Manfro (2005) investigou os efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança pelo pensamento de autores clássicos como Winnicott, Bion e Bolwby. Os autores constatam que os trabalhos experimentais têm demonstrado uma estreita relação entre o padrão de cuidado materno primário e o desenvolvimento da criança, evidenciando que são significativas as alterações nos sistemas neuroendócrino e comportamental de crianças que sofreram privação e um estresse importante em termos de intensidade e tempo de duração no início do desenvolvimento. Esta revisão demonstra que a mãe deprimida frequentemente tem um padrão de cuidado do bebê não suficientemente bom, principalmente quando a depressão se estende por vários meses. A qualidade da interação parece ser influenciada de forma significativa pelo grau de gravidade, pela duração dos sintomas depressivos e pelo padrão comportamental da mãe com o bebê, se intrusivo, retirado ou adequado. Além disso, os autores sugerem que existe um impacto menor da depressão materna na relação mãe-bebê e no

desenvolvimento da criança quando outros fatores de risco não estão associados, como ausência de apoio paterno ou da família mais numerosa e baixo status socioeconômico. Neste contexto, é fundamental o reconhecimento da importância do período inicial como crítico para o desenvolvimento do indivíduo, considerando os achados neuroendócrinos, autonômicos e psicológicos na criança associados à depressão materna. Assim sendo, concluem que é crucial o apoio familiar, terapêutico e social para que mães deprimidas possam exercer sua maternagem adequadamente.

Em um segundo momento, foram encontradas pesquisas que focalizam a relação mãe-bebê investigando o aspecto da interação, através da via do comportamento observável da dupla, que facilita o acesso aos comportamentos interativos manifestados como a troca de olhares, vocalizações e o contato físico (Kärtner, Keller & Yovsi, 2010; Schmücker *et al.*, 2005). Nesta perspectiva, observa-se que um estudo que ganha relevância, no contexto desta pesquisa, pela investigação da temática com a utilização do *Sympton Check List*, que consta nos instrumentos aplicados na coleta de dados, elaborado por Robert-Tissot, Serpa, Bachmann, Besson, Cramer, Knauer, Muralt, Palácio e Stern (1989). Esta pesquisa foi realizada por Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger e Muller-Nix (2006) e focalizou a relação mãe-bebê como um dos fatores que podem agravar ou atenuar os efeitos impactantes da prematuridade. Os participantes foram 47 bebês pré-termo, internados na UTI neonatal do Hospital Universitário de Lausanne e 25 bebês nascidos a termo. Os bebês foram avaliados aos 6 meses de idade durante uma interação mãe-bebê e codificados de acordo com o Care Index. A avaliação dos resultados comportamentais das crianças, aos 18 meses, foi obtida através de entrevista semi-estruturada com a mãe e do *The Sympton Check List*. Os aspectos relacionados ao desenvolvimento foram avaliados por meio do *Griffiths Developmental Scales*. Os resultados apontaram para o impacto da qualidade da relação mãe-bebê no comportamento da criança. Os bebês prematuros apresentaram maior prevalência de sintomas psicofuncionais do que os bebês nascidos a termo, destacando-se sintomas relativos a dificuldades na quantidade e qualidade da alimentação. Uma das implicações clínicas mais importantes do estudo apontou para o apoio aos pais já quando este bebê está na UTI, e também nos primeiros meses de vida. O início das intervenções durante a internação neonatal e no período de transição para a casa colaborou na redução do estresse e da depressão materna, aumentou a autoestima da mãe e melhorou de forma positiva as interações mãe-bebê de famílias com crianças nascidas pré-termo.

Assim, a qualidade da interação entre a mãe e o bebê no início da vida, tem implicações significativas, do ponto de vista clínico. Qualquer interferência que venha a ocorrer nesta interação,



pode constituir-se, muitas vezes, como um dos primeiros indícios de dificuldades que pode se manifestar no bebê. Sendo assim, o estudo das interações pais-bebê pode ser visto com uma conotação preventiva evidente para a vida futura do bebê (Wendland, 2001).

Algumas falhas na interação mãe/bebê podem se manifestar através de diferentes estilos maternos, tais como intrusividade ou apatia. Esses estilos podem agir como potencializadores do surgimento de rupturas interacionais que podem gerar riscos ao desenvolvimento infantil (Crestani, Rosa, Souza, Pretto, Moro & Dias, 2010).

Neste cenário, entende-se que o bebê encontra dificuldades de processar alguns conteúdos mentais pela sua condição do aparelho psíquico ainda em desenvolvimento e a forma que ele encontra para descarregar esta avalanche de emoções é a via corporal (Edelstein, 2000). Sendo assim, o bebê se caracteriza por uma unidade, por excelência, psicossomática, dada por sua própria condição humana. Na medida em que o psiquismo vai amadurecendo e se estruturando, a via corporal deixa de ser a única forma de descarga emocional e ocorre, assim, uma diminuição das manifestações somáticas. É dentro desta óptica que se baseiam as teorias atuais em Psicopatologia do bebê.

## **1.2 Sintomas Psicofuncionais e o Transtorno Respiratório**

Conforme o que foi revisado até aqui, as primeiras relações entre o bebê e sua mãe são fundamentais e estruturantes, contribuindo para o desenvolvimento da constituição psíquica do bebê. Porém, o bebê precisa ser visto com um olhar diferente, pois trata-se de um sujeito que não fala e não brinca. Diferentemente do adulto ou até mesmo da criança mais velha, que já tem condições de expressar seus sentimentos em palavras e atitudes, quando o bebê apresenta um sintoma que coloca em risco a sua constituição psíquica, este sofrimento aparece no seu funcionamento corporal, é um sintoma “dado a ver” (Jerusalinsky & Berlinck, 2008). O bebê ainda não adquiriu a capacidade de simbolização e este sofrimento é demonstrado através do corpo (Klein, 1982).

Em razão da impossibilidade do bebê utilizar o recurso da palavra para expressar seus conflitos, ele manifesta sintomas que se fazem ver no corpo. Para Golse (2004), o estudo do bebê reserva ao corpo um lugar central, uma via de acesso ao inconsciente e aos processos de simbolização e de subjetivação. Para o autor, o conjunto das interações precoces vividas pela criança dão lugar a uma atividade de mentalização e figuração absolutamente essencial na ontogênese do aparelho psíquico do bebê. Dessa forma, o corpo e o comportamento do bebê contam

algo de sua história interativa precoce, tendo o corpo como principal narrador (Jerusalinsky & Berlinck, 2008).

Kreisler (1978), um dos pioneiros no estudo da psicopatologia da criança pequena, aponta que a expressão somática ocupa posição de destaque na psicopatologia do bebê, tendo em vista o fato de atingir as principais funções: sono, alimentação, eliminação e respiração. Trata-se, portanto, de uma patologia principalmente funcional em que o corpo é o lugar pelo qual a criança em conflito exprime sua insatisfação.

Os sintomas psicofuncionais podem ser entendidos, então, como manifestações somáticas e do comportamento da criança, sem uma causa orgânica definida e que podem indicar dificuldades na interação mãe-bebê ou pais-bebê, podendo ser compreendidos, até mesmo, como sintoma de relação, evidenciando a estreita relação entre o psíquico e o somático. Os sintomas psicofuncionais mais comuns, que aparecem no início da vida, são relacionados às seguintes áreas: sono, alimentação, digestão, respiração, pele e comportamento (Pinto, 2004; Robert-Tissot *et al.*, 1989).

A manifestação dos sintomas psicofuncionais no início da vida pode expressar uma distorção na relação entre a mãe e o bebê, que altera a qualidade de suas primeiras trocas e pode repercutir sobre o desenvolvimento deste bebê (Debray, 1988). Os sintomas psicofuncionais citados nesse contexto não se referem às pequenas doenças que as crianças, em geral, apresentam nos dois primeiros anos de vida, mas a uma sintomatologia que se mostra recorrente e não responde ao tratamento médico habitual, trazendo à tona inquietação e desespero por parte dos pais. Desta forma, o sentido do sintoma só pode ser compreendido em função do lugar que ocupa na economia psicossomática dos pais e também do bebê.

Wendland (2001) aponta que, tanto dificuldades ligadas ao contexto familiar, cultural ou econômico quanto a presença de problemas físicos no bebê, podem repercutir negativamente nas interações pais-bebê. Nesse sentido, as conseqüências observadas podem apontar não somente para perturbações na relação ou no vínculo afetivo entre ambos, mas também para a presença de sintomas psicofuncionais, que evidenciam a estreita relação entre o psíquico e o somático nas crianças pequenas e principalmente nos bebês.

Os sintomas funcionais e psicopatológicos do bebê podem ser compreendidos, inclusive, como sintomas de relação: uma relação que ocorre entre o bebê, com seu funcionamento somático (sono, alimentação, evacuação) e seu cuidador, geralmente a mãe, com sua história de vida familiar e pessoal, experiências afetivas e emocionais passadas e presentes, conflitos e defesas envolvidas (Edelstein, 2000; Debray, 1988, Oliveira & Lopes, 2002).

Neste sentido, a mãe pode manifestar uma conflitiva que se reflete, invariavelmente, na relação dela com o bebê e nos sintomas manifestados por ele. Existem diversos tipos de sintomas vivenciados pela mãe tais como ansiedade, depressão pós-parto ou, ainda, outros transtornos do humor que representam sérios problemas com efeitos prejudiciais sobre o desenvolvimento infantil (Paris, Spielman & Bolton, 2009).

Alguns transtornos das funções psicofuncionais manifestados pelos bebês podem, então, ser relacionados com situações difíceis, vividas pelos pais ou pela mãe durante a gravidez, parto ou puerpério, ou mesmo remeter a alguma situação da história de vida passada (ao tempo de bebês destes pais, por exemplo). Nesse sentido, Peleg, Halaby e Whaby (2006) referem que os sintomas psicofuncionais podem ser ocasionados, por exemplo, pela ansiedade de separação da mãe quando esta retorna ao trabalho. Sendo assim, na clínica com bebês, a escuta do discurso parental é tão importante quanto o entendimento da sintomatologia apresentada pelo bebê.

Dentre as áreas de manifestação dos sintomas psicofuncionais, destaca-se pela alta incidência e pela gravidade que o acompanha, o transtorno respiratório. Este, por sua vez, manifesta-se na forma de alergias que, do ponto de vista médico, representa uma capacidade de reação exagerada do organismo a determinadas substâncias como pó, pólen, frio, calor ou umidade (Carvalho & Rios, 2001; Fortes, 1998). Entre as manifestações alérgicas do aparelho respiratório e suas possíveis complicações encontram-se a asma, bronquite, alergias respiratórias e infecções de repetição, como laringites e faringites, que podem evidenciar as circunstâncias psicológicas do momento da crise (Pinto, 2004). Desta forma, estas manifestações alérgicas do aparelho respiratório caracterizam-se por uma reação de sensibilidade exagerada a determinadas substâncias apresentando uma etiologia multifatorial, predominantemente alérgica, mas podendo ser desencadeada por estímulos ambientais e emocionais (Carvalho & Rios, 2001).

Conforme Kreisler (1978), as circunstâncias psicológicas envolvidas no momento da crise têm grande interferência na origem das crises respiratórias, principalmente a asma. Por um lado, a criança apresenta a dependência extrema em relação à mãe e, por outro lado, existe a proteção exagerada desta mãe, que a mantém sempre sob seu controle, favorecendo a instauração de uma relação simbiótica e bloqueando o impulso de separação-individação da criança. Essa superproteção se reflete no fato de a mãe somente tolerar que o bebê tenha satisfações que sejam originárias do contato materno. A mãe superprotetora acaba por manter o bebê em estado de tensão elevada, cuja descarga é realizada através da crise respiratória.

A opressão respiratória tem, então, um sentido simbólico inconsciente e pode representar a repetição de uma situação relacional através da angústia respiratória, impedindo que o bebê crie um

espaço de subjetivação a partir da ausência materna e, portanto, crie defesas psíquicas. Assim, esta sintomatologia interfere negativamente no processo de crescimento, funcionando a favor da manutenção da dependência (Kreiser, 1978).

Os estudos que investigam questões relacionadas com os problemas respiratórios, na maioria das vezes, dão ênfase a uma fase mais adiantada do desenvolvimento infantil (Borba & Sarti, 2005; Goulart & Sperb, 2003). Um dos poucos estudos encontrados e que abordou a problemática que envolve especificamente a área respiratória em fase precoce do desenvolvimento foi realizado por Oliveira e Lopes (2002), com o objetivo de compreender os fenômenos psicossomáticos, em especial a asma, em conjunto com as formas de operar da função materna. Participaram deste estudo qualitativo cinco díades mãe-bebê com crianças asmáticas de até dois anos. O estudo revela que a angústia materna pode incidir de forma operante na díade, sendo a asma infantil compreendida como a própria angústia manifestada no corpo. As mães destas crianças sugerem ser mais descritivas do que interpretativas na leitura das manifestações de seus filhos. Identificou-se a relevância das vivências maternas infantis para a qualidade dos cuidados maternos, evidenciando que quanto menor o nível de simbolização materno, mais graves poderão ser as manifestações sintomáticas na criança.

Outro estudo que focalizou uma fase precoce do desenvolvimento foi realizado por Silva, Schneider e Stein (2009). Os autores investigaram o papel do aleitamento materno no desenvolvimento de alergias respiratórias através de uma revisão de literatura com o objetivo de aprofundar a compreensão da relação entre aleitamento materno e alergias respiratórias na infância. Os autores observaram que a maioria das revisões sobre fatores de risco para alergias respiratórias recomenda o aleitamento materno exclusivo para reduzir a probabilidade do desenvolvimento desta sintomatologia na infância. Porém, os autores afirmam que não se pode concluir se o aleitamento materno ajudará a prevenir a sensibilização a alérgenos em crianças com este tipo de enfermidade, apenas que, por todas as suas conhecidas vantagens, o aleitamento materno exclusivo deve ser encorajado nos primeiros meses de vida.

A partir deste entendimento, percebeu-se durante a fase de coleta de dados deste estudo, a alta incidência de bebês com sintomas relacionados à área respiratória, motivo pelo qual optou-se por aprofundar a compreensão desta sintomatologia. Além disso, a maioria dos estudos que investigam questões relacionadas com esta temática, dão ênfase a uma fase mais adiantada do desenvolvimento infantil, fato que reforça a necessidade da ampliação de uma compreensão em profundidade a respeito destes fenômenos clínicos precoces na primeira infância.

Este estudo teve como objetivo, compreender as manifestações dos sintomas psicofuncionais

relacionadas ao transtorno respiratório e suas possíveis intersecções com a relação mãe-bebê, durante o primeiro ano de vida.

## 2. MÉTODO

### 2.1 Delineamento

Esta pesquisa foi realizada de acordo com a metodologia qualitativa, para a qual não bastam os dados levantados em si, mas a compreensão dos processos e significados destes para o indivíduo e sua cultura (Turato, 2000). Essa metodologia baseia-se no pesquisador como um instrumento de coleta de dados e entende o estudo com estilo indutivo enfocando, além do significado, a importância da interpretação da complexidade da situação (Creswell, 2010).

A estratégia utilizada nesta pesquisa foi o estudo de casos múltiplos, na qual foram analisados três casos, em que cada dupla mãe-bebê constitui um caso, segundo o modelo de estudo de caso proposto por Yin (2005). As unidades de análise principais de cada caso foram a escuta da narrativa da mãe acerca da conflitiva vivenciada por ela e seu bebê e o processo de observação da dupla em interação.

### 2.2 Participantes

Participaram deste estudo três duplas de mães e seus bebês, que buscaram atendimento médico em uma Unidade Básica de Saúde da região Metropolitana de Porto Alegre. Para habilitar sua participação nesta pesquisa, as duplas preencheram os seguintes critérios: 1) mães adultas, com idade entre 18 anos e 40 anos, ensino fundamental completo e em relacionamento estável com pai do bebê há pelo menos 2 anos; 2) os bebês têm entre 6 e 12 meses de idade, nascidos a termo, com idade gestacional a partir de 37 semanas, sem histórico de internação neonatal e com presença de sintomas psicofuncionais, conforme observado na Tabela 1.

Tabela 1: Participantes

Nome da mãe	Idade	Escolaridade	Nº de filhos	Profissão	Nome do bebê	Idade	Ordem de nascimento
Lourdes	29	E. M. Completo	03	Lar	Leandro	9 meses	03
Luisa	21	E. M. Incompleto	01	Operadora Telemarketing	Daniel	12 meses	01
Alice	25	Sup. Incompleto	02	Lar	Frederico	6 meses	02

A indicação das duplas para participação na pesquisa foi feita pelo pediatra que acompanha o desenvolvimento das crianças em conjunto com a pesquisadora, a partir da percepção acerca da presença de uma sintomatologia psicofuncional recorrente e sem resposta ao tratamento médico habitual.

## 2.3 Instrumentos

A coleta de dados da pesquisa de campo que norteou este estudo foi realizada a partir de:

**2.3.1 Questionário “Symptom Check-list”: Avaliação dos Transtornos Psicofuncionais da Primeira Infância,** (Robert-Tissot *et al.*, 1989)<sup>2</sup>: este instrumento foi desenvolvido para avaliar os sintomas psicofuncionais da primeira infância, com bebês de 6 semanas a 30 meses, através de entrevista com as mães, sendo composto por 84 questões que abordam os seguintes aspectos: sono, alimentação, digestão, respiração, alergias de pele, comportamento, medo da separação, utilização de cuidados médicos e mudanças na vida da criança. Com relação à forma, o questionário inclui um número de 50 perguntas fechadas, que permitem avaliar a presença, intensidade, frequência e duração dos sintomas psicofuncionais da criança durante as últimas 4 semanas. Estas perguntas são respondidas em escala *likert* de 1 a 5, sendo 1 para ausência de manifestações e 5 para frequência, duração e intensidade elevadas nas manifestações. As notas 2, 3 e 4 são atribuídas a frequência e duração intermediária de manifestações, em nível crescente. O instrumento inclui, também, questões de múltipla escolha e questões de perguntas abertas, que possibilitam identificar o histórico do distúrbio, as circunstâncias que ocorreram, as explicações oferecidas pelo ambiente, as reações e as tentativas para solucionar os transtornos. Como ferramenta de pesquisa, a técnica do questionário pode ser usada para várias finalidades como descrever, prever, avaliar (ou diagnosticar) o comportamento de um indivíduo ou uma população (Anexo E).

**2.3.2 Ficha de dados sócio-demográficos:** sua finalidade é a coleta de dados sócio-demográficos sobre o bebê e sua família, visando conhecer o perfil das duplas mãe-bebê que serão investigadas (Anexo C).

---

<sup>2</sup> Tradução da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Batista Pinto (Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo). Revisada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jaqueline Wendland (Universidade de Paris V, Laboratório de Psicopatologia e Neuropsicologia Clínica). Versão modificada F-3.95. Instrumento não validado no Brasil, mas com utilização autorizada pela tradutora e pela revisora.

**2.3.3 Sessão de observação da interação livre da mãe com o bebê:** trata-se da observação de um momento de interação entre mãe e bebê, com duração aproximada de 60 minutos, na residência da dupla, com o objetivo de conhecer de que forma se dão as trocas afetivas e comportamentais entre a mãe e seu bebê. A observação foi relatada logo após sua ocorrência, sendo este relato o dado gerado a partir da sessão de observação.

**2.3.4 Entrevista semi-estruturada sobre a gestação, parto, primeiros meses de vida do bebê e aspectos atuais do relacionamento mãe-bebê:** trata-se de instrumento que consiste em privilegiar a fala expressa pelos indivíduos como material para análise, seguindo um roteiro previamente elaborado pelo pesquisador, contendo questões mais ou menos abertas, na forma de um guia (Flick, 2004). Neste caso, o objetivo é conhecer dados sobre a gestação, parto, os primeiros meses de vida do bebê e aspectos atuais do relacionamento mãe-bebê, além de investigar os sentimentos da mãe no que se refere ao relacionamento com seu bebê. As entrevistas com as mães foram realizadas na residência de cada dupla, gravadas e transcritas logo após sua ocorrência (Anexo D).

## **2.4 Procedimentos de Coleta de Dados**

Primeiramente, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale dos Sinos – UNISINOS, respeitando todos os princípios éticos para pesquisa em Psicologia com Seres Humanos contidos na resolução nº 016/2000, do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e do Conselho Nacional de Saúde, resolução nº 196/1996. Em seguida, foi realizado contato com quatro pediatras de municípios da região metropolitana de Porto Alegre para agendar um horário a fim de apresentar os objetivos e a proposta do presente estudo. Neste primeiro encontro, foi entregue aos mesmos uma Carta de Apresentação (Anexo A), identificando instituição de origem, procedência e objetivos do estudo, além de dados de identificação e de contato da pesquisadora, demonstrando o caráter científico da pesquisa. Neste encontro presencial houve oportunidade de expor aos profissionais a proposta da pesquisa e os critérios de inclusão que eram exigidos no estudo para que pudesse ser feita a indicação das díades. Além disso, este momento possibilitou verificar o interesse e a disponibilidade dos profissionais em contribuir com a execução da presente pesquisa. A partir da concordância dos mesmos em estabelecer uma parceria com a pesquisadora para indicação das participantes deste estudo, foi feita uma solicitação de encaminhamento das duplas mãe-bebê, dando início à coleta de dados propriamente dita.

Apenas um pediatra que havia concordado em participar desta pesquisa mostrou-se disponível em colaborar com a mesma e sugeriu que a pesquisadora o acompanhasse em seus

atendimentos de puericultura que aconteciam em horários pré-definidos, nos postos de saúde e em seu consultório particular, a fim de localizar os possíveis participantes deste estudo. Este profissional acreditou ser essa a melhor opção visto que poderia esquecer de fazer os encaminhamentos ou correr o risco de encaminhar alguém fora do perfil estabelecido.

As duplas participantes deste estudo foram localizadas, inicialmente, nestes acompanhamentos de consulta, sendo duas localizadas através do posto de saúde e uma através do consultório. Mais tarde foram contatadas por telefone, a fim de realizar o convite para participar da pesquisa. O fato de a pesquisadora ter acompanhado os atendimentos pode ter facilitado a concordância das participantes em contribuir com o estudo, já que estas a conhecia e, além disso, o fato de estar com o pediatra durante a consulta deu maior credibilidade junto aos pacientes.

Após a concordância em participar do estudo, foi agendado um encontro presencial na residência de cada dupla, com o objetivo de explicitar a proposta, os objetivos e procedimentos do estudo. Com a confirmação do interesse em fazer parte desta pesquisa, cada mãe assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como previsto nos procedimentos éticos (Anexo B).

Nesse contato, foi preenchida a ficha de dados sócio-demográficos, realizada a aplicação do questionário “*Symptom Check-List*” (Robert-Tissot *et al.*,1989) para identificar quais sintomas psicofuncionais estavam presentes nos bebês. Mais tarde, foram realizadas as entrevistas semi-estruturadas sobre a gestação, o parto, os primeiros meses de vida dos bebês e aspectos atuais do relacionamento mãe-bebês que foram gravadas e transcritas logo após sua ocorrência (Anexo E).

Por fim, ocorreu a sessão de observação da interação livre das mães com os bebês. Todas as etapas foram realizadas em um único dia em função da dificuldade de acesso aos locais de coleta e da disponibilidade das mães que preferiram realizar as etapas em um único encontro.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Todo o material foi analisado e interpretado a partir do referencial teórico psicanalítico, que versa a respeito da relação mãe bebê e dos sentimentos referentes à sintomatologia precoce manifestada no primeiro ano de vida relacionada ao transtorno respiratório, além de pesquisas que abordam a temática na contemporaneidade. A análise dos dados utilizou como estratégia a proposição teórica de Yin (2005), a qual guiou a orientação teórica e a análise do caso.

Os casos foram construídos procurando integrar os resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos. Para a análise dos dados, inicialmente as respostas do *Symptom Check-list* foram codificadas conforme protocolo e roteiro próprios do instrumento. A codificação baseia-se em três dimensões para cada sistema (sono, alimentação, digestão, respiração, pele e comportamento) a ser



avaliado, são elas: 1. variações dentro do normal; 2. tensões significativas, com alguma desarmonia na regulação da tarefa e 3. sistema claramente disfuncional. O roteiro do instrumento aponta que, quanto maior a pontuação obtida nas respostas, mais disfuncional é o sistema que está em avaliação. Essas respostas auxiliaram na construção do estudo dos casos, visando compreender e aprofundar a temática em questão. Os dados levantados na ficha de dados sócio-demográficos foram considerados como complementares para a contextualização e entendimento de cada caso. A observação da relação mãe-bebê foi analisada qualitativamente, contribuindo para a construção dos casos e o aprofundamento da compreensão destes. As entrevistas com as mães foram gravadas e posteriormente transcritas literalmente, com a autorização das participantes. Inicialmente, o material foi analisado em uma tentativa de compreensão individual das singularidades de cada caso e, posteriormente confronta suas convergências e divergências.

Foi realizada uma compreensão psicodinâmica dos casos, conforme os seguintes eixos, que foram definidos a partir do conteúdo que emergiu nas entrevistas: o desejo pela maternidade, gestação e parto, primeiros meses e o sintoma do bebê e relação mãe-bebê.

Conforme atitudes que se destacaram durante a observação das duplas, os comportamentos da mãe foram analisados a partir de três estilos de comportamento (Wiese & Leenders, 2006) descritos abaixo:

Comportamentos maternos:

A) Sensibilidade: é categorizada como excelente, boa, inconsistente, fraca ou inexistente. Excelente indica uma qualidade especial que pode ser observada na interação. Como boa entende-se que o comportamento dos pais é semelhante ao altamente sensível, mas sem uma qualidade excelente nas trocas interativas, indicando mãe/pai suficientemente boa/bom. Na categoria inconsistente, apesar de haverem amostras de sensibilidade parental, o observador julga difícil afirmar que o comportamento da mãe/pai seja saudável, seja por inconsistências, ambivalências ou flutuações. Já o resultado fraco corresponde a um estilo ativo/rude ou seu oposto, passivo/deprimido e afetivamente pouco expressivo (plano), onde, no entanto, se pode observar ainda alguns aspectos positivos. Por último, no inexistente o adulto mostra um nível abaixo de interação positiva com a criança, e muitas vezes apresenta uma afetividade negativa.

B) Estruturação: a estrutura parental na interação é avaliada como excelente quando indica que a mãe ou o pai demonstra que se sente bem na situação, fornece excelente estruturação para a criança e é bem sucedido. Inconsistente é considerado quando há inconsistências na forma como o adulto estrutura ou estabelece limites para a criança. Inadequado sugere que a mãe ou o pai não coloca limites e não provê estrutura para a criança, por exemplo, sendo passivo ou indulgente.

C) Não-Intrusividade: a interação avaliada como não-intrusiva, demonstra que o adulto tem a qualidade de estar efetivamente presente na interação sem que dela se apodere; deixa a criança liderar e oferece as bases da brincadeira de acordo com a liderança da criança, favorecendo o espaço para uma interação suave. Parcialmente intrusivo é considerado quando a mãe/pai frequentemente estabelece os passos da interação, faz perguntas, dirige o curso da brincadeira, faz sugestões, propõe mudanças para temas opostos àqueles escolhidos pela criança; é um comportamento que se parece mais como diretivo e super-protetor do que propriamente intrusivo. O comportamento intrusivo indica pais super-estimuladores, que não oferecem espaço suficiente para a criança explorar e conduzir.

D) Não-Hostilidade: a interação considerada como não-hostil demonstra que o adulto não apresenta qualquer indício de hostilidade (óbvia ou encoberta) para com a criança. Uma avaliação de hostilidade encoberta significa que o adulto mostra alguns sinais de hostilidade como impaciência, desconforto, aborrecimento, provocação, elevação da voz, atitude de sofrimento que podem estar acobertados. Já hostil indica que o adulto é claramente rude com a criança, seja na expressão facial, vocal ou comportamento abusivo, ou mesmo sarcasmo ou frieza.

Os dados obtidos através dos instrumentos considerados para esse estudo foram analisados em conjunto a fim de obter uma compreensão ampla do caso estudado. Como se trata de um estudo qualitativo, que reconhece o pesquisador como sujeito ativo da pesquisa, as impressões do entrevistador também foram descritas e consideradas como dados complementares para a análise e compreensão dos casos estudados e dos resultados da pesquisa. Integrada aos resultados está apresentada a discussão que consistiu em analisar os fenômenos exaustivamente, buscando articular a revisão teórica com os fatos levantados com os instrumentos da pesquisa. Em seguida, foi realizada a Síntese de Casos Cruzados (Yin, 2005), que, após explanação de cada caso, confronta suas convergências e divergências.

### **3.1 Caso 1: Lourdes e Leandro**

Leandro tem nove meses de idade e reside com os pais e uma irmã de oito anos de idade por parte de mãe, de um relacionamento anterior da mesma, e uma tia materna de 14 anos que veio do interior morar com a família para estudar. A mãe, Lourdes, 29 anos, ensino médio completo, solteira, tem mais uma filha de dez anos que reside com o pai. No momento, a mãe não exerce atividades fora do lar, porém faz tricô para vender e a noite tem uma empresa de lanches para tele-entrega no bairro onde mora. O pai, Renato, tem 25 anos, ensino médio completo, solteiro, atua

como autônomo na função de Técnico em Refrigeração. O relacionamento entre os dois se mantém há quatro anos.

### **3.1.2 Desejo pela maternidade**

Leandro foi planejado e muito desejado. A mãe demorou pouco mais de um ano para engravidar e fazia teste todo mês, “*era todo mês aquela coisa, até que deu positivo*”, o que sugere ansiedade na espera desta gestação. Para Lourdes, Leandro é o terceiro filho, mas é o seu primeiro filho do sexo masculino. Além disso, ele é também o primeiro filho de seu companheiro, que a pressionava bastante para ficar grávida. Nas outras gestações engravidou rapidamente, fato que parece ter contribuído para o aumento desta ansiedade.

Desta forma, percebe-se que o fato da gravidez ter sido muito desejada e esperada pode, por si só, ter contribuído para representar um evento estressante na vida de Lourdes. Isso se justifica pela demora a engravidar, a pressão do marido para que a gravidez acontecesse logo, e a realização de exames de gravidez mês a mês, às vezes antes mesmo do atraso menstrual. Assim como Berzzania e Bifulcob (2003) sugerem, a maternidade representa um momento muito importante para a mulher, gerando prazer e satisfação, mas também pode ser geradora de tensão e ansiedade.

### **3.1.3 Gestação e Parto**

Fez todo o pré natal, “*a agendinha de gestante era completinha*”. Teve uma gestação tranquila, não precisou de nenhuma medicação. Descreve apenas o episódio de um assalto como sendo o mais desagradável e significativo de sua gravidez. Este ocorreu durante a noite, na volta de uma consulta médica de emergência porque Lourdes estava com rinite e não sabia se poderia tomar alguma medicação. Estavam na estrada, encontraram alguns obstáculos no caminho e furou o pneu do carro. Neste momento, apareceram uns rapazes vindos de um mato escuro, com a mão por baixo do moletom sugerindo porte de armas de fogo, solicitando dinheiro e telefones celulares. Lourdes refere ter ficado muito nervosa, trêmula, conseguiram rodar mais um pouco com o carro até avistarem um carro da polícia.

Refere que passou a gravidez pensando em fazer o parto normal, como teve dos outros dois bebês, mas ele estava virado e teve que realizar uma cesariana. Começou a ter contrações durante a madrugada, mas a bolsa não rompeu, quando os intervalos entre as contrações ficaram bem curtos, chamou o marido que ficou ansioso, a criticou por ter esperado tanto para avisá-lo e foram “*voando as tranças*” para o hospital. Chegando lá, fizeram os primeiros exames e perceberam que ele estava virado, neste momento decidiram pela cesariana. Foi tudo tranquilo no parto, mas Lourdes refere

que sentiu a diferença dos outros partos das filhas que foram normais, porque o leite demorou a descer e ficou assustada, precisou tomar um remédio para acelerar a descida do leite, “...mas eu me assustei que não estava descendo... porque normalmente parto normal é diferente, nasce e já sai jorrando leite, e eu disse “eu sou bem leiteira, o que que está acontecendo?”, ai as gurias foram me acalmando”. Em muitos momentos, fazia comparações em relação aos outros partos, referindo que os outros foram mais tranquilos.

Além disso, teve uma reação alérgica na pele com a anestesia do parto, ficou “empipocada” no rosto. Ficaram ainda 5 dias após o parto no hospital porque o bebê teve icterícia (“amarelão”), “aquela fase foi terrível”, ele só queria dormir, não queria sugar o peito, Lourdes refere ter ficado apavorada com a situação.

Lourdes descreve o momento do parto e o que sucedeu depois dele com riqueza de detalhes, sendo sempre auxiliada pelo marido, que não a deixava esquecer nada. Os sentimentos que descreve pareciam sempre de ansiedade em relação as suas vivências de partos anteriores, que foram mais tranquilos. Talvez isso se relacione não só com as particularidades deste parto em especial, mas também com outras questões que envolveram a chegada de Leandro como a demora para engravidar, o desejo pela criança, a pressão do marido. A ansiedade parece ter acompanhado Lourdes, desde o desejo pela gestação, incluindo o parto e os primeiros dias de vida do bebê, com a impossibilidade do parto normal, a demora na descida do leite, a reação alérgica dela a anestesia e os dias que passaram no hospital em razão da icterícia de Leandro. Esta ansiedade inicial pela gestação e as situações inesperadas dos primeiros dias de vida de Leandro parecem ter tornado este cenário da maternidade mais tenso e angustiante pra Lourdes, diferenciando-se de suas demais gestações, tornando esta experiência de maternidade bastante singular para esta mãe.

Considera-se que a mãe, enquanto pessoa real, vive um mundo interno repleto de representações construídas a partir de suas próprias relações de objeto, reeditando a experiência com seu bebê conforme suas próprias experiências enquanto filha, perpetuando modelos de apego de uma geração para outra (Lebovici, 1999). Estes acontecimentos vivenciados como negativos quando Leandro nasceu, podem se relacionar com a ausência de sua mãe, já falecida, neste momento, sendo que nas outras duas experiências como mãe, a sua mãe a ajudou e esteve presente. Pode-se pensar que a ausência do apoio materno e a pressão excessiva exercida pelo companheiro contribuem para a vivência deste momento com mais tensão e ansiedade se comparado aos outros partos que já realizou.

Além disso, Lourdes reedita suas gestações anteriores, descrevendo-as como mais tranquilas em comparação a gestação de Leandro, desde a concepção até o parto e primeiros dias de vida do bebê.

### **3.1.4 Primeiros meses e o sintoma do bebê**

Lourdes refere que os primeiros dias foram mais aflitivos porque Leandro só dormia, em função da icterícia. Depois de passado esse problema, tudo se normalizou. Costumam fazer as consultas mensais de rotina e se adaptaram bem a vida com um bebê. Sempre pode contar com a ajuda do marido, que faz questão de estar próximo e auxiliar sempre nos cuidados com o filho. Sua filha de oito anos também ajuda bastante a cuidar do irmãozinho ou nas tarefas da casa.

Percebe-se, então, novamente relato de dias difíceis quando chegou em casa com Leandro, em função da icterícia e da sua insegurança em lidar com a situação que era nova para ela também, apesar de Leandro ser seu terceiro filho. Neste momento, Lourdes comenta que sente muita falta de sua mãe e de uma tia que são falecidas mas ajudaram muito no nascimento de suas outras filhas. Acredita que a ausência materna colabora para que que fique mais nervosa e insegura hoje quando tem alguma dificuldade com ele e precisa tomar uma atitude. Neste relato, pode-se perceber a influência da família de origem, entendendo que o modelo de apego desenvolvido para com seus objetos primordiais no início da vida serve de modelo para gerações posteriores (Lebovici, 1999). No caso de Lourdes, não só suas experiências de apego vivenciadas nos primeiros anos de vida, como também a presença de sua mãe perpetuando com as filhas de Lourdes este modelos de apego traziam tranquilidade e segurança a Lourdes, e esta ausência atual deixa o cenário mais tenso e conflituoso.

Após a codificação dos dados do instrumento *Symptom Check-List*, os resultados apurados foram os seguintes: Leandro apresentou as categorias sono, alimentação, digestão, pele e comportamento com variações dentro da normalidade, apresentando alteração somente na categoria respiração que apontou para um sistema mãe-criança claramente disfuncional. Desta forma, percebe-se então que o bebê apresenta indicadores de sintomas psicofuncionais.

Leandro tem problemas respiratórios repetitivos desde os seis meses e, até o momento, teve três episódios, sendo o último descrito como o mais sério e ainda está em fase de tratamento. A mãe considera que fica extremamente preocupada quando ele está em crise: *“dá um desespero de ver aquela ronquidão(...) e na última vez se atacou os dois (pai e filho) meio junto sabe, daí eu não durmo, fico meio... ai ele vai nebuliza e daqui a pouco é o outro, mais ou menos foi assim essa última vez, e isso ai mexe muito com ele (Leandro), ele estava hoje de manhã bem ansiado, ainda*

*bem que aliviou com a nebulização e o remédio, mas é muito ruim de tu olhar”*. Lourdes acredita que o fato do pai ter bronquite pode ter contribuído para a manifestação do sintoma em Leandro. De fato, conforme Carvalho e Rios (2001), esta constatação aumenta a probabilidade de Leandro desenvolver uma sintomatologia ligada a área respiratória.

Wendland (2001) afirma que dificuldades ligadas ao contexto familiar, cultural ou econômico podem repercutir nas interações pais-bebê e trazer como consequências perturbações no vínculo afetivo entre a dupla ou a presença de sintomas psicofuncionais, já que existe relação estreita entre o psíquico e o somático nas crianças pequenas. Percebe-se então que, neste caso, a conflitiva enfrentada inicialmente pela mãe, geradoras de intensa ansiedade, aliadas as dificuldades econômicas da família podem se refletir na relação dela com Leandro. Neste sentido, alguns transtornos das funções psicofuncionais podem estar relacionados com situações difíceis vividas pelos pais ou pela mãe durante a gravidez, parto ou puerpério (Paris, Spielman & Bolton, 2009).

No transtorno respiratório há uma interdependência exagerada que permeia a relação da dupla. De um lado a criança extremamente dependente em relação à mãe e de outro lado a mãe, que protege exageradamente a criança, mantendo-a em estado de tensão elevada, cuja descarga se realiza através da crise respiratória (Kreisler, 1978). Percebe-se que Leandro é bastante dependente de sua mãe, e esta, por sua vez, sem conseguir afastar-se deste bebê, impede a criação de um espaço de subjetivação, criando suas próprias defesas psíquicas.

### **3.1.5 Relação Mãe-Bebê**

Toda família participou do momento da coleta de dados que, muito se parecia com um evento familiar, o que demonstra e confirma a importância do papel de Leandro nesta família. Diante deste cenário, comprova-se que o nascimento de um bebê desperta uma necessidade de reorganização dos papéis familiares e cada integrante deste grupo irá lidar com a situação de maneira muito particular (Oliveira, 2002; Cunha, 2004).

Leandro é o primeiro filho de Renato que, segundo a mãe, mima muito a criança, fazendo de tudo para agradá-lo. Observou-se que, mesmo com dificuldades financeiras manifestas, vivendo em uma casa humilde com condições bastante limitadas de conforto, o pai se esforça para realizar tudo que considera necessário para dar o melhor ao filho. Isso é demonstrado pela presença de fotos de estúdio na casa inteira, filmagem profissional do parto, carrinho de passeio de alto valor financeiro, entre outros.

Durante a coleta de dados foi observado que as prescrições médicas são seguidas corretamente, o que se confirma pelo fato da realização da inalação durante a visita. Sendo assim,

pode-se afirmar que os cuidados básicos com o bebê no que se refere à manutenção da saúde são preservados.

Lourdes descreve que Leandro é uma criança tranquila e dorme bem. Quando a mãe precisa realizar suas tarefas domésticas e da lanchonete, ele fica no cercadinho boa parte do seu dia sem solicitar colo o tempo todo, parecendo inclusive muito acostumado ao seu espaço: “*ele não tem balda, entende que a gente tem que sair, fazer as coisas e ele é companheiro, vai junto sem incomodar*”.

No entanto, esse parece ser o máximo de afastamento que Lourdes consegue ter do filho, pois em outras ocasiões a mãe refere não se afastar dele nunca. Lourdes descreve que, atualmente, sua maior dificuldade é separar-se de Leandro fisicamente. Refere que isso não acontece em momento algum, caso precise sair de casa e ausentar-se, opta sempre por levá-lo junto com ela. Esse funcionamento da mãe manifesta proteção exagerada em relação ao filho, sendo que ela mantém a criança sob seu controle, favorecendo a manutenção de uma relação simbiótica, podendo bloquear o impulso de separação e individuação da criança (Krisler, 1978). Além disso, Leandro dorme na cama dos pais por opção de Lourdes, pois esta refere ter medo que ele vomite e se engasgue durante a noite, não conseguindo se afastar do bebê nem mesmo no período noturno.

Por outro lado, apesar de referir que eles “*não se desgrudam nunca*” o contato físico propriamente dito entre a dupla foi poucas vezes observado, inclusive a mamadeira ele já toma sozinho. O toque materno, de forma suficientemente boa, possibilita os processos de maturação no bebê, facilitando o desenvolvimento de confiança dele no mundo que o cerca (Winnicott, 1965/2005). Neste caso, o simples ato do toque ou da falta dele pode estar fazendo muita diferença para esta criança. Esse fato remete a uma possível falha no *holding* (Winnicott, 1960/1990), uma das capacidades da mãe suficientemente boa, que ao perceber o estado de dependência absoluta de seu bebê lhe ofereça condições suficientes de continência, além da manipulação do bebê que é considerada outra capacidade.

No momento da troca de fraldas e da inalação, quando a mãe pegou o bebê no colo, foram observadas trocas afetivas como beijos, carícias e conversa carinhosa da mãe com o bebê, sendo que este respondia adequadamente com gracinhas e sorrisos. Pinto (2004) reforça que, na troca interativa, ambos os parceiros são responsáveis pela natureza da comunicação existente entre eles. A mãe com sua história de vida pregressa e atual e o bebê representando um parceiro ativo, gerador de importantes respostas e modificações em seu meio.

Observou-se alguns perigos a disposição de Leandro como uma sacola com o material de tricô da mãe e algumas agulhas apontando para fora da sacola plástica. Era evidente o perigo que

aquele objeto oferecia para a criança. Foi somente quando Leandro fez gestos em direção ao material que Lourdes percebeu e retirou a sacola do local. Além disso, havia também uma extensão elétrica com alguns aparelhos ligados nela, que também estava ao alcance do bebê, inclusive com certa proximidade, mas isso não foi retirado.

Em determinado momento, após a solicitação de Leandro via resmungos, Lourdes colocou a mamadeira pronta na estante em frente ao bebê e foi procurar o bibeiro para colocar nele antes de oferecer a mamadeira. Este fato pareceu ser uma tortura para ele, que permaneceu impaciente, manifestando esse sentimento através de gritos e esperneios, até ser alimentado, inicialmente no colo e logo em seguida deitado no cercadinho, num travesseiro que ficava em um canto daquele espaço.

Percebeu-se que a mãe não costuma se antecipar aos desejos e necessidades de Leandro, esperando sempre sua solicitação para então, prontamente, atendê-lo. No período de permanência da pesquisadora na residência da família, praticamente não foi percebido choro do bebê, apenas algumas reclamações através de resmungos, gritinhos e esperneios.

Estes comportamentos maternos descritos acima, conforme Wiese e Leenders (2006), parecem corresponder à sensibilidade inconsistente, ou seja, apesar de existirem amostras de sensibilidade parental, o comportamento da mãe apresenta inconsistências, ambivalências ou flutuações. A ambivalência se expressa quando a mãe refere “*não se desgrudar do filho*” e, ao mesmo tempo, não são evidenciados muitos contatos físicos no momento da observação. A inconsistência na sensibilidade se evidencia também nos perigos disponíveis próximos de Leandro. No que se refere à estruturação, esta pode ser classificada como inconsistente, ou seja, há inconsistências na forma como o adulto estrutura ou estabelece limites para a criança porque em alguns momentos os limites parecem bem estabelecidos, como sua permanência no cercadinho e em outros estes parecem ficar fora do controle, quando pode mexer em tudo que quiser. Quanto à intrusividade, o estilo materno no caso parece corresponder ao parcialmente intrusivo, quando a mãe/pai frequentemente estabelece os passos da interação, faz perguntas, dirige o curso da brincadeira, faz sugestões, propõe mudanças para temas opostos àqueles escolhidos pela criança; é um comportamento que se parece mais como diretivo e super-protetor do que propriamente intrusivo, evidenciando-se através da delimitação da mãe dos momentos de Leandro no cercadinho, dos períodos que pode ficar fora deste, dos momentos que podem brincar e interagir de forma mais próxima. Na categoria hostilidade, o caso em questão aponta para a hostilidade encoberta, quando o adulto mostra alguns sinais de hostilidade como provocação, percebida no episódio da mamadeira próxima a criança, mas longe do seu alcance.



Lourdes refere que costuma ficar muito nervosa quando Leandro tem as crises respiratórias e, nestas horas, o pai que raciocina e pensa no que irão fazer, se precisa ir ao médico ou não. Neste caso, foi evidenciada presença de apoio paterno e Renato, o pai, parece querer sentir-se envolvido e se mostrar participativo na criação de Leandro. Como o bebê é o seu primeiro filho, isso parece ter importância na diferença do papel que Leandro desempenha para o pai e para a mãe. Esta já está no terceiro filho, inclusive tendo uma filha que não mora com ela, parecendo suportar bem esse afastamento. Desta forma, a mãe parece ser mais tranquila com relação à criança, não tão “coruja” quanto o companheiro. O pai, por sua vez, é mais “deslumbrado”, ocupando este filho um lugar de “príncipe” na vida dele. De acordo com Stern (1997), o pai se coloca como rede de apoio e sustentação à díade mãe-bebê. É preciso que a mãe permita e aceite esta rede de apoio como protetora, a fim de que esta possa realizar suas funções. Num primeiro momento, a mãe, parece solicitar o apoio do marido quando diz que ele decide o que fazer quando acontecem as crises respiratórias de Leandro, manifestando dependência emocional de Renato em momentos difíceis. No entanto, quando Lourdes manifesta vontade de exercer atividade profissional fora do lar, pois acredita que a rotina do lar é muito cansativa, Renato não permite e justifica que ela deve priorizar os cuidados e a educação do filho. Porém, Lourdes parece ter dificuldade de colocar-se neste estado de dependência financeira do marido quando diz que gostaria de exercer atividade profissional fora do lar e acaba por exercê-la de seu jeito, com a venda de roupas em tricô e a ajuda na lancheria.

### **3.2 Caso Luisa e Daniel**

Daniel tem um ano de idade, reside com a mãe, seus avós maternos e um tio. A mãe, Luisa, 21 anos, ensino médio incompleto, solteira, atua há 6 meses como Operadora de Telemarketing, no turno da manhã. O pai, David, é namorado de Luisa, tem 21 anos, ensino médio incompleto, solteiro, atua como Operador de Telemarketing, assim como Luisa. O relacionamento entre os dois se mantém há três anos e, mesmo com a gravidez, optaram por continuar namorando, morando em casas separadas, com o apoio familiar.

#### **3.2.2 Desejo pela maternidade**

Daniel não foi planejado pelos pais e no começo a mãe teve dificuldades de aceitar sua gestação. Refere que cerca de um ano e meio atrás havia tido um aborto espontâneo e esta dificuldade de aceitar a gestação estava associada a um medo da ocorrência de novo aborto. A descoberta da gestação se deu quando percebeu que estava com atraso no seu ciclo menstrual, ainda

assim aguardou um mês para realizar o exame e confirmar a gravidez. Não utilizava método anticoncepcional via oral, somente utilizava preservativo com o namorado.

A mãe de Luisa teve participação importante na aceitação da gestação, pois conversava bastante com ela e a “convenceu” de que precisava aceitar porque estava consumada a gravidez. Fala pouco de seu namorado sobre este momento, mas refere que ele aceitou desde o início e queria ser pai. Iniciou o pré-natal somente aos cinco meses de gestação, época em que refere ter começado a aceitar melhor sua condição de gestante. Conforme Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (2004), a sintonia entre a mãe e o feto evolui conforme as respostas fetais ficam mais frequentes, a partir do segundo trimestre de gestação, quando o feto parece se tornar mais presente. Neste período, a aceitação da gravidez é facilitada pela contribuição do bebê através dos movimentos fetais, a conversa, o toque na barriga, que são formas de comunicação que facilitam a troca entre a mãe e o feto e servem para que a mãe possa incluir o bebê no seu dia a dia, dividindo com ele sentimentos mais íntimos ligados a maternidade.

Como pode ser percebido pelo relato de Luisa, o desejo de ter um filho não partiu dela e resistiu até o quinto mês para aceitar esta gestação. Conforme Winnicott (2000/1956), a construção da maternidade ocorre muito antes da concepção ou nascimento do bebê, ocorre na história da mãe, desde sua infância. Parece que Luisa ainda não havia completado ou amadurecido essa construção de maternidade, necessitando ainda exercer o papel de filha para desenvolver, mais tarde, seu papel de mãe. Isso se confirma pelo apoio que recebe da mãe para criar Daniel, chegando este, em alguns momentos, a parecer seu irmão, sendo criado por sua mãe.

### **3.2.3 Gestação e Parto**

Durante a gestação tudo transcorreu normalmente, não houve nenhuma intercorrência médica, não precisou de medicação especial além das vitaminas indicadas para gestação.

No dia do parto, com 39 semanas de gestação, foi para o hospital quando sentiu que as contrações estavam ficando em intervalos cada vez menores. Foi acompanhada pela mãe e David não foi porque não tinha coragem e ela diz não ter insistido porque “*homem nessa hora não ajuda muito*”.

Quando questionada sobre o parto refere: “*foi triste... fiquei 13 horas em trabalho de parto, aí eu ganhei ele com seis dedos de dilatação né, aí o resto, depois na recuperação, essas coisas, aconteceu normal mesmo. Eu acho que o pior foi a hora do parto mesmo, ou as horas que eu fiquei esperando, porque no caso eu não tinha dilatação e mesmo assim fizeram eu ganhar normal*”. Com esse comentário pode-se sugerir que a experiência do parto tenha sido vivenciada de forma

traumática para Luisa, tendo relatado sentimentos negativos em relação a ele. Da mesma forma, o estudo de Lopes, et al. (2005) com 28 mães primíparas, que descreveram sentimentos negativos diante da experiência do parto, associados à dor e à equipe médica. O parto, apesar de ser um evento curto, é considerado de tamanha significância psicológica, podendo ter efeito devastador na mãe, incluindo as experiências desta no puerpério (Donelli, 2008).

Refere ter amamentado o filho já na sala de parto, pois teve muita facilidade na descida do leite. Constata-se neste relato a referencia a um acontecimento positivo que envolveu os primeiros dias de vida de Daniel.

### **3.2.4 Primeiros meses e o sintoma do bebê**

Os primeiros dias de Daniel em casa foram tranquilos, começou a ter cólicas no sexto dia de vida que duraram até completar três meses e meio. Contava sempre com a ajuda da mãe para auxiliá-la nestes momentos mais difíceis.

Nesse caso há uma rede de apoio presente, diariamente, desde que o bebê nasceu. Esta rede de apoio é pequena, sendo a principal integrante a mãe de Luisa, assim como no estudo de Oliveira e Dessen (2012). No entanto, diferentemente do estudo de Dessen e Braz (2000) e Piccinini, Pereira, Marin e Lopes (2007), o pai não é considerado pela mãe como uma rede de apoio, pois esta acredita que ele não tem muito a contribuir, ele parece ser visto como um papel secundário. Esta situação demonstra que uma rede de apoio presente é fundamental para a experiência da maternidade e, também, para o cuidado e a subjetivação do bebê.

Após a codificação dos dados do instrumento *Symptom Check-List*, os resultados apurados foram os seguintes: Daniel apresentou nas categorias sono, alimentação, digestão, pele e comportamento variações dentro da normalidade, apresentando alteração somente na categoria respiração que apontou sistema mãe-criança claramente disfuncional.

Desta forma, percebe-se então que Daniel apresenta indicadores de sintomas psicofuncionais, com crises de bronquite asmática bem importantes, ficando dias com o nariz muito congestionado, muita tosse e falta de ar. Daniel tem problemas respiratórios repetitivos desde os 7 meses, e até o momento teve três episódios, sendo o último descrito como o mais sério. A mãe considera que fica extremamente tensa quando ele está em crise: *“tem que estar correndo com ele pra lá e pra cá, comprar remédios, comprar isso, comprar aquilo, ir a médicos, eu fico bem estressada mesmo. Mas ai no caso eu não procuro passar pra ele né, porque no caso ele vai se sentir mal, pior do que ele já tá...”*. Quando ele tem estas crises ela procura atendimento médico imediatamente, para evitar um possível agravamento da situação.

Kreisler (1981) aponta que a expressão somática na criança ocupa posição de destaque tendo em vista o fato de atingir suas funções reguladoras principais. Quando se fala em transtorno respiratório, esta posição de destaque se intensifica, visto que trata-se de uma função vital. Fala-se que neste caso, a criança revela-se extremamente dependente em relação a mãe e a mãe, por sua vez, protege de forma exagerada a criança. Esta relação simbiótica não se destaca no caso de Luisa e Daniel. A superproteção é evidenciada neste caso quando ocorre a manifestação da crise respiratória em Daniel, momento que ela larga tudo, leva ao médico e não mede esforços para com Daniel.

Luisa considera que Daniel dorme pouco, porém relata que o bebê dorme quase 12 horas a noite e durante o dia tem dois cochilos de meia hora cada um. Apesar de ser uma rotina de sono considerada adequada para bebês de sua faixa etária, conforme Nunes (2002), a mãe considera que ele dorme pouco, manifestando desejo de que o período de sono de Daniel fosse mais extenso. Quando chega em casa do trabalho, Luisa refere que sua rotina é ficar com Daniel, brincar com ele e alimentá-lo, dedica-se somente a ele. Luisa refere que se Daniel dormisse mais, ela teria mais tempo para administrar suas atividades após sua jornada de trabalho. O dormir do bebê coloca em questão a problemática entre a presença e ausência da mãe e suas consequências (Ganhito, 2001). Parece que para Daniel o sono saudável está instaurado, mas Luisa gostaria que ele aumentasse seu período de sono para se dedicar a outras coisas, que não somente a ele.

Em relação à alimentação, pelas respostas obtidas no *Symptom Check-list*, tudo se apresenta dentro dos padrões de normalidade, mas foi observado que a família (principalmente mãe e avó) oferecem alimentos para a criança o tempo todo, mesmo sem ele solicitar, e ele ora aceita, ora não aceita, coloca no chão ou oferece ao cachorro da família. Sendo assim, a mãe parece se antecipar muito no atendimento a Daniel, já que ele parece não ter tempo de sentir fome. Esta constatação pode sugerir que nesta relação isso pode ser entendido como expressão de amor e afeto. Além disso, a mãe refere que Daniel está com peso um pouco acima da média para sua idade.

### **3.2.5 Relação Mãe-Bebê**

Quando a entrevista foi iniciada, Daniel estava dormindo com a avó e a mãe havia acabado de chegar do trabalho. Em seguida ele acordou, a avó trouxe Daniel até a mãe, esta o pegou no colo e, imediatamente, ofereceu o peito, amamentando-o. Daniel mama no peito até o momento, alternando a alimentação com mamadeira e outros tipos de alimentos sólidos. Enquanto era amamentado, durante a coleta de dados, Daniel fazia carinho no peito da mãe parecendo gostar muito daquele momento, tanto que até hoje não aceita a mamadeira quando esta é oferecida pela

mãe, só aceita quando a avó oferece e caso a mãe esteja ausente. Quando vê a mãe sempre solicita o peito.

Neste momento, que era seu primeiro contato do dia com o filho após chegar do trabalho, não foi observada nenhuma troca afetiva como carinho, beijo, conversa carinhosa, manifestação de saudade, como a mãe refere que sente em seu discurso. É importante ressaltar que a mãe sugere ser uma pessoa fechada, séria, fala pouco e baixo, parecendo ter dificuldades de expressar seus afetos. O momento da alimentação é quando ocorre o estabelecimento de uma primeira relação de compromisso entre a mãe e bebê e, conseqüentemente, sobre as origens da oralidade. O autor afirma que a alimentação da criança é uma questão de relações mãe-filho; é um ato de colocar em prática a relação de amor entre a dupla mãe-bebê (Winnicott, 1945/2012). Esta ausência da expressão de afeto em Luisa parece estar sendo substituída pelo oferecimento de alimento que, neste caso, a amamentação, poderia representar o afeto, podendo ser entendido como uma manifestação de cuidado ou preocupação com o bebê.

Foi observado que Daniel solicitava pouco a mãe, mas tentava com frequência ir até a escada e subir os degraus solicitando a presença da avó, que estava descansando no andar de cima, já que ela trabalha a noite. Daniel chamava “*Tata*”, que é como ele nomeia a avó, que cuida dele na parte da manhã. Todas as vezes que Daniel estava na escada (aproximadamente segundo ou terceiro degrau), Luisa levantava da cadeira, o repreendia com voz baixa e inexpressiva e o tirava de lá. Esta cena se repetiu aproximadamente dez vezes. Neste caso, parece que o atendimento à criança era tardio, pois ele primeiramente conseguia retirar o portãozinho que o impedia de subir, sem que ela tentasse o repreender ou mesmo impedir que ele o fizesse, retirando-o da escada somente quando ele estava bem adiantado na sua escalada.

A mãe trabalha no período da manhã, mas a tarde, quando chega, por volta de 15 horas, dedica todo seu tempo ao filho. Costumam brincar, jogar bola, assistir televisão. Refere que gostaria de ter mais tempo com ele, pois até ele completar seis meses passavam o dia inteiro juntos, mas depois começou a trabalhar e só consegue ficar com ele depois que chega do trabalho.

Em determinado momento, Luisa se levantou e começou a jogar bola com Daniel na sala, ele pareceu gostar muito da brincadeira, mas esta foi rápida e em minutos a mãe tornou a sentar. Observou-se que a mãe conversava pouco com Daniel e, quando o fazia, era para mostrar gracinhas, oferecer alimento, ou repreender por alguma atitude errada como jogar a bolacha no chão, ou mexer nas plantas do vaso, ou subir a escada, sempre em tom de voz baixo e inexpressivo, denotando cansaço ou pouca energia.

O olhar de Luisa estava constantemente direcionado a Daniel, com o objetivo de vigiar se ele estava em perigo. Foi observado que a mãe pegou Daniel no colo algumas vezes, ora porque ele solicitava, ora espontaneamente. Chamou atenção da pesquisadora a ausência de atitudes de afeto como beijos, carícias ou afagos no bebê. Daniel, por sua vez, solicitou poucas vezes o colo da mãe, talvez porque estivesse na fase de começar a andar, explorar o ambiente. Desta forma, então, progressivamente, o bebê passa da dependência absoluta para o que Winnicott (1965/2005) chama de dependência relativa, na qual ele diminui gradativamente o vínculo fusional com a figura materna, libertando-se da necessidade de presença contínua desta mãe, atingindo o estágio de independência, no qual se percebe, então, como um ser separado da mãe, diferenciando algo interior a si mesmo de algo que lhe é exterior.

Luisa relata que a maternidade tem um lado muito bom, mas também significa para ela algumas privações, já que ela é jovem, tem vontade de sair, passear, ir ao cinema e não pode realizar estas atividades em função dele. Acha que a mãe já a ajuda muito durante a semana pela manhã enquanto está trabalhando e não pode abusar solicitando ajuda também no final de semana. A sogra cuida de um idoso e também dispõe de pouco tempo. Então Luisa refere que se conforma e que, um dia, poderá fazer estas coisas de novo, por enquanto deve cuidar do filho, que é de responsabilidade dela, deve pensar nele sempre em primeiro lugar. A maternidade então, é percebida por Luisa como uma privação de sua juventude e esta parece cansada do estreitamento de seu mundo devido a dependência que Daniel ainda requer (Dias, 2003).

Apesar de explicitar que David passa na casa dela todos os dias no final da tarde para ver Daniel, dorme na casa dela nos finais de semana e auxilia na questão financeira relativa à criança, o pai parece pouco envolvido neste contexto familiar, talvez pela questão de não morarem juntos, ou da mãe falar nele somente quando questionada, passou a impressão de figura paterna distanciada. Quando David dorme na casa de Luisa, é colocado um colchão no chão para ele, já que Daniel dorme na cama com a mãe.

A gestante, em geral, espera que seu companheiro seja sua principal fonte de apoio social, apoio este que Luisa parece não ter recebido durante sua gestação, talvez pelo fato do pai ser muito jovem ou de não residirem na mesma casa, mas é fato que esse apoio não parece ser oferecido por ele. De maneira geral, espera-se que o pai ofereça segurança à mãe neste momento especial, sendo que esta segurança necessária irá basear toda a formação do vínculo mãe e filho. Este apoio pode ser traduzido como carinho, encorajamento e assistência à gestante, e influencia, mesmo que indiretamente, o bem-estar psicológico da mãe (Rapoport & Piccinini, 2006).

Os comportamentos maternos descritos acima, conforme Wiese e Leenders (2006), parecem corresponder ao estilo de sensibilidade fraca, que corresponde a um estilo ativo/rude ou seu oposto, passivo/deprimido e afetivamente pouco expressivo (plano), que pode ser considerado o caso de Luisa onde, no entanto, se pode observar ainda alguns aspectos positivos. A sensibilidade fraca se evidencia na afetividade pouco expressiva da mãe, com ausência de falas carinhosas, tom de voz baixo e pouco expressivo. No que se refere à estruturação, esta pode ser classificada como inconsistente, ou seja, há inconsistências na forma como o adulto estrutura ou estabelece limites para a criança, o que se reflete no atendimento tardio à Daniel, quando a mãe só intervinha quando ele já estava no segundo ou terceiro degrau da escada. Quanto à intrusividade, o estilo materno no caso parece corresponder ao parcialmente intrusivo, quando a mãe/pai frequentemente estabelece os passos da interação, faz perguntas, dirige o curso da brincadeira, faz sugestões, propõe mudanças para temas opostos àqueles escolhidos pela criança; é um comportamento que se parece mais como diretivo e super-protetor do que propriamente intrusivo. Neste caso, esse estilo se evidencia quando a mãe sugere jogar bola com o menino, estabelece o período da atividade, assim como assistir televisão e outras atividades que parecem ser mais dirigidas por ela do que considerando a vontade do bebê. Na categoria hostilidade, o caso em questão aponta para a hostilidade encoberta: significa que o adulto mostra alguns sinais de hostilidade como impaciência, desconforto, aborrecimento, provocação, elevação da voz, atitude de sofrimento que podem estar acobertados. Estes sinais são percebidos no caso de Luisa e Daniel, quando a mãe aponta sinais de desconforto com a maternidade e a privação que ela representa, demonstrando atitude de sofrimento relacionada a esta maternidade.

### **3.3 Caso Alice e Frederico**

Frederico tem seis meses de idade, reside com os pais e o irmão de um ano e nove meses, Marcelo. Sua mãe, Alice tem 25 anos, curso superior incompleto e é casada com Otávio, 31 anos, ensino médio completo, proprietário de uma vidraçaria na região metropolitana de Porto Alegre. O relacionamento do casal dura 11 anos.

Alice descreve uma relação distante com sua mãe, que tem pouco contato com os netos. Refere que não concorda com as atitudes da mesma e os atritos acontecem em função do companheiro atual da mãe. Nenhum dos irmãos de Alice tem opinião favorável sobre a situação da mãe.

### 3.3.2 Desejo pela maternidade

A gestação de Frederico não foi planejada, “*foi um acidente*”, Alice havia feito uma conização<sup>3</sup> no útero três meses antes e não estava usando nenhum método anticoncepcional porque estava amamentando, o filho mais velho tinha seis meses de idade. Refere ter tomado a pílula do dia seguinte, a qual não adiantou: “*Quando eu tomei a pílula do dia seguinte tinha certeza do que tinha acontecido, meu ciclo ainda não estava regulado, nem sabia quando ficaria menstruada, um mês eu ficava num dia, no outro nem ficava, não tinha dia fixo, e aí quando tomei a pílula eu já estava sabendo que ia ficar grávida né... Do outro também foi fácil, eu tomava comprimido há nove anos, parei de tomar e no primeiro mês já engravidei. Aí passou dez dias, não veio, não veio, porque após tomar a pílula, após cinco ou seis dias tem que descer, não veio, fiz o teste e deu positivo. Dali eu fiquei apavorada...*”. Alice refere que Marcelo ainda era bebê, era manhoso, chorava muito, queria colo o tempo todo, solicitava muito a atenção da mãe, pensava que se o outro filho fosse igual não iria dar conta de atender as duas crianças: “*Pensava que se eu não estava conseguindo dar conta de um, imagina quando chegasse o outro, o Marcelo tinha um aninho e pouco quando ele nasceu, foi isso que me deixou em desespero*”.

Outro agravante, segundo Alice, é que recém havia retornado da licença maternidade, começado a trabalhar e se desprendido um pouco de Marcelo, quando se deu conta de que iria começar tudo de novo. Decidiu, então, afastar-se de sua atividade profissional. Alice comenta que sempre quis ter outro filho, por isso aceitou a gravidez, só apresentou dificuldade de aceitar o fato de ter dois filhos tão pequenos ao mesmo tempo.

O desejo de ser mãe aparece na história de Alice quando esta descreve diálogos com o marido sobre o planejamento de sua gestação. Conforme Winnicott (2000/1956), a construção da maternidade vai ocorrendo na história da mãe, desde sua infância, muito antes do bebê ser concebido, portanto a maternidade aparece como um desejo vindo da infância. A maternidade é o momento no qual a mãe faz uma retrospectiva de suas vivências mais primitivas em suas relações objetais, reeditando a experiência com seu bebê conforme suas próprias experiências enquanto filha, perpetuando modelos de apego de uma geração para outra (Lebovici, 1999). A conflitiva que Alice enfrenta atualmente em relação a sua mãe, tendo contato restrito com a mesma pode interferir no seu desempenho do papel de mãe, mesmo porque não pode contar com a mesma para auxiliar no cuidado com seus filhos.

---

<sup>3</sup> Conização do colo do útero é um procedimento ginecológico onde um fragmento de tecido em forma de cone é removido do colo do útero e é realizado para ajudar no estabelecimento do diagnóstico de câncer de colo de útero ou para remover a área anormal identificada após a realização uma biópsia (Kliemann, 2011).



Além disso, no caso de Frederico o desejo pela maternidade não se evidencia em razão de Alice estar com um filho de seis meses, ainda muito dependente dela e do fato da gestação não ter sido programada, inclusive havendo rejeição inicial, com tentativa de interrupção da gestação (uso de pílula do dia seguinte). A questão do desejo pela maternidade pode ser alvo de reflexão nos dias de hoje, pois os métodos contraceptivos dão a mulher uma sensação de controle sobre a concepção (Debray, 1988). Conforme Fernandez (1988), se uma gravidez ocorre é porque existia o desejo inconsciente por ela, por mais que o discurso consciente aponte o contrário. Outro fato a ser discutido é que Alice refere acreditar na impossibilidade de engravidar porque estava amamentando, mas seu filho tinha seis meses e o leite materno já não era mais um alimento exclusivo desde os quatro meses de vida dele, então, esta justificativa não procede.

### **3.3.3 Gestação e Parto**

Quanto às condições de saúde, teve uma gestação saudável e tranquila, porém apresentava instabilidade emocional, chorava muito, tinha atritos diários com o marido: “(...) *estava emocionalmente abalada, muito instável, nossa senhora, meu Deus, meu marido coitado chegava em casa era briga em cima de briga né, eu estava estressada, imagina eu com um barrigão, quase ganhando, tinha que embalar o João Pedro no colo, cantar todas as músicas do rádio pra ele poder dormir... eu não aguentava mais...*”. Refere que precisou tomar medicação para depressão (fluoxetina) porque se sentia deprimida, desanimada, sem forças.

O parto foi de cesariana porque de Marcelo havia tentado parto normal e teve descolamento de placenta, ficou com receio de enfrentar o mesmo problema novamente e optou pela cesárea com 39 semanas. Tudo transcorreu normalmente em dia e hora marcados para o parto. Amamentou já na sala de recuperação, e seu leite desceu com facilidade.

Conforme Lopes *et. al* (2005) o parto representa um evento importante na vida da mulher, repercutindo profundamente nos seus planos físico, emocional e social. Antecipado na gestação, nas fantasias da mulher, continuará sendo revivido nas lembranças da mãe por um longo período. Os acontecimentos que cercam o trabalho de parto e o nascimento do bebê parecem afetar as primeiras relações da mãe com seu filho. O tipo de atendimento prestado à mulher nos momentos que cercam o parto é fundamental para sua confiança na própria capacidade de ser mãe e de cuidar de outro ser humano. No caso de Alice, a experiência do nascimento de Frederico foi tranquila, fornecendo-lhe confiança em sua capacidade de ser mãe de outro ser humano.

### 3.3.4 Primeiros meses e o sintoma do bebê

Quando foi pra casa com Frederico tudo transcorreu normalmente, refere não ter sentido nenhum sentimento de rejeição e cuidou de Frederico assim como cuidou de Marcelo. Ele sempre foi bem tranquilo, poucas vezes tirou o sono de Alice: *“Posso contar nos dedos as vezes que ele acordou chorando, ou que ficou acordado trocando o dia pela noite, não teve isso, foi bem poucas vezes mesmo. Só por uma dorzinha de barriga, cólica, essas coisas assim né, mas muito pouquinho em seguida ele dormia, bem tranquilo”*. Recentemente que ele está começando a ficar um pouquinho mais agitado, porque parece muito incomodado com a bronquite.

Alice refere que conseguiu dar conta dos dois filhos, todos foram se adaptando e a rotina se ajustou rapidamente. Atualmente o filho mais velho está na escola, o que facilita para que ela possa realizar alguma atividade doméstica ou levar Frederico ao médico, mas confessa que esta foi uma das maiores dificuldades deste período, pois sentiu-se culpada no início: *“No começo eu fiquei bem assustada, primeiros dias tenho impressão do que eu senti é que eu estava fazendo um mal pra ele sabe, eu chorava nos primeiros dias, ficava com peninha dele, parecia que estava deixando de cuidar dele, que não ia conseguir cuidar dele. E do outro, parecia que eu tava... não que eu desse mais atenção pra ele, mas eu queria continuar dando atenção da mesma maneira pro mais velho né, então eu fiquei culpada por deixar ele, pensei agora vou ter que dividir né, e o outro era recém nascido né, então precisava mais de mim...”*. Marcelo, apesar de mais velho e teoricamente não precisar tanto de atenção, é muito ativo, segundo a mãe, e necessita que alguém sempre esteja atento as tarefas que ele está realizando.

Neste relato da mãe aparece claramente o sentimento de culpa que Alice apresenta pelo fato de ter tido o segundo filho quando o primogênito ainda era muito pequeno e dependente. As interações familiares modificam-se e passam por um processo de readaptação quando nasce o segundo filho, mas a relação mais afetada é, sem dúvida, a relação mãe-criança, uma vez que há a diminuição da interação e da atenção materna com o primogênito, com redução do tempo que ocupava em brincadeiras com este (Oliveira, 2006).

Após a codificação dos dados do instrumento *Symptom Check-List*, os resultados apurados foram os seguintes: Frederico apresentou as categorias sono, alimentação, digestão, pele e comportamento com variações dentro da normalidade, apresentando alteração somente na categoria respiração que apontou sistema mãe-criança claramente disfuncional.

Desta forma, percebe-se então que Frederico apresenta indicadores de sintomas psicofuncionais, manifestados em crise de bronquite respiratória, estando há quase um mês com os

sintomas manifestos. A mãe considera ser esta uma crise muito intensa pelo período prolongado em que vem acontecendo, pelo nariz muito congestionado, além da tosse com secreção que apresenta.

Frederico manifestou o início desta crise de bronquite há quase um mês, época em que contava com cinco meses de idade, período que coincide com o início da alimentação. É importante ressaltar que Marcelo também apresenta o mesmo quadro de bronquite, com crises periódicas e já faz uso de tratamento preventivo.

A mãe refere ficar muito preocupada quando acontece a manifestação dos sintomas: *“eu sou muito preocupada com eles, fico assim as vezes sem saber o que fazer, eles estão doentinhos eu corro, todo mundo me chama de neurótica dizendo: “o que tu quer levando essas crianças no médico de novo... eles estão bem, pára, isso é coisinha de criança”, mas não sei, eu tenho uma preocupação que eu prefiro levar do que ficar na dúvida...”* A mãe refere que até o momento, Frederico não tem um tratamento preventivo, utiliza somente inalação e antialérgico quando está com crise mais forte. No último mês as crises foram de altos e baixos, mas não melhorou ainda. A mãe acredita que terá que levá-lo ao pediatra amanhã, caso perceba que a crise piorou ainda mais, como vem acontecendo desde hoje cedo.

Neste cenário de angústia materna, o estudo de Oliveira e Lopes (2002) contribui para o entendimento das formas de operar da função materna em conjunto com os fenômenos psicossomáticos manifestados por crianças de até dois anos de idade. Os pesquisadores constataram que a angústia materna pode incidir de forma operante na díade, sendo a asma infantil compreendida como a própria angústia manifestada no corpo. Estas mães sugeriam ser mais descritivas do que interpretativas na leitura das manifestações de seus filhos.

Conforme Kreisler (1978), as circunstâncias psicológicas envolvidas no momento da crise respiratória tem grande interferência na manifestação das mesmas. Percebe-se que, no caso de Frederico, trata-se de uma manifestação prolongada da crise respiratória que teve início no mesmo período em que foi iniciada a alimentação sólida, encerrando a etapa do leite materno como alimento exclusivo. É possível pensar que, talvez, Frederico ainda não estivesse preparado para este corte na relação dele com sua mãe, estando ainda imaturo psicologicamente para tal passo.

Como o transtorno respiratório relaciona-se com uma área vital, tendo um sentido simbólico, sendo que qualquer interferência nesta área gera uma dependência ainda maior da criança em relação a esta mãe. Por outro lado, a mãe acaba por proteger exageradamente esta criança, mantendo-a sempre sob seu controle, favorecendo a instauração de uma relação simbiótica, impedindo o impulso de separação-individuação da criança. Desta forma, esta sintomatologia

interfere negativamente no processo de crescimento e desenvolvimento da criança, funcionando a favor da manutenção da dependência (Kreisler, 1978).

### 3.3.5 Relação Mãe-Bebê

Conta somente com o marido, à noite, como rede de apoio, ainda assim precisa solicitar ajuda dele, pois ele sempre chega muito cansado. Ele prefere ajudar nas tarefas da casa, varrer, lavar louça do que se envolver nos cuidados com as crianças. Alice e o marido discordam na forma como ela lida com os conflitos entre as duas crianças: *“meu marido já é mais assim com ele né, ele chega em casa e se ele faz qualquer coisa ele já repreende mais, mas eu não gosto da maneira que ele repreende, e ai ele diz que não, que eu passo a mão por cima, que eu defendo, que não sei o que... o que vai ser desse guri (Marcelo), que ele judia do irmão e eu não castigo ele, não faço nada né, e eu digo como é que eu vou bater nele ou ficar gritando com ele o tempo todo, ele não vai gostar de estar comigo né, e ele acha que está errado, não pode, tem que sim gritar com ele, tem que fazer ele entender, ai a gente fica nessa discussão...”*. Desta forma, percebe-se que a rede de apoio de Alice limita-se ao marido, mesmo assim, precisa solicitar ajuda dele, já que esta não parte dele espontaneamente. Apesar de referir este marido como representante de apoio e sustentação (Stern, 1997), o mesmo sugere ter dificuldades em oferecer este auxílio a ela, seja porque chega muito cansado do trabalho, seja por discordarem da maneira que resolvem os conflitos entre os filhos. Parece que, por ser ele o provedor exclusivo deste lar, Alice lhe confere o direito de escolher em qual atividade irá ajudar e justifica que ele chega cansado do trabalho, como se ela também não estivesse cansada de realizar as atividades da casa e com os filhos.

Alice refere sentir-se atualmente mais responsável, mais tranquila e mais segura como mãe em relação ao filho mais novo, considerando que sua primeira experiência como mãe foi mais angustiante.

Durante a coleta de dados, observou-se que Alice segurou Frederico no colo durante boa parte do tempo, inicialmente por quase uma hora, causando certa aflição na pesquisadora, até que amamentou o bebê após alguns resmungos e este adormeceu, então a mãe o colocou no berço. Quando Frederico despertou, a mãe amamentou novamente e ele permaneceu no colo por mais alguns instantes. Mais tarde, Alice o colocou no carrinho em frente à televisão, de costas para a observadora, mas ele permanecia inquieto porque parecia querer observar a conversa entre a mãe e a pesquisadora. Após alguns minutos a mãe percebeu sua inquietude e o colocou de frente para ela e a pesquisadora, quando ele se acalmou. Pode-se perceber que a mãe atendia a criança quando esta

manifestava algum desconforto, após algumas manifestações como resmungos ou choros. Em alguns momentos ele resmungava bastante, até quase gritar, para a mãe atendê-lo.

Alice conversava delicadamente com o filho, de forma carinhosa, demonstrando afeto de forma espontânea. Ela colocava medicação no nariz dele, que estava bastante obstruído, brincava utilizando o movimento das próprias mãos, enquanto ele respondia positivamente, sorrindo e demonstrando se agradar muito da brincadeira. Em determinado momento colocou-o sentadinho no sofá, posição que ele aceitou sem reclamar, após algum tempo ele começou a resmungar e esta o atendeu prontamente, ficando em pé com o bebê no colo, balançando o corpo, sem interromper a conversa com a pesquisadora.

Alice mostrou algumas fotos para a pesquisadora, mas chamou atenção que as fotos expostas eram, em sua maioria, de Marcelo. Desde quando este era bebê, até algumas fotos atuais, incluindo imagens de algumas campanhas publicitárias que ele realizou e sempre exaltando sua beleza física. Frederico aparecia em algumas fotos juntamente com o irmão, mas em nenhum momento a pesquisadora percebeu fotos exclusivas de Frederico.

Os comportamentos interativos maternos descritos no relato acima, conforme Wiese e Leenders (2006), parecem corresponder ao estilo de sensibilidade inconsistente, no qual apesar de haverem amostras de sensibilidade parental, parece difícil afirmar que o comportamento da mãe seja saudável, seja por inconsistências, ambivalências ou flutuações. A sensibilidade inconsistente se evidencia na afetividade expressiva da mãe em relação a Frederico, conversando com ele carinhosamente, brincando com o bebê, porém atendendo a criança tardiamente quando esta manifestava alguma necessidade. No que se refere à estruturação, esta pode ser classificada como inconsistente, ou seja, há inconsistências na forma como o adulto estrutura ou estabelece limites para a criança. Neste caso, parece que os limites para Frederico ainda não foram bem estabelecidos, talvez em função da pouca idade da criança, sendo que este fica no colo sempre que quer, mesmo que a mãe tenha que deixar algo importante para atender as “manhas” de Frederico. Quanto à intrusividade, o estilo materno no caso parece corresponder ao parcialmente intrusivo, quando a mãe/pai frequentemente estabelece os passos da interação, faz perguntas, dirige o curso da brincadeira, faz sugestões, propõe mudanças para temas opostos àqueles escolhidos pela criança; é um comportamento que se parece mais como diretivo e super-protetor do que propriamente intrusivo. Neste caso, esse estilo se evidencia quando a mãe escolhe a brincadeira a ser realizada, como o episódio em que Frederico brincava com as mãos dela, estabelecendo o período da atividade, assim como assistir televisão e outras atividades que parecem ser mais dirigidas por ela do que considerando a vontade do bebê. É importante observar que Frederico é um bebê de seis

meses, fase em que ainda sugere mais dependência em relação a estas escolhas. Na categoria hostilidade, o caso em questão aponta para a hostilidade encoberta: significa que o adulto mostra alguns sinais de hostilidade como impaciência, desconforto, aborrecimento, provocação, elevação da voz, atitude de sofrimento que podem estar acobertados. Estes sinais são percebidos no caso de Alice e Frederico, quando a mãe aponta sinais de desconforto com a maternidade no início da gestação, quando demora a atender às solicitações de Frederico, esperando que ele demonstre repetidamente seu desconforto, quando fica tempo excessivo com o bebê no colo, causando inclusive certo desconforto em Frederico e, também, quando mostra fotos apenas do filho mais velho em um momento que Frederico deveria ser o foco de atenção.

### **3.4 Síntese dos casos Cruzados**

A partir do relato e da discussão dos três casos acima, pode-se inferir que a relação mãe-bebê é uma relação única, singular, permeada por contribuições de ambos os integrantes da dupla. Até o momento, foram descritas as singularidades de cada caso; a seguir, realizou-se um cruzamento entre os dados de cada caso a fim de levantar convergências e divergências entre os mesmos.

Após a coleta de dados, observou-se que todos os bebês participantes desta pesquisa são do sexo masculino. Como o número de participantes desta pesquisa foi reduzido, não se pode afirmar nenhuma tendência neste sentido, mas considerou-se importante apontar como fator que se destacou neste estudo. Contribuindo para este entendimento, uma pesquisa realizada por Trippia, Filho e Ferrari (1998) investigou aspectos clínicos da asma nas crianças, utilizando amostra de 1009 pacientes atendidos em um ambulatório especializado. Os autores destacaram que, até a adolescência, há um ligeiro predomínio da doença no sexo masculino, porém a explicação para este fato ainda é desconhecida.

A diferença de faixa etária entre os bebês é importante ser citada quando se aborda o primeiro ano de vida. A idade das crianças oscilou entre 6, 9 e 12 meses de idade. Apesar desta observação abordar apenas meses de diferença, no primeiro ano de vida diferenças e avanços significativos acontecem no intervalo de um mês.

No que se refere ao eixo I, definido pelo tópico Desejo pela Maternidade, para um melhor entendimento dos três casos analisados, optou-se pela ilustração através de tabela, conforme segue abaixo na tabela 2:

**Tabela 2: Eixo I: Desejo pela Maternidade**

<b>Caso</b>	<b>Desejo</b>	<b>Sentimentos relacionados</b>
Lourdes e Leandro	Muito desejado	Ansiedade excessiva (pressão marido, exames mensais, demora a engravidar em relação a outras gestações)
Luisa e Daniel	Não desejado	Rejeição inicial, com inconformismo e negação da gestação por parte da mãe e início tardio do pré-natal (5 meses)
Alice e Frederico	Não desejado	Rejeitado com uso de método contraceptivo “tardio” (pílula do dia seguinte)

Ao considerar a receptividade à gravidez como significativo no modo como a mãe vai investir afetivamente no bebê, percebe-se que este momento se revelou tenso para duas das mães entrevistadas, Luisa e Alice. De acordo com os relatos colhidos, a gravidez não foi um evento conscientemente desejado nem aceito por estas duas mães entrevistadas. No caso de Luisa e Alice, as palavras utilizadas para descrever a notícia da gravidez revelaram a presença de sentimentos desfavoráveis provocando reações negativas. Além de Daniel e Frederico não terem sido desejados, foram, inclusive, rejeitados inicialmente por suas respectivas mães.

Um estudo de cunho qualitativo de Tachibana, Santos e Duarte (2006) a respeito do conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada investigou 12 gestantes utilizando a entrevista psicológica como instrumento. As pesquisadoras referem que na questão do desejo acerca da gravidez, muitas vezes, os discursos manifesto e latente podem não estar em sintonia, o que acarretaria na ocorrência de uma gravidez inconscientemente desejada, mas conscientemente não planejada. Os resultados obtidos revelaram que em alguns casos, o motivo consciente contrário à irrupção da gravidez não planejada era justamente a motivação que inconscientemente levava a gestante a desejar engravidar. Em outras palavras, notou-se que, enquanto algumas pacientes traziam como queixa principal o fato de terem engravidado de um relacionamento falido, foi observado que o que lhes havia motivado inconscientemente a engravidar era justamente o desejo em reconstruir esses relacionamentos.

Além disso, percebeu-se que sentimentos de ansiedade envolveram as três gestações, inclusive no caso de Lourdes, que foi a única gestação, no caso deste estudo, que foi conscientemente planejada. Lourdes sofreu demasiada pressão para engravidar, fazendo testes de gravidez todo mês, às vezes até sem atraso menstrual, o que lhe causava, segundo relato da mesma, muita ansiedade. A ansiedade durante a gestação está associada com uma posterior vivência negativa da experiência do parto (Waldenström, 1999). Ela é capaz de influenciar o curso da gravidez, do trabalho de parto, do parto propriamente dito e da adaptação entre mãe e bebê no período pós-parto.

Um estudo qualitativo de Eyng e Souza (2006), investigou sentimentos gerados nas mulheres com dificuldade para engravidar, através de entrevistas individuais com perguntas semi-abertas, no qual participaram três mulheres que apresentavam diagnóstico de infertilidade. A análise dos dados coletados mostrou que a infertilidade desencadeia nas mulheres sentimentos de inferioridade, tristeza, angústia, impotência, incapacidade. A vivência do sentimento de cobrança faz com que elas se sintam diferentes das demais mulheres. Entende-se que, no caso de Lourdes, como em suas outras gestações engravidou rapidamente, essa espera de um ano com cobranças internas dela mesma associadas à pressão exercida pelo marido, fizeram com que experimentasse sentimentos semelhantes ao destas mulheres com diagnóstico de infertilidade, como inferioridade, tristeza, angústia, impotência e incapacidade.

Assim, entende-se que estas mães encontraram dificuldades para vivenciar essa condição especial por razões relacionadas a sua própria subjetividade e seu momento de vida particular. Se esta receptividade negativa pode ser considerada prenúncio de uma gestação atribulada, pode-se pensar que estes bebês, ao invés de uma adaptação ativa e sensível, tenham vivenciado o ambiente materno como invasivo, provocando reações que podem ter sido prejudiciais ao seu desenvolvimento.

Desta forma, as falhas no ambiente materno puderam ser percebidas desde as etapas mais precoces, já na vida intra-uterina. A influência destes fatores sobre o feto pode assumir graduações diferentes em cada criança, mas não podem ser desconsideradas no entendimento dos casos.

No que se refere ao eixo II, definido pelo tópico Gestação e Parto, para um melhor entendimento dos três casos analisados, optou-se pela ilustração conforme segue abaixo, na tabela 3:

**Tabela 3: Eixo II: Gestação e Parto**

<b>Caso</b>	<b>Pré-natal</b>	<b>Uso de Medicação</b>	<b>Sentimentos relacionados</b>	<b>Tipo de parto</b>	<b>Intercorrências</b>
Lourdes e Leandro	Sim	Vitaminas	Humor estável	Cesáreana – queria parto normal, mas fez cesáreana de emergência.	Reação alérgica a anestesia
Luisa e Daniel	A partir 5º mês	Vitaminas	Humor estável	Normal	Sentiu muitas dores
Alice e Frederico	Sim	Pílula dia seguinte e fluoxetina	Humor instável	Cesáreana	Sem relatos de dificuldades

A formação do vínculo mãe-bebê tem origem desde antes da concepção, nas vivências primitivas da mãe. Contudo, o período da gestação ganha importância à medida que se caracteriza



como um evento complexo, com ocorrência de diversas mudanças na vida da mulher. Trata-se de uma experiência repleta de sentimentos intensos, variados e ambivalentes que podem dar vazão a conteúdos inconscientes da mãe. Esta relação da mãe com seu filho, que começa na gestação, irá basear a relação mãe-bebê que se estabelecerá depois do nascimento e ao longo do desenvolvimento da criança (Brazelton e Cramer, 1992; Caron, 2000; Klaus e Kennel, 1993; Soifer, 1992).

Luisa iniciou seu pré-natal somente no quinto mês, o que denota que até esse momento não aceitava sua gestação e parecia, inclusive, negar o acontecimento e o bebê, sem realizar o acompanhamento necessário. Alice, por sua vez, apesar de ter iniciado o pré-natal no período indicado, passou também pela dificuldade de aceitação da gestação e precisou fazer uso de medicação controlada, no caso a fluoxetina, para estabilizar seu humor, visto que tinha humor oscilante e chorava muito. Um estudo de revisão realizado por Borsa (2007) apontou a importância da existência de uma relação materno-fetal intensa embasada, especialmente, nos sentimentos ou expectativas da gestante sobre o bebê. Os resultados deste estudo sugerem que conhecer o bebê antes do nascimento, estar com ele, pensar sobre ele, imaginar suas características, traz implicações para a construção da representação do bebê, da maternidade e para a posterior relação mãe-bebê.

Conforme o pensamento Winnicottiano, entende-se que quando a gravidez ocorre em um ambiente favorável, tanto para a mãe quanto para o bebê, este momento tem mais chances de ser vivenciado sem maiores dificuldades, mesmo que seja o primeiro filho, como no caso de Luisa. Quando ocorre o contrário, as chances de acontecerem interferências nesta relação também aumentam. Desta forma, nos dois exemplos citados acima, o momento da gestação foi bastante conflitivo e atravessado por tensões.

Dois mães, Lourdes e Luisa, relatam dificuldades mais evidentes no momento do parto, como dores, horas de espera e momentos de angústia. Somente Alice se referiu ao parto como um acontecimento tranquilo, sem relato de maiores dificuldades. No estudo de Lopes *et. al* (2005) os pesquisadores destacam que o momento do parto marca profundamente a história das mulheres. Ele é antecipado na gravidez, através das expectativas, e continua repercutindo posteriormente, na forma de lembranças e sentimentos que acompanham a mãe. De um lado, ele exacerba intensas fantasias e ansiedades frente a um momento muito esperado, mas cercado pelo imprevisível. Por outro lado, a sua vivência marca profundamente a vida das mulheres, seja pelas emoções positivas ou negativas experimentadas.

Desta forma, percebe-se que os relatos apresentados pelas participantes Lourdes e Luisa retratam a intensidade dos sentimentos que cercam este momento da maternidade, com possíveis implicações para o relacionamento mãe-bebê e futuro desenvolvimento da criança.

No que se refere ao eixo III, definido pelo tópico Primeiros meses e o sintoma do bebê, para um melhor entendimento dos três casos analisados, optou-se pela ilustração conforme segue abaixo, na tabela 4:

**Tabela 4: Eixo III: Primeiros meses e o sintoma do bebê**

<b>Caso</b>	<b>Primeiros Dias de Vida</b>	<b>Amamentação</b>	<b>Sintomas Psicofuncionais</b>	<b>Sentimentos Evidenciados na mãe com a sintomatologia do bebê</b>
Lourdes e Leandro	Amarelão – mãe relata ansiedade e insegurança	Leite demorou a descer	Três episódios - Transtorno Respiratório – Sintomas desde 6 meses	Quando apresenta a sintomatologia Lourdes descreve que fica desesperada e muito ansiosa até aliviar os sintomas. Decide com o marido qual o procedimento a seguir.
Luisa e Daniel	Cólicas até 3 meses – mãe ajudava nos momentos difíceis	Amamentou logo após o nascimento na sala de parto	Três episódios - Transtorno Respiratório (bronquite asmática) – Sintomas desde 7 meses	Quando apresenta a sintomatologia Luisa relata alto nível de estresse e tensão, sem deixar transparecer a Daniel – procura atendimento médico imediatamente.
Alice e Frederico	Bebê tranquilo, dormia bem, poucas cólicas	Amamentou logo após o nascimento na sala de recuperação	Um episódio prolongado com duração de quase 30 dias - Transtorno Respiratório (bronquite) - Sintomas desde os 5 meses	Quando apresenta a sintomatologia Alice descreve que fica muito preocupada, angustiada, sem saber o que fazer e procura auxílio médico imediatamente.

Nos primeiros dias de vida dos bebês, as mães Luisa e Alice relataram facilidade na descida do leite e no processo de amamentação como um todo. Por outro lado, Lourdes apresentou dificuldades na descida do leite e nas primeiras mamadas, já que em função da icterícia, Leandro dormia muito e não queria mamar. Daniel, por sua vez, apresentou cólicas nos primeiros três meses de vida e Luisa contava com a ajuda de sua mãe para dividir estes momentos.

Os primeiros dias após o nascimento do bebê são carregados de emoções intensas e variadas, como pode-se perceber pelo relato das mães. Nas primeiras vinte e quatro horas a sensação de desconforto pela fadiga do parto permanece lado a lado com a excitação pelo nascimento do filho (Maldonado, 2002). No caso de Lourdes isso se intensificou pela reação alérgica que sofreu com a anestesia do parto juntamente com o amarelão desenvolvido por Leandro, que era um acontecimento novo para ela, diferindo de suas gestações anteriores.

Compreende-se o quanto é complexo este momento para a vida da mulher, possibilitando

inúmeros sentimentos ambivalentes. A labilidade emocional é o padrão mais característico da primeira semana após o parto, já que a euforia e a depressão alternam-se rapidamente, essa última podendo atingir, em muitos casos, grande intensidade (Maldonado, 2002).

Os três bebês apresentaram a sintomatologia ligada ao transtorno respiratório que destaca-se pela alta incidência e pela gravidade que o envolve (Carvalho & Rios, 2001). Kreisler (1978) destaca que o funcionamento da dupla mãe-bebê, nestes casos, acontece com a criança apresentando a dependência extrema em relação à mãe e esta, por sua vez, superprotegendo exageradamente a criança, mantendo-a sob seu controle, favorecendo a instauração de uma relação simbiótica. A superproteção materna acaba por manter o bebê em estado de tensão elevada, cuja descarga é realizada através da crise respiratória.

Nos casos estudados percebe-se que a superproteção materna aparece na relação das três duplas mãe-bebê. No caso Lourdes e Leandro, assim como Alice e Frederico, destaca-se a dificuldade de afastamento da criança por parte da mãe, conforme relatos, com prevalência de sentimentos de insegurança em deixar as crianças com outra pessoa. No caso de Luisa isso também aparece, porém de uma forma mais velada, visto que ela trabalha em meio período e consegue delegar os cuidados com Daniel para sua mãe, mas no restante do tempo é ela quem realiza os cuidados com ele e refere ter dificuldade de se afastar do filho. Os bebês, por sua vez, manifestam dependência importante em relação às suas mães, seja em razão dos momentos de crise aguda, seja pela pouca idade.

Conforme Kreisler (1978), as circunstâncias psicológicas envolvidas no momento da crise têm grande interferência na origem das crises respiratórias. Considerando esta afirmação, nenhuma das três mães participantes associou o momento inicial do transtorno respiratório com algum estado emocional diferenciado ou acontecimento importante na vida da criança. No entanto, após as entrevistas, observou-se que no caso de Frederico, a crise respiratória teve início logo após a interrupção da amamentação exclusiva; Daniel, por sua vez, manifestou a primeira crise aos sete meses, semanas depois da mãe iniciar sua atividade profissional; as situações descritas são momentos marcantes no desenvolvimento infantil. No caso de Leandro não foi identificada nenhuma particularidade quando ocorreu as primeiras manifestações do transtorno respiratório.

Todas as mães entrevistadas referem ficar muito tensas e angustiadas diante da manifestação da sintomatologia de seus filhos, que confirma o entendimento realizado até o momento de que o sintoma manifesto dos bebês toma a frente da relação e passa a ser o centro das atenções da vida destas mães. É importante observar que o sentimento de angústia frente ao problema de saúde do filho é considerado esperado para a mãe responsável e dedicada. O transtorno respiratório, por

relacionar-se com uma área vital, tem um sentido simbólico, gerando uma dependência ainda maior da criança em relação a esta mãe. A mãe acaba por superproteger o filho, favorecendo a instauração de uma relação simbiótica. Desta forma, esta sintomatologia interfere negativamente no processo de crescimento e desenvolvimento da criança, funcionando a favor da manutenção da dependência (Kreislner, 1978).

No que se refere ao eixo IV, definido pelo tópico Relação Mãe-Bebê, para um melhor entendimento dos três casos analisados, optou-se pela ilustração conforme segue abaixo, na tabela 5:

**Tabela 5: Eixo IV: Relação mãe-bebê**

<b>Caso</b>	<b>Afastamento do Bebê</b>	<b>Local de Sono</b>	<b>Apoio paterno</b>
Lourdes e Leandro	Não se separam nunca, no máximo coloca ele no cercadinho, se sai de casa leva-o junto	Dorme na cama dos pais	Presente
Luisa e Daniel	Mãe trabalha em atividade externa meio período, o tempo restante costuma ficar com o filho.	Dorme na cama com a mãe	Presente, porém pouco percebido
Alice e Frederico	Não se separam nunca, fica bastante tempo com ele no colo, se sai de casa leva-o junto.	Dorme em seu próprio quarto	Presente, porém com opiniões divergentes sobre como conduzir como pais. Precisa solicitar ajuda

Chama atenção, nos três casos apresentados, que as mães referem extrema dificuldade em afastar-se de seus bebês, sendo que Lourdes e Alice não exercem atividade profissional fora do lar para ficar todo o tempo com os filhos. Luisa, por sua vez, deixa o filho meio turno para trabalhar, mas somente sua mãe fica com ele. Além disso, Leandro e Daniel dormem na cama dos pais, somente Frederico dorme em seu quarto, tendo seu próprio espaço.

Para Winnicott (1965/2005) é fundamental que a mulher que, inicialmente, entrou no estado de preocupação materna primária para receber o bebê como ser em situação de dependência absoluta, possa ir, gradativamente, organizando com seu bebê o jogo presença-ausência, favorecendo o distanciamento e o retorno ao seu bebê, oscilando entre ser o que o bebê necessita que ela seja e, alternadamente, ser ela própria. Desta forma, a capacidade da mãe de adaptar-se às necessidades do bebê sem perder sua própria identidade permite a ela, progressivamente, não mais acolher a todas as demandas do bebê, permitindo que o amadurecimento dos processos intelectuais e afetivos do bebê favoreçam seu processo de independização. As participantes deste estudo parecem não ter evoluído do estado inicial de preocupação materna primária, acreditando na impossibilidade de seus bebês amadurecerem seus processos intelectuais e afetivos, percebendo-os

como seres totalmente dependentes delas, o que favorece a manutenção da relação simbiótica e, conseqüentemente, a manifestação de uma sintomatologia associada ao transtorno respiratório.

Essa dificuldade de separação relatada nos casos apresentados manifesta-se inclusive no horário da noite, permitindo estas mães que os filhos compartilhem com os pais a mesma cama. Importante frisar que, caso não dormissem com os pais, a outra opção dessas crianças seria dormir em outra cama, porém ainda no mesmo quarto, levando em consideração a indisponibilidade de outro cômodo na residência. Dificuldades de natureza econômica, local de moradia inadequado, necessidade de trabalhar fora são, entre outros, fatores que atravessam os relatos e devem ser considerados para melhor compreensão dos casos apresentados.

Entendendo que a gestação provoca aumento de sensibilidade, oscilações de humor, fantasias perturbadoras, pode-se considerar que quanto maior for o aporte afetivo recebido pela mãe, melhores serão as condições de uma gestação satisfatória e de um ambiente materno favorável após o nascimento do bebê. Logo após o nascimento do bebê, a mãe irá atribuir um novo significado à experiência da maternidade. Neste momento, segundo Klaus, Kennel e Klaus (2000), o apoio emocional é um ingrediente essencial para todas as mulheres contribuindo para o aumento não só da saúde física e emocional da mãe durante o nascimento da criança, mas também com a relação especial que estabelece a ligação entre pais e deles com o bebê.

Sendo assim, ao focalizar o papel de maternagem da mãe, não pode-se deixar de citar o papel do pai neste contexto que, desde o início da gravidez pode proporcionar à mãe um ambiente de suporte “suficientemente bom”, favorecendo o exercício satisfatório da preocupação primária. Nos casos apresentados, as três mães relatam que contam com os pais como rede de apoio. No entanto, apenas no caso de Lourdes este pai aparece como fonte de apoio exclusiva e se mostra realmente alguém que se envolve e compartilha com a mãe os cuidados com o filho. No caso de Alice, o pai também representa fonte de apoio exclusiva, porém refere que este prefere ajudá-la realizando atividades domésticas ao invés de se envolver no cuidado com os filhos, que fica exclusivamente por conta dela. Além disso, durante a gestação e após o nascimento do filho, o relacionamento do casal é marcado por discussões o que pode ocasionar na mãe um comprometimento na estabilidade emocional, podendo trazer como conseqüências perturbações no ambiente materno oferecido ao filho. Luisa, por sua vez, apesar de referir a presença do companheiro, parece não contar com ele como fonte de apoio, o que também pode ocasionar interferências na relação mãe-filho.

Ainda no que se refere ao eixo IV, definido pelo tópicos Relação Mãe-Bebê, considerou-se importante analisar, mais especificamente, os aspectos interativos que envolvem a relação das díades, conforme segue abaixo, na tabela 6:

**Tabela 6: Eixo IV: Relação mãe-bebê – Aspectos interativos**

<b>Caso</b>	<b>Interação</b>	<b>Atendimento ao bebê</b>	<b>Estilo de Comportamento Materno</b>
Lourdes e Leandro	Pouco contato físico. Quando pega ele no colo, trocam beijos, afagos e carícias.	Atende somente quando ele solicita a mãe.	Sensibilidade inconsistente, estruturação inconsistente, parcialmente intrusivo, hostilidade encoberta.
Luisa e Daniel	Não foram observadas trocas afetivas, solicita pouco o colo, fica mais no chão.	Mãe se antecipa somente no que se refere a alimentação, no restante atende apenas quando é necessário.	Sensibilidade fraca, estruturação inconsistente, parcialmente intrusiva, hostilidade encoberta.
Alice e Frederico	Toque presente, fica todo tempo no colo carícias, conversa carinhosa.	Atendimento tardio frente às necessidades do bebê.	Sensibilidade inconsistente, estruturação inconsistente, parcialmente intrusiva, hostilidade encoberta.

Percebe-se que a interação entre as duplas mãe-bebê observadas ocorreu de forma diferente em cada dupla. Lourdes apresenta pouco contato físico com o filho, já que ele permanece boa parte do tempo no cercadinho, mas nos momentos de cuidado (inalação) e higiene (troca de fraldas), a mãe realiza trocas afetivas com Leandro, conversa carinhosamente com ele, troca carícias e afagos e recebe resposta positiva de Leandro aos seus estímulos. No que se refere ao atendimento ao bebê, este é realizado a partir da necessidade manifesta de Leandro, sem antecipação por parte de Lourdes.

Luisa, por sua vez, parece ter a interação mais distante em relação Daniel, tendo pouco contato físico com ele, os diálogos são voltados, na maioria das vezes, às questões de segurança com objetivo de evitar quedas e pequenos acidentes domésticos, sendo que trocas afetivas quase não foram identificadas. Vale lembrar que Daniel é a criança mais velha deste estudo, com 12 meses, já tendo adquirido a capacidade de locomoção, querendo nesta fase do desenvolvimento explorar o ambiente em que se encontra. Em relação ao atendimento ao bebê a mãe o atende apenas quando necessário, mas destaca-se o fato de se antecipar muito na questão da alimentação, passando a maior parte do tempo em que a dupla foi observada oferecendo os mais diversos tipos de alimentos a Daniel, como bolachas, pães, mamadeira.

No caso de Alice e Frederico, o bebê permanece quase todo o tempo no colo, identificando-se desta forma a presença do toque, trocas afetivas, conversas carinhosas, carícias e beijos foram identificados nesta dupla, com resposta positiva do bebê aos estímulos da mãe. É importante ressaltar aqui que Frederico é o bebê mais jovem deste estudo, o que poderia justificar o período maior que permanece no colo da mãe.

Apesar do estilo interativo diferente, os comportamentos maternos descritos conforme Wiese e Leenders (2006) parecem muito semelhantes. No aspecto sensibilidade, no caso de Lourdes e Alice apresentou-se inconsistente, pois apesar de ser identificadas amostras de sensibilidade parental, considerou-se difícil afirmar que o comportamento da mãe/pai seja saudável, seja por inconsistências, ambivalências ou flutuações. No caso de Lourdes, a ambivalência se expressa quando a mãe refere “*não se desgrudar do filho*” e, ao mesmo tempo, não são evidenciados muitos contatos físicos no momento da observação. A inconsistência na sensibilidade no caso de Lourdes se evidencia também nos perigos disponíveis próximos de Leandro, retirados somente quando a criança se aproxima deles. Em relação a Alice, o mesmo comportamento materno foi identificado quando a sensibilidade inconsistente se evidencia na afetividade expressiva da mãe em relação a Frederico, conversando com ele carinhosamente, brincando com o bebê, porém atendendo a criança tardiamente quando esta manifestava alguma necessidade. Ainda no aspecto sensibilidade, no caso de Luisa, esta apresentou-se como fraca, pois corresponde a um estilo passivo/deprimido e afetivamente pouco expressivo (plano), onde, no entanto, se pode observar alguns aspectos positivos. Este comportamento se evidencia em Luisa quando conversa com Daniel em tom de voz baixo e pouco expressivo, com ausência de falas carinhosas, denotando certa passividade, expressando pouco seus afetos em relação ao filho.

No aspecto estruturação, todas as participantes ficam na categoria inconsistente que é atribuída quando há inconsistências na forma como o adulto estrutura ou estabelece limites para a criança. No caso de Lourdes e Leandro, os limites da criança existem apenas quando está no cercadinho, nos outros momentos tem permissão para o que quiser realizar em casa, desde mexer em qualquer lugar, bater com objetos nos móveis, com aprovação dos pais. No caso de Luisa e Daniel, este comportamento se reflete no atendimento tardio a Daniel, quando este explorava o ambiente, afastando o obstáculo em frente a escada, conseguindo ir até o segundo ou terceiro degrau, para somente então a mãe agir. No caso de Alice e Frederico, a estruturação foi considerada inconsistente, pois os limites para Frederico ainda não foram bem estabelecidos, talvez em função da pouca idade da criança, sendo que este fica no colo sempre que quer, mesmo que a mãe tenha que deixar algo importante para atender as “manhas” de Frederico.

No aspecto intrusividade, as três participantes podem ser classificadas no estilo parcialmente intrusivo que é atribuído quando a mãe/pai frequentemente estabelece os passos da interação, faz perguntas, dirige o curso da brincadeira, faz sugestões, propõe mudanças para temas opostos àqueles escolhidos pela criança; é um comportamento que se parece mais como diretivo e superprotetor do que propriamente intrusivo. No caso de Lourdes, esse estilo pode ser evidenciado quando esta o coloca no cercadinho e estabelece o período em que ficará ali, o período em que ficará com ele no colo ou permitirá que assista televisão, atividades que parecem ser mais dirigidas por ela do que considerando a vontade do bebê. No caso de Luisa, esse estilo se evidencia quando a mãe sugere jogar bola com o menino, estabelece o período da atividade, assim como assistir televisão e outras atividades que parecem ser mais dirigidas por ela do que considerando a vontade do bebê. No caso de Alice, esse estilo se evidencia quando a mãe escolhe a brincadeira a ser realizada, como o episódio em que Frederico brincava com as mãos dela, estabelecendo o período da atividade, assim como assistir televisão e outras atividades que parecem ser mais dirigidas por ela do que considerando a vontade do bebê. É importante observar que Frederico é um bebê de seis meses, fase em que ainda sugere mais dependência em relação a estas escolhas.

Na categoria hostilidade encontra-se as três mães apontando para a categoria hostilidade encoberta, quando o adulto mostra alguns sinais de hostilidade como impaciência, desconforto, aborrecimento, provocação, elevação da voz, atitude de sofrimento que podem estar acobertados. No caso de Lourdes esta categoria pode ser exemplificada pelo episódio da mamadeira próxima a criança, mas longe do seu alcance, gerando angústia e irritação em Leandro. Estes sinais são percebidos no caso de Luisa e Daniel, quando a mãe aponta sinais de desconforto com a maternidade e a privação que ela representa, demonstrando atitude de sofrimento relacionada a esta maternidade. A hostilidade encoberta é percebida, também, no caso de Alice e Frederico, quando a mãe aponta sinais de desconforto com a maternidade no início da gestação, quando demora a atender às solicitações de Frederico, esperando que ele demonstre repetidamente seu desconforto, quando fica tempo excessivo com o bebê no colo, causando inclusive certo desconforto em Frederico e, também, quando mostra fotos apenas do filho mais velho em um momento que Frederico deveria ser o foco de atenção.



#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em primeiro lugar, é importante ressaltar que o método utilizado de análise observacional e qualitativa passa pelo viés da análise subjetiva. Esta interferência pôde ser minimizada com a utilização de instrumentos, como o *Symptom Check-list*. Além disso, buscou-se aprofundar ao máximo a temática da pesquisa, a fim de se caracterizar como um trabalho sério, oportunizando a discussão dos dados levantados no caso, contribuindo com um tema ainda pouco aprofundado na literatura existente e demonstrando o caráter preventivo desta pesquisa, buscando evitar a cronificação da sintomatologia apresentada.

De acordo com o material obtido na pesquisa encontrou-se a presença de sentimentos de ambivalência em relação a maternidade nos três casos analisados, manifestados através de perturbações durante a gravidez, parto ou primeiros meses do bebê. Estes podem ser indicativos do quanto a existência real deste bebê não tenha sido plenamente significada e investida pela mãe.

É importante assinalar que não pretende-se afirmar aqui que os bebês portadores de alergias respiratórias necessariamente tem mães que encontraram dificuldades em exercer seu papel materno, até porque procurou-se analisar casos com manifestações bastante precoces e frequentes. Os fenômenos psicossomáticos abordados neste trabalho, em uma perspectiva psicanalítica, partem do princípio de que não há relação de causalidade linear no desencadeamento destes e, sim, um processo dinâmico que age no sujeito de acordo com sua capacidade subjetiva de lidar com as adversidades da vida.

Sendo assim, este estudo ganha relevância ao aprofundar a compreensão da relação mãe-bebê sendo entendida como uma forma de prevenção, visto que se ocupa da detecção e da intervenção precoces, em um momento em que as estruturas psíquicas estão em formação e o futuro do bebê está sendo esboçado. Dessa forma, essa compreensão pode ser considerada um novo território de intervenção, originando um novo olhar, tanto teórico como técnico, para a criança em seus primeiros anos de vida.

A partir dos resultados desta pesquisa que buscou articular novas reflexões a respeito da relação mãe-bebê no contexto do transtorno respiratório e da pouca literatura encontrada acerca da temática abordada, verifica-se a necessidade de novas pesquisas nesta área, visando ampliar e aprofundar o conhecimento sobre esta tão importante relação que se configura no início da vida entre mães e bebês e se reflete posteriormente em todo desenvolvimento infantil. Sugere-se também que novas questões sejam pensadas considerando a possibilidade de um acompanhamento longitudinal entre a mãe e o bebê com transtorno respiratório, incluindo também o pai no estudo, mesmo nos momentos iniciais da vida do bebê.

## REFERÊNCIAS

- Amorim, A. J. & Daneluzzi, J. C. (2001). Prevalência de asma em escolares. *Jornal de Pediatria*, 77 (3), 197-202.
- Andrade, P.R., Ribeiro, C.A. & Ohara, C.V.S. (2009). Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, 30(4), 662-668.
- Bernazzania, O. & Bifulcob, A. (2003). Motherhood as a vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. *Social Science & Medicine*, 56, 1249–1260.
- Bion, W. R. (1991). *O aprender com a experiência* (P. D. Corrêa, Trans.). Rio de Janeiro: Imago. (Original published in 1962)
- Borba, R. I. H. & Sarti, C. A. (2005). A asma infantil e o mundo social e familiar da criança. *Rev. bras. alerg. imunopatol.* 28 (5), 249-254.
- Borsa, J. C. (2007). Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*. Porto Alegre, n. 2, 310-321.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Caron, N. A. (2000). *A Relação Pais-Bebê: da observação à clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carvalho, L. & Rios. J. (2001) *Conheça sua alergia*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Chin Hsu, H. (2004). Antecedents and consequences of separation anxiety in first-time mothers: infant, mother and social-contextual characteristics. *Infant Behavior & Development*, 27, 113-133.
- Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2000). Resolução n 16/2000 de 20/12/2000. *Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos*. Brasília, Brasil: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Nacional de Saúde [CNS] (1996). Resolução n 196/96 de 10/10/1996: *Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília, Brasil: Conselho Nacional de Saúde.
- Cramer, B. & Palácio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Crestani A.H., Rosa F.F.M., Souza A.P.R., Pretto J.P., Moro M.P. & Dias L. (2010). A experiência da maternidade e a dialogia mãe-filho com distúrbio de linguagem. *Revista CEFAC*, São Paulo.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, I. (2004). A mãe, o recém nascido de muito baixo peso e a interação: uma nova perspectiva. In R. O. de Aragão (org.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 211-223). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Debray, R. (1988). *Bebês/mães em revolta*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dessen, M. A. & Braz, M. P. (2000). Rede Social de Apoio durante Transições Familiares decorrentes do Nascimento de Filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (3), 221-231.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Donelli, T. M. S. (2008). Descortinando a vivência emocional de mulheres em centro obstétrico: uma investigação sobre o parto através da aplicação do método Bick. *Tese de Doutorado*. Instituto de Psicologia, UFRGS, Porto Alegre.
- Dornelles, L. M. N. & Lopes, R. C. S. L. (2011). Será que eu consigo levar essa gestação até o fim? A experiência materna da gestação no contexto da reprodução assistida. *Estudos psicologia*, 28(4), 489-499 .
- Edelstein, T. M. (2000). A interação mãe bebê: os sintomas psicossomáticos e o pediatra. *Revista Pediatria Moderna*, 36 (1/2), 70-74.
- Eyng, M. B. S. & Souza, S. V. (2006). Sentimentos Gerados nas Mulheres com Dificuldade para Engravidar. *Revista de Iniciação Científica*, 4 (1).
- Fernandez, M. A. (1988). *Fantasia inconscientes de primigestas através do procedimento de desenhos-estórias*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, PUC – Campinas.
- Ferrari, A. G. & Donelli, T. M. S. (2010). Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contextos Clínic* [online]. 3(2),106-112. ISSN 1983-3482.
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *PEDIATRICS*, 118 (1), e107-e114.
- Fortes, O. (1998). *Alergia: Tudo que você precisa saber sobre as doenças alérgicas*. Teresópolis: Clip Art.
- Frizzo, G. B. & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 10 (1), 47-55.
- Ganhito, N.C.P. (2001). *Distúrbios do Sono*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Golse, B. (2004). O bebê, seu corpo e sua psique: explorações e promessas de um novo mundo (apego, psicanálise e psiquiatria perinatal). In R. O. de Aragão (Org.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 15-40). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gorayeb, R. (1985). *Psicopatologia infantil*. São Paulo: EPU.
- Goulart, C. M. T. & Sperb, T. M. (2003). Histórias de criança: as narrativas de crianças asmáticas no brincar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (2), 355-365.

- Guidolin, B. L. & Célia, S. A. H. (2011). Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário. *Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul*, 33 (2), 80-86.
- Jerusalinsky, J. & Berlinck, M. T. (2008). Leitura de bebês. *Estilos da Clínica* 24 (13), 122-131.
- Kärtner, J., Keller, H. & Yovsi, R. D. (2010). Mother-infant interaction during the first 3 months: The emergence of culture-specific contingency patterns. *Child Development*, 81 (2), 540-554.
- Klaus M. & Kennel, J. (1993). *Pais/bebê – a formação do apego*. Porto Alegre: ArtMed.
- Klaus, M. H., Kennel, J. H., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klein, M. (1982). *Os Progressos da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Kon. (Original published in 1952).
- Kliemann, L. M. (2011). Relação entre a profundidade da conização de colo uterino e margens endocervicais comprometidas por lesão intraepitelial cervical de alto grau. *Tese de Doutorado*. UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Kreisler, L. (1978). *A criança psicossomática*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Kreisler, L., Fain, M., Soulé, M. (1981). *A criança e seu corpo: psicossomática da primeira infância*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Lanius, M. & Souza, E. L. A. (2010). Reprodução assistida: os impasses do desejo. *Revista Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 13 (1), 53-70.
- Lebovici, S. (1999). As consultas psicoterápicas. In A. Guedeney & S. Lebovici (orgs.), *Intervenções psicoterápicas pais/bebê* (pp.63-71). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lopes, E. R., Jansen, K., Quevedo, L. A., Vanila, R. G., Silva, R. A., Pinheiro, R. T. (2010). Depressão pós-parto e alterações de sono aos 12 meses em bebês nascidos na zona urbana da cidade de Pelotas/RS. *Jornal Bras Psiquiatria*, 59(2), 88-93.
- Lopes, R. C. S., Donelli, T. M. S., Lima, C. M. & Piccinini, C. (2005). O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 247-254.
- Maldonado, M. T. (2002) *Psicologia da Gravidez – parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva.
- Motta, M. G., Lucion, A. B. & Manfro, G. G. (2005). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Rev Psiquiatria RS* 27 (2), 165-176.
- Nunes, M. L. (2002). *Distúrbios do Sono*. *Jornal de Pediatria*, 78 (1), 63-72.
- Oliveira, A. & Lopes, R. C. S (2002). Função Materna e os Fenômenos Psicossomáticos: reflexões a partir da asma infantil. *Dissertação Mestrado*, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Oliveira, D. S. (2006) Os comportamentos de dependência e independência do primogênito e as percepções maternas no contexto de gestação do segundo filho. *Dissertação de Mestrado*. Instituto

de Psicologia, UFRGS, Porto Alegre.

Oliveira, M. R. & Dessen, M. A. (2012). Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento dos filhos. *Estudos de Psicologia*, 29 (1), 81-88.

Paris, R., Spielman, E. & Bolton, R. E. (2009). Mother–Infant Psychotherapy: examining the therapeutic process of change. *Infant Mental Health Journal*, 30(3), 301–319.

Patias, N. D., Gabriel, M. R., Weber, B. T., Dias, A. C. G (2011). Considerações sobre a gestação e a maternidade na adolescência. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 19 (1-2), 31-38.

Peleg, O., Halaby, E. & Whaby, E. N. (2006). The relationship of maternal separation anxiety and differentiation of self to children's separation anxiety and adjustment to kindergarten: A study in Druze families. *Anxiety Disorders*, 20, 973–995.

Piccinini, C. A., Pereira, C. R., Marin, A. & Lopes, R. S. (2007). O Nascimento do Segundo Filho e as Relações Familiares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (3), 253-261.

Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E. & Lopes, R. S. L. (2004). Expectativas e Sentimentos da Gestante em Relação ao seu Bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, □ 20 (3), 223-232.

Pinto, E. B.(2004). Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estudos de Psicologia*, 9 (3), 451-457.

Povedano, M. C. A., Noto, I. S. B. S., Pinheiro, M. S. B., Guinsburg, R. (2011). Expectativas e percepções da mãe quanto ao seu recém-nascido: aplicação do inventário de percepção neonatal de Broussard. *Revista Paulista Pediatria*, 29 (2), 239-244.

Ramos, S. H. A. S. & Furtado, E. S. (2007). Depressão puerperal e interação mãe-bebê: um estudo piloto. *Psicologia em Pesquisa*, 1 (1), 20-28.

Rapoport, A. & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16 (1), 85-96.

Robert-Tissot, C., Rusconi-Serpa, S., Bachman, J.-P., Besson, G., Cramer, B., Knauer, D., Muralt, M. de, & Palacio-Espasa, F. (1989). Le questionnaire “Sympton Check-List”. In S. Lebovici. P. Mazet, & J.-P. Visier (orgs.), *L'evaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp. 179-186). Paris: Eshel.

Sá, R.C., Costa, L.M.F.P.& Sá, F.E. (2011). Vivência Materna Com Filhos Prematuros Em Uma Unidade De Tratamento Intensivo Neonatal. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*, 25(2), 83-89.

Schmücker, G., Brisch, K-H., Köhntop, B., Betzler, S., Österle, M., Pohlandt, F., Pokorny, D., Laucht, M., Kächele, H., & Buchheim, A. (2005). The influence of prematurity, maternal anxiety, and infants' neurobiological risk on mother–infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 26(5), 423–441.

Schwengber, D. D. S. & Piccinini, C. A. (2005) A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. *Revista Estudos de Psicologia*, 22 (2), 143-156.

Silva, D. R. N., Schneider, A. P. & Stein, R. T. (2009). O papel do aleitamento materno no desenvolvimento de alergias respiratórias. *Scientia Medica*, 19 (1), 35-42.

Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jørgensen, T., Olsen, E.M., Heering, K., Kaas-Nielsen, S., Samberg, V., & Lichtenberg, A. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1½ years of age – the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (1), 62–70.

Soifer, R. (1992). *Psicologia da Gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: ArtMed.

Spitz, R. A. (1998). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes. (Original published in 1979).

Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Tachibana, M., Santos, L. P. & Duarte, C. A. M. (2006). O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. *Psyche*, 19 (10), 149-167.

Teperman, D. W. (2005). *Clínica psicanalítica com bebês – uma intervenção a tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Trippia, S. M. G., Filho, N. R. & Ferrari, F. P. (1998). Aspectos clínicos da asma na criança: análise de 1009 pacientes de um ambulatório especializado. *Revista brasileira alergia e imunopatologia*, 21(3),75-82.

Turato, E. R. (2000). Introdução à metodologia de pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2, 93-108.

Waldesntröm, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 471-482.

Wendland, J. (2001). A abordagem clínica das interações pais-bebê: perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 45-56.

Wiese, E. B. P. & Leenders, F. (2006). Interaction Assessment Procedure – IAP: A qualitative approach to parent/infant interaction. *Abstracts. 10th World Association for Infant Mental Health Congress*. Paris, July 2006.

Winnicott, D. W. (2012). *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: LTC. (Original published in 1945)

Winnicott, D. W. (1990). Teoria do relacionamento paterno-infantil (I. C. S. Ortiz, Trans.). In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 38-54). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original published in 1960)

Winnicott, D. W. (1999). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Original published in 1968)

Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária (D. Bogomoletz, Trans.). In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Original published in 1956)

Winnicott, D. W. (2005). O primeiro ano de vida: concepções modernas do desenvolvimento emocional. In D. W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 03-20). São Paulo: Martins Fontes. (Original published in 1965)

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Zamberlan, M. A. T. (2002). Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 399-406.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da exaustiva pesquisa a respeito dos sintomas psicofuncionais e a relação mãe-bebê no primeiro ano de vida pode-se confirmar a escassez de estudos sobre os temas relacionados e também sobre pesquisas que abordem a temática em fase precoce do desenvolvimento. A mulher, ao tornar-se mãe, passa por uma série de transformações em sua vida, na qual podem aflorar sentimentos estranhos, por vezes ambivalentes, que possibilitem a ela aproximar-se da experiência única de ser mãe. Considerando que os bebês participantes deste estudo se encontram em uma fase ainda precoce de seu desenvolvimento, pode-se reconhecer que nesta fase o bebê tende a sofrer mais incisivamente os reflexos decorrentes da relação com sua mãe.

Os sintomas psicofuncionais, que aparecem nos dois artigos que compõe esta dissertação, manifestam um sofrimento que oferece risco a constituição psíquica do bebê e é expressado no seu funcionamento corporal, já que nesta etapa do desenvolvimento a capacidade de simbolização ainda não foi adquirida. A manifestação desta sintomatologia evidencia a estreita relação entre o somático e o psíquico, em especial nos bebês. Considera-se importante reforçar aqui que não pretende-se afirmar que os bebês que manifestam sintomas psicofuncionais necessariamente tem mães que encontraram dificuldades em exercer seu papel materno. Os casos analisados apresentam manifestações ligadas a uma fase bastante precoce do desenvolvimento e esse fator, por si só, exigiria pesquisas mais aprofundadas, de caráter longitudinal, para avaliar se esta pode ser considerada uma relação causal. Os fenômenos psicossomáticos abordados neste trabalho, em uma perspectiva psicanalítica, partem do princípio de que, nesta fase precoce do desenvolvimento, não há relação de causalidade linear no desencadeamento destes e, sim, um processo dinâmico que age no sujeito de acordo com sua capacidade subjetiva de lidar com as adversidades da vida.

Uma forma de podermos avançar na compreensão destas questões seria a realização de um estudo que analisasse uma diversidade de sintomas psicofuncionais na primeira infância, sustentado pelo caráter longitudinal, mantendo articulação destes com a função materna e incluindo a função paterna neste contexto e suas conseqüentes interações. Além disso, acredita-se na importância também da realização de outro estudo que analisasse a sintomatologia psicofuncional sob a ótica das interações transgeracionais.

Acredita-se que a realização deste estudo contribuiu para proporcionar uma maior compreensão a respeito da complexidade das relações iniciais entre mãe e bebê, bem como sobre a importância do entendimento da manifestação de uma sintomatologia psicofuncional no início da vida. Esta contribuição pode ser considerada também no âmbito da Psicologia do Desenvolvimento,



por destacar uma área de atuação de extrema importância, a infância. A relevância do tema possibilita, também, o desenvolvimento de um trabalho preventivo, seja em serviços de saúde pública, particular e instituição hospitalar, pois ao considerar a importância desta fase inicial do desenvolvimento para a saúde física e emocional, torna-se possível atuar preventivamente.

Por fim, a trajetória percorrida pela pesquisadora durante o Mestrado possibilitou um amplo conhecimento teórico-prático sobre a temática escolhida bem como sobre as formas de realização de uma pesquisa, desde seus obstáculos e dificuldades até a satisfação de encontrar os resultados e atingir os objetivos propostos. Além disso, a realização do mestrado era um objetivo pessoal antigo, diretamente ligado ao desejo de atuar com docência. Inicialmente ingressar no Mestrado representou um grande desafio, após mais de dez anos de formada, retomar os estudos e tudo que isso envolve como carga horária extensa, atividades e leituras em horário extra acadêmico mas que, aos poucos, foi se transformando em vontade de ler e conhecer cada vez mais. Desta forma, vivenciar esta experiência proporcionou a conquista de um objetivo, além do amadurecimento pessoal e profissional da pesquisadora.

## ANEXO A

### CARTA DE APRESENTAÇÃO

A psicóloga e pesquisadora Mariléia Orn Scalco, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado em Psicologia Clínica – da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS está realizando uma pesquisa intitulada “Os Sintomas Psicofuncionais e a Interação mãe-bebê no Primeiro Ano de Vida”.

Esta pesquisa tem por objetivo investigar a interação mãe-bebê em duplas cujos bebês apresentem indicadores de sintomas psicofuncionais no primeiro ano de vida. Acredita-se que as relações iniciais entre o bebê e seu cuidador são importantes para o desenvolvimento saudável da criança e, qualquer evento que interfira nessas trocas entre o bebê e seus pais, tal como a manifestação de uma sintomatologia precoce, merece atenção e investigação. Assim, justifica-se a escolha do tema deste trabalho.

Será realizado com a mãe um questionário sobre a sintomatologia manifestada pelo bebê nos primeiros meses de vida. As respostas serão registradas por escrito e analisadas conforme protocolo próprio do instrumento utilizado. A etapa seguinte compreende uma sessão de observação de momento de interação livre da mãe com seu bebê. Em seguida, será realizada uma entrevista envolvendo questões relativas à gestação, parto, primeiros meses de vida e relacionamento atual da mãe com o bebê. As informações obtidas nas entrevistas serão gravadas, transcritas e inutilizadas imediatamente após se cumprir o registro por escrito de seu conteúdo.

É possível que os resultados da pesquisa sejam divulgados em eventos e publicações científicas, no entanto eles serão apresentados sempre de maneira geral, evitando identificações dos participantes.

Entende-se que os sintomas psicofuncionais apresentados pelo bebê são manifestações importantes da primeira infância e podem estar relacionadas com o modo como se dá a interação mãe-bebê. A contribuição que se espera obter com este estudo é, além de trazer conhecimento à comunidade científica, compreender a dinâmica da interação mãe-bebê no contexto da sintomatologia precoce, assim como aliar um caráter preventivo a pesquisa à medida que a identificação precoce desta sintomatologia possibilita o reestabelecimento também precoce das condições normais de saúde.

Ao final desta pesquisa, será feita a devolução dos resultados obtidos no estudo para as participantes, bem como, para os profissionais que irão encaminhar as duplas participantes. Isso acontecerá em momentos distintos, a fim de discutir os resultados e sugerir intervenções que facilitem o processo de interação inicial da dupla mãe-bebê.

Atenciosamente,

---

Mariléia Orn Scalco  
CRP 07/09005

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

## ANEXO B

ANEXO C

ENTREVISTA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

<div data-bbox="1034 371 1286 439" style="border: 1px solid black; width: 158px; height: 30px;"></div>
<b>Nome do bebê:</b> _____
Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ Idade: _____
<b>Nome da mãe:</b> _____
Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ Idade: _____
Escolaridade: _____
Estado civil: _____
Outros filhos: _____
_____
Trabalha? ( ) não ( ) sim → Onde? _____
Atividade: _____
Carga horária semanal: _____
<b>Nome do pai:</b> _____
Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ Idade: _____
Escolaridade: _____
Estado civil: _____
Outros filhos: _____
Trabalha? ( ) não ( ) sim → Onde? _____
Atividade: _____
Carga horária semanal: _____
Tempo de união: _____
Cidade em que reside o bebê: _____
Bairro: _____
Quem mora na casa com o bebê? _____
_____
_____
Renda familiar: _____

<b>Endereço para contato:</b> _____
_____
_____
<b>Telefone:</b> _____
_____

## ANEXO D

### ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Gostaria que tu me falasses um pouco sobre como foi a tua gestação? (Se não aparecer no relato espontâneo, perguntar:)
  - a. Como ficou sabendo?
  - b. Estava esperando ou foi pega de surpresa? Planejada ou não?
  - c. Foi tranqüila ou agitada?
  - d. Precisou utilizar alguma medicação?
2. Como foi a experiência do parto? (Se não aparecer no relato espontâneo, perguntar:)
  - a. Normal ou cesárea?
  - b. Teve contato com o bebê logo após o parto?
  - c. Amamentou na sala de parto?
3. Como foram os primeiros dias de vida do bebê? (Se não aparecer no relato espontâneo, perguntar:)
  - a. Quais as principais realizações deste período?
  - b. Quais as principais dificuldades deste período?
  4. O que achas importante comentar destes primeiros seis meses de vida do bebê? (Se não aparecer no relato espontâneo, perguntar:)
    - a. Crescimento/desenvolvimento;
    - b. Habilidades;c. Expectativas;
    - d. Como está sendo a experiência de ser mãe pela primeira vez?
    - e. Como é o dia a dia do bebê? O que tu mais gostas de fazer com ele?
    - f. Vocês costumam brincar? Quais brincadeiras? Como ele reage?
    - g. Existe alguém mais que participe diretamente dos cuidados com o bebê? Pai, mãe, sogra, madrinha?
    - h. Como tu estás te sentindo em relação ao bebê?
    - i. Como tu percebes teu relacionamento atual com o bebê: é próximo, tens mais dificuldades de te aproximar dele?
    - j. O que tu pensas em relação ao futuro? (teu futuro como mãe, o futuro do bebê e do teu relacionamento com ele)

## ANEXO E

### SYMPTOM CHECK-LIST

#### *Questionário “Symptom Check-list”*

Avaliação dos Transtornos Psicofuncionais da Primeira Infância (Robert-Tissot *et al.*, 1989)

Nome:  
Data de nascimento:  
Idade:  
  
Código:  
Avaliador:  
Data de avaliação:

### INVENTÁRIO DE SINTOMAS

#### “Symptom Check-List”

#### **Avaliação dos distúrbios psicofuncionais da primeira infância<sup>4</sup>**

##### SONO

1. Você colocou seu (sua) filho(a) para dormir sempre no mesmo horário, tivesse ele(a) sono ou não, no último mês?

II	1	- com variação de menos de 15 min.
	2	
	3	- com variação de menos de 1 hora.
	4	
	5	- com variação de mais de 1 hora.

2. Quando você coloca seu (sua) filho(a) no berço ou na cama à noite, ele(a) tem dificuldade para dormir?

II	1	- todas as noites ou quase todas.
	2	
	3	- noite sim, noite não.
	4	
	5	- nunca ou raramente.

<sup>4</sup> Tradução da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Batista Pinto (Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo). Revisada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jaqueline Wendland (Universidade de Paris V, Laboratório de Psicopatologia e Neuropsicologia Clínica). Versão modificada F-3.95. Utilização autorizada por tradutora e revisora.

2. a) Quanto tempo ele(a) demora para dormir a partir do momento que ele(a) deveria dormir, do seu ponto de vista?

- II
- |   |   |
|---|---|
| 1 | - quase que imediatamente.                |
| 2 | - em menos de 15 minutos aproximadamente. |
| 3 | - em menos de 30 minutos aproximadamente. |
| 4 | - em menos de 1 hora aproximadamente.     |
| 5 | - em mais de 1 hora aproximadamente.      |

2. b) O que acontece durante este tempo? (Você é obrigada a repreendê-lo(a), tirá-lo(a) da cama ou \_\_\_\_\_?)

2. c) Ele(a) consegue dormir sozinho?

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Sim.  |
| <input type="checkbox"/> | Não, ele(a) dorme: no colo, na cama dos pais, no carro etc... |

3. Porque você acha que seu (sua) filho(a) tem dificuldades para dormir?

---

---

4. Muitas crianças têm um "ritual" quando vão dormir (por exemplo, querem que cante, deixe a porta entreaberta etc...). Se este é o caso de seu (sua) filho(a), descreva como é este "ritual":

---

---

---

---

4. a) Quando o "ritual" começou e como ele se modificou?

---

---

4. b) Seu (sua) filho(a) tem hábitos ou objetos específicos para dormir?

---

---

5. Você tem a impressão que seu (sua) filho(a) teve medos quando foi se deitar ou antes de dormir no último mês?

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| 1 | - todas as noites ou quase todas. |
| 2 |                                   |

- II
- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 3 | - noite sim, noite não. |
| 4 |                         |
| 5 | - nunca ou raramente.   |

5. a) Você tem alguma idéia do que é que seu (sua) filho(a) tem medo?

---

---

5. b) Como se manifesta este medo?

---

---

5. c) Quando começaram os medos?

---

---

6. Seu (sua) filho(a) teve pesadelos à noite no último mês?

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| 1 | - todas as noites ou quase todas. |
| 2 |                                   |
| 3 | - noite sim, noite não.           |
| 4 |                                   |
| 5 | - nunca ou raramente.             |
- II

6. a) Como aconteceu?

---

---

7. Seu (sua) filho(a) levantou-se ou se acordou à noite ao longo do último mês?

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| 1 | - todas as noites ou quase todas. |
| 2 |                                   |
| 3 | - noite sim, noite não.           |
| 4 |                                   |
| 5 | - nunca ou raramente.             |
- III

8. Ao longo de uma noite comum, quantas vezes seu filho(a) se levantou ou se acordou, em média no último mês?



\_\_\_\_\_ x por noite.

9. Os pais costumam ter alguns “truques” para fazerem seu (sua) filho(a) voltar a dormir, como por exemplo cantar, dar chupeta ou xingar gentilmente. O que você faz?

---

---

9. a) Na lista abaixo, assinale **1** no que corresponde ao que você faz mais frequentemente, **2** em seguida etc...  
Risque o que você não faz nunca.

	- dar chupeta;
	- embalar;
	- murmurar gentilmente;
	- dar mamadeira/ seio;
	- cantar;
	- não fazer nada e esperar;
	- levar para a cama dos pais;
	- falar em um tom bravo;
	- brincar;
	- bater;
	- acariciar;
	- outro: _____

10. Quando seu (sua) filho(a) se levanta ou se acorda (durante à noite ou nos períodos habituais de sono), você faz qualquer coisa para ele(a) voltar a dormir?

III	1	- todas as noites ou quase todas.
	2	
	3	- noite sim, noite não.
	4	
	5	- nunca ou raramente.

11. Quanto tempo seu (sua) filho(a) demora, em geral, para voltar a dormir quando ele(a) se levanta ou se acorda durante a noite?

IV	1	- quase que imediatamente.
	2	- em menos de 15 minutos, aproximadamente.
	3	- em menos de 30 minutos, aproximadamente.

- |   |  |
|---|--|
| 4 | - em menos de 1 hora, aproximadamente. |
| 5 | - em mais de 1 hora, aproximadamente.  |

12. Algumas crianças têm um despertar "difícil", têm mau humor, resmungam, choram. Este é o caso do(a) seu(sua) filho(a)?

- |     |   |                                 |
|-----|---|---------------------------------|
| III | 1 | - todos os dias ou quase todos. |
|     | 2 |                                 |
|     | 3 | - dia sim, dia não.             |
|     | 4 |                                 |
|     | 5 | - nunca ou raramente.           |

12. a) Se este é o caso de seu (sua) filho(a), como é que isso acontece?

---

12. b) Por que razões isso ocorre, em sua opinião?

---

12. c) Em qual despertar (durante a noite, pela manhã, soninho da manhã ou da tarde) isso acontece mais frequentemente?

---

13\*. Avaliação do sistema mãe-criança com relação ao sono (completar com base nas respostas às questões 4, 9, 9a, 10, 11, 12):

- |  |  |
|--|--|
|  | - variações dentro da normalidade;                                     |
|  | - tensões importantes, com certa desarmonia na regulação da atividade; |
|  | - sistema claramente disfuncional.                                     |

14. Seu (sua) filho(a) fez "soninho" durante o dia no último mês?

EM CASA

- |     |   |                       |
|-----|---|-----------------------|
| III | 1 | - todos os dias.      |
|     | 2 |                       |
|     | 3 | - dia sim, dia não.   |
|     | 4 |                       |
|     | 5 | - nunca ou raramente. |

NA CRECHE/NO BERÇÁRIO

1	- todos os dias.
2	
3	- dia sim, dia não.
4	
5	- nunca ou raramente.

14. a) Se seu (sua) filho(a) fez "soninho" durante o dia, quanto tempo durou em média?

EM CASA

V	1	- aproximadamente meia hora.
	2	
	3	- menos de uma hora.
	4	
	5	- mais de uma hora.

NA CRECHE/NO BERÇÁRIO

1	- aproximadamente meia hora.
2	
3	- menos de uma hora.
4	
5	- mais de uma hora.

14. b) Se não, há quanto tempo seu (sua) filho(a) não faz mais um soninho?

---

---

15. Em que lugar da casa seu (sua) filho(a) dormiu à noite no último mês?

	- em um quarto com o irmão ou irmã;
	- no quarto dos pais;
	- na sala;
	- em seu próprio quarto;
	- na cozinha;

- no hall.

16. Quando vocês não estão em casa (nas férias, visitas), seu(sua) filho(a) vai dormir e dorme como em casa?

SIM.  
 NÃO.

16. a) Se este não é o caso, como acontece?

---

---

17. Indique os períodos (noite e dia) durante os quais seu(sua) filho(a) dormiu habitualmente no último mês

manhã | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | noite  
6 9 12 15 18 21 24 3 6

No caso de distúrbios de sono:

18. Há quanto tempo seu (sua) filho(a) tem problemas de sono?

---

---

18. a) Como os problemas de sono começaram?

---

---

18. b) Estes problemas são maiores em determinados dias da semana?

---

---

19. Com relação a estas dificuldades, você considera que o pai da criança lhe dá apoio?

1 - suficiente.  
 2  
 3 - mais ou menos.  
 4  
 5 - não suficiente.

#### ALIMENTAÇÃO

20. No último mês, seu (sua) filho(a) comeu?

- bem.
- mais ou menos.
- pouco.

21. Indique os horários que seu (sua) filho(a) foi habitualmente alimentado no último mês.

manhã | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | noite  
           6      9      12    15    18    21    24    3      6

22. A duração aproximada da refeição principal é de:

- 5 a 30 minutos.
- 30 a 60 minutos.
- menos de 5 ou mais de 60 minutos.

23. Há diversas maneiras de uma criança se alimentar. Qual é a mais parecida com a de seu (sua) filho(a) no último mês?

- em geral, ele(a) come a mesma quantidade.
- ele(a) come quantidades muito diferentes de uma refeição a outra.
- em alguns períodos as quantidades são regulares mas em outros são variáveis.

23. a) Você costuma dar a seu (sua) filho(a) alimentos ou mamadeira entre as refeições?

- sim.
- não.
- freqüentemente.
- às vezes.
- nunca.

24. b) Em quais circunstâncias isto ocorre?

- quando ele(a) chora;
- quando ele(a) está cansado(a) ou enjoado;
- para distraí-lo(a) de algo;
- durante a refeição da família;

- |                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | - para que não fique incomodado(a); |
| <input type="checkbox"/> | - como recompensa;                  |
| <input type="checkbox"/> | - como brincadeira;                 |
| <input type="checkbox"/> | - outros: _____                     |

25. Quem, em geral, deu a comida a seu (sua) filho(a) no último mês?

---



---

26. O que faz seu (sua) filho(a) se é hora de comer e ninguém providenciou sua refeição? Como ele(a) mostra que tem fome?

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | - ele(a) grita vigorosamente, bate os pés, fica bravo(a). |
| <input type="checkbox"/> | - ele(a) chora com insistência.                           |
| <input type="checkbox"/> | - ele(a) chora um pouco.                                  |
| <input type="checkbox"/> | - ele(a) chama e resmunga;                                |
| <input type="checkbox"/> | - ele(a) não faz nada.                                    |
| <input type="checkbox"/> | - ele(a) diz que tem fome.                                |

27. No último mês, seu (sua) filho(a) foi totalmente dependente ao ser alimentado(a) ou ele(a) participou de alguma forma de sua refeição?

- |                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | - dependente.    |
| <input type="checkbox"/> | - participativo. |

28. Como seu (sua) filho(a) participa de sua refeição:

- |                          |                                   |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | - segurando sua mamadeira;        |
| <input type="checkbox"/> | - bebendo na xícara ou no copo;   |
| <input type="checkbox"/> | - levando a colher cheia à boca;  |
| <input type="checkbox"/> | - comendo sozinho com uma colher; |
| <input type="checkbox"/> | - comendo com as mãos.            |

29. Algumas crianças têm um ritual para comer, por exemplo, "fazer aviãozinho", "uma colherada para o papai, uma para a mamãe", ficar em uma determinada posição, etc... Se este é o caso de seu (sua) filho(a), descreva como é que acontece.

---

---

---

30. Este ritual para comer ocorre:

- em todas as refeições, senão a criança não come.
- apenas na refeição principal.
- de tempos em tempos, como brincadeira.

31. Seu (sua) filho(a) come de tudo?

- SIM.
- NÃO.

32. Ele(a) tem preferências alimentares? Descreva-as brevemente.

---

---

33. Abaixo estão especificadas algumas maneiras das crianças reagirem à introdução de novos alimentos (suco de laranja, purê de maçã, sopa, legumes etc...). Qual é a reação habitual mais próxima da de seu (sua) filho(a)?

- 1 - ele(a) engole tudo sem reclamar.
- 2 - na primeira vez, ele(a) faz caretas, cospe, mais após algumas tentativas, ele(a) se acostuma
- 3 - mesmo após muitas tentativas, ele(a) continua a recusar a maior parte dos novos alimentos

34. Como ele(a) reagiu? (Para cada uma das alternativas, escolha uma das reações 1, 2, 3 da questão 33)

- à passagem do seio para a mamadeira;
- ao primeiro alimento líquido ( suco de laranja );
- ao primeiro alimento sólido ( sopa );
- aos alimentos sólidos não conhecidos ( legumes, carnes );

35. Seu (sua) filho(a) se recusa comer?

- SIM.

NÃO.

35. a) RECUSA A LÍQUIDOS

VI	<input type="checkbox"/> 1	- em todas as refeições ou quase todas.
	<input type="checkbox"/> 2	
	<input type="checkbox"/> 3	- refeição sim, refeição não.
	<input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 5	- nunca ou raramente.

35. b) RECUSA A SÓLIDOS

<input type="checkbox"/> 1	- em todas as refeições ou quase todas.
<input type="checkbox"/> 2	
<input type="checkbox"/> 3	- refeição sim, refeição não.
<input type="checkbox"/> 4	
<input type="checkbox"/> 5	- nunca ou raramente.

36. Você insiste para que ele(a) termine sua mamadeira ou sua refeição?

SIM.  
 NÃO.

36. a) O que você faz quando seu(sua) filho(a) se recusa comer ou come pouco? (Coloque **1** no correspondente ao que você faz mais frequentemente, **2** em seguida etc... Risque o que você nunca faz)

<input type="checkbox"/>	- faço muitas pausas durante a refeição;
<input type="checkbox"/>	- tento distrai-lo(a) e alimentá-lo(a) brincando;
<input type="checkbox"/>	- forço-o(a) de tempos em tempos a abrir a boca;
<input type="checkbox"/>	- pego(a) de surpresa;
<input type="checkbox"/>	- peço a uma outra pessoa (pai, irmão, irmã, etc... ) para alimentá-lo(a);
<input type="checkbox"/>	- deixo-o(a) só em sua cadeira com o prato até que tenha terminado;
<input type="checkbox"/>	- repreendo-o(a) severamente;
<input type="checkbox"/>	- prometo-lhe uma pequena recompensa;
<input type="checkbox"/>	- aviso(a) que será punido(a).



36. b) Se você insiste, em caso de dificuldade, para que a criança coma, o que acontece e como reage a criança?

---

---

37. Como você considera atualmente o momento da refeição de seu(sua) filho(a)?

- |                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | - um momento agradável.   |
| <input type="checkbox"/> | - um momento difícil.     |
| <input type="checkbox"/> | - um momento como outros. |

37. a) Descreva a pior refeição que seu(sua) filho(a) teve no último mês?

---

---

38\*. Avaliação do sistema mãe-criança com relação à alimentação (complete com base nas respostas às questões 20, 22, 29, 30, 35, 36, 37).

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | - variações dentro da normalidade.                                     |
| <input type="checkbox"/> | - tensões importantes, com certa desarmonia na regulação da atividade. |
| <input type="checkbox"/> | - sistema claramente disfuncional.                                     |

39. Seu(sua) filho(a) coloca "coisas" (não comestíveis) na boca?

- |                          |      |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | SIM. |
| <input type="checkbox"/> | NÃO. |

39. a) Se sim, quais?

---

---

40. Seu (sua) filho(a) regurgita ou cospe o alimento?

- |    |   |                                      |
|----|---|--------------------------------------|
| VI | 1 | - todas as refeições ou quase todas. |
|    | 2 |                                      |
|    | 3 | - refeição sim, outra não.           |
|    | 4 |                                      |
|    | 5 | - nunca ou raramente.                |

41. Seu (sua) filho(a) vomita o alimento?

VI	1	- todas as refeições ou quase todas.
	2	
	3	- refeição sim, outra não.
	4	
	5	- nunca ou raramente.

42. Seu (sua) filho(a) guarda o alimento na boca por algum tempo e depois o coloca para fora? (mericismo)

<input type="checkbox"/>	SIM.
<input type="checkbox"/>	NÃO.

43. No caso de distúrbios alimentares;

- Há quanto tempo seu filho(a) tem problemas alimentares?

---

---

- Como os problemas alimentares começaram?

---

---

- Estes problemas são maiores em determinados dias da semana?

---

---

44. Com relação a estas dificuldades, você considera que o pai da criança lhe dá apoio?

1	- suficiente.
2	
3	- mais ou menos.
4	
5	- não suficiente.

#### **Informações gerais**

45. Peso ao nascimento: \_\_\_\_\_

46. Peso atual: \_\_\_\_\_

47. Estatura ao nascimento: \_\_\_\_\_

48. Estatura atual: \_\_\_\_\_

49. O peso é verificado regularmente?

<input type="checkbox"/>	SIM.
<input type="checkbox"/>	NÃO.

50. A criança tem problemas de peso?

<input type="checkbox"/>	SIM.
<input type="checkbox"/>	NÃO.

51. A progressão da estatura é regular?

<input type="checkbox"/>	SIM.
<input type="checkbox"/>	NÃO.

#### DIGESTÃO

52. Seu (sua) filho(a) tem dor de barriga antes ou depois da refeição?

VI	1	- todas as refeições ou quase todas.
	2	
	3	- refeição sim, outra não.
	4	
	5	- nunca ou raramente.

53. Seu (sua) filho(a) chora como se estivesse com dor de barriga, durante e após uma refeição, especialmente após o almoço ou à tarde?

VI	1	- todas as refeições ou quase todas.
	2	
	3	- refeição sim, outra não.
	4	
	5	- nunca ou raramente.

54. Seu (sua) filho(a) fica constipado?

VII	1	- muito.
	2	- freqüentemente.
	3	- de tempos em tempos.
	4	- raramente.
	5	- nunca ou quase nunca.

55. Seu (sua) filho(a) tem diarreia?

VII	1	- muito.
	2	- freqüentemente.
	3	- de tempos em tempos.
	4	- raramente.
	5	- nunca ou quase nunca.

56. As diarreias de seu (sua) filho duram em geral?

	- 1 dia.
	- 2 - 3 dias.
	- uma semana ou mais.

#### RESPIRAÇÃO

57. Seu (sua) filho(a) tem asma?

VIII	1	- freqüentemente.
	2	
	3	- de tempos em tempos.
	4	
	5	- nunca ou quase nunca.

58. Estas crises de asma são:

1	- muito intensas.
2	

- IX
- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 3 | - de intensidade média. |
| 4 |                         |
| 5 | - pouco intensas.       |

58. a) Descreva o que ocorre quando ele(a) tem uma crise de asma?

---

---

---

58. b) As crises de asma dele(a) terminam geralmente por:

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | - tratamento hospitalar.     |
| <input type="checkbox"/> | - tratamento médico em casa. |
| <input type="checkbox"/> | - outro tratamento em casa.  |
| <input type="checkbox"/> | - sem tratamento.            |

59. Seu (sua) filho(a) tem crises nas quais fica sem ar e/ou muda de cor e/ou perde a consciência?

- VIII
- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 1 | - freqüentemente.       |
| 2 |                         |
| 3 | - de tempos em tempos.  |
| 4 |                         |
| 5 | - nunca ou quase nunca. |

60. Nas últimas semanas, seu (sua) filho(a) teve infecções de repetição (bronquites, otites, faringites, laringites, etc.)?

- |                          |      |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | SIM. |
| <input type="checkbox"/> | NÃO. |

60. a) Se sim, durante quanto tempo?

---

---

60. b) Foi necessário dar remédio (antibiótico ou outro)?

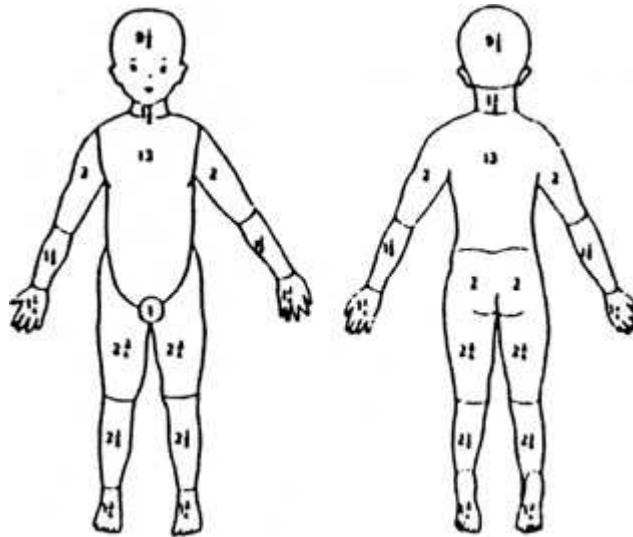
---

---

61. Seu (sua) filho(a) tem eczema?

<input type="checkbox"/>	SIM.
<input type="checkbox"/>	NÃO.

62. Se sim, assinale nos esquemas abaixo a(s) zona(s) do corpo que é(são) em geral atingida(s).



]

63. Qual é a duração das crises de eczema?

1	- 1 a 2 dias.
2	
3	- aproximadamente uma semana.
4	
5	- crônica.

64. Qual é a intensidade das crises de eczema?

1	- forte.
2	
3	- média.
4	
5	- fraca.

65. Foi necessário dar ou passar remédio no último mês?

1	- sem medicamento.
2	
3	- medicamento simples.
4	
5	- cortisona, antibiótico.

## ALERGIAS

66. Seu (sua) filho(a) tem alergias?

<input type="checkbox"/>	SIM.
<input type="checkbox"/>	NÃO.

Para cada alergia assinalada, avalie a intensidade e a frequência das manifestações:

66. a) Alimentos

1	- forte
2	
3	- média
4	
5	- leve

66. b) Respiratória

1	- forte
2	
3	- média
4	
5	- leve

66. c) Cutânea

1	- forte
2	
3	- média

4
5

- leve

66.d) Outras: \_\_\_\_\_

1
2
3
4
5

- forte

- média

- leve



## RECORRÊNCIA A SERVIÇOS MÉDICOS

67. Quantas vezes ao longo do último mês você consultou um médico pelas razões:

	a	b	c	d	outro
- Sono					
- Alimentação					
- Digestão					
- Asma					
- Pele					
- Alergias					
- Controle de rotina					
- Acidentes					
- Doenças benignas					
- Doenças sem diagnóstico					

As colunas (a, b, c, d, outra) concernem os resultados das consultas:

a = tratamento sem medicação.

b = tratamento com medicação.

c = hospitalização.

d = regime alimentar.

e = outro

Indique na coluna correspondente o número de consultas para cada item.

## COMPORTAMENTO

68. Nas 4 últimas semanas, seu(sua) filho(a) teve crises de raiva?

68. a) Frequência

VII	1	- muito.
	2	- frequentemente.
	3	- de tempos em tempos.

4	- raramente.
5	- nunca ou quase nunca.

68. b) Intensidade

X	1	- forte.
	2	
	3	- média.
	4	
	5	- fraca.

68. c) Em quais circunstâncias se manifestaram as crises de raiva?

---



---



---

69. Se seu(sua) filho(a) tem certas atitudes que a preocupam (por exemplo balançar o corpo, bater a cabeça), descreva os comportamentos.

---



---



---

70. Ao longo das 4 últimas semanas seu(sua) filho(a) apresentou esta atitude?

70. a) Freqüência

VII	1	- muito.
	2	- freqüentemente.
	3	- de tempos em tempos.
	4	- raramente.
	5	- nunca ou quase nunca.

70. b) Intensidade

X	1	- forte.
	2	
	3	- média.
	4	

5 - fraca.

71. Nas últimas 4 semanas, seu (sua) filho(a) apresentou comportamentos de oposição e/ou de negativismo?

71. a) Frequência

VII

1	- muito.
2	- frequentemente.
3	- de tempos em tempos.
4	- raramente.
5	- nunca ou quase nunca.

71. b) Intensidade

X

1	- forte.
2	
3	- média.
4	
5	- fraca.

72. Nas 4 últimas semanas seu(sua) filho(a) apresentou comportamento agressivo?

- com você ou a sua família

72. a) Frequência

VII

1	- muito.
2	- frequentemente.
3	- de tempos em tempos.
4	- raramente.
5	- nunca ou quase nunca.

- com outras crianças

72. b) Intensidade

1 - forte.

X	2	
	3	- média.
	4	
	5	- fraca.

73. No caso de distúrbios de comportamento:

- Desde quando seu (sua) filho(a) tem problemas de comportamento?

---



---



---

- Como é que os problemas de comportamento começaram?

---



---



---

- Estes problemas de comportamento são maiores em determinados dias da semana?

---



---



---

74. Com relação a estas dificuldades, você considera que o pai da criança lhe dá apoio?

1	- suficiente.
2	
3	- mais ou menos.
4	
5	- não suficiente.

**MEDOS/TIMIDEZ**

75. Seu (sua) filho(a) tem medos?

	- da noite;
	- de certos animais;
	- de máquinas;

	- de barulhos súbitos;
	- de pessoas estranhas;
	- de situações novas;
	- outra: _____

75. a) Frequência

VII	1	- muito.
	2	- frequentemente.
	3	- de tempos em tempos.
	4	- raramente.
	5	- nunca ou quase nunca.

75. b) Intensidade

X	1	- forte.
	2	
	3	- média.
	4	
	5	- fraca.

Para cada resposta alternativa à questão 75, indique quando apareceu este medo, como ele se manifestou e o que você fez na situação.

1) Quando?

---



---



---

Manifestação?

---



---



---

Intervenção?

---



---



---

2) Quando?

---

---

---

Manifestação?

---

---

---

Intervenção?

---

---

---

3) Quando?

---

---

---

Manifestação?

---

---

---

Intervenção?

---

---

---

76\*. Fobia com evitação sistemática da situação? (Avaliação a partir das respostas à questão 75)

<input type="checkbox"/>	SIM.
<input type="checkbox"/>	NÃO.

77. Nas últimas semanas seu (sua) filho(a) teve episódios de timidez ou de recusa ao contato?

77. a) Frequência

VII	<input type="checkbox"/>	1	- muito.
	<input type="checkbox"/>	2	- frequentemente.
	<input type="checkbox"/>	3	- de tempos em tempos.

4	- raramente.
5	- nunca ou quase nunca.

77. b) Intensidade

X	1	- forte.
	2	
	3	- média.
	4	
	5	- fraca.

78. Nas últimas semanas seu(sua) filho(a) teve dificuldades de separação? (Especifique as circunstâncias e a época da aparição)

---



---



---



---

78. a) Frequência

VII	1	- muito.
	2	- frequentemente.
	3	- de tempos em tempos.
	4	- raramente.
	5	- nunca ou quase nunca.

78. b) Intensidade

X	1	- forte.
	2	
	3	- média.
	4	
	5	- fraca.

79. Com relação a estas dificuldades, você considera que o pai da criança lhe dá apoio?

1	- suficiente.
2	

3	- mais ou menos.
4	
5	- não suficiente.

#### MUDANÇAS

80. Nos últimos meses houve mudanças importantes com relação às pessoas que cuidam da criança, seu plano de vida (mudança de casa, de quarto, de cama), seus horários (por exemplo: horário de sono, de alimentação)?

II	1	- numerosas mudanças.
	2	
	3	- algumas mudanças.
	4	
	5	- nenhuma mudança.

#### APOIO SOCIAL

81. Na vida diária com seu(sua) filho(a) toda vez que você precisou de ajuda (apoio, conforto, conselhos, etc...) você pode contar com:

	nunca ou raramente		algumas vezes		sempre ou freqüentemente
a) o pai da criança/seu cônjuge	1	2	3	4	5
b) sua família	1	2	3	4	5
c) seus amigos	1	2	3	4	5
d) outros (especifique)	1	2	3	4	5

82. Com relação a estas dificuldades, você considera que o pai da criança lhe dá apoio?

1	- suficiente.
2	
3	- mais ou menos.
4	
5	- não suficiente.

#### EVENTOS ESTRESSANTES

83. Houve na família, nos últimos meses, eventos ou situações como:



	- perda do emprego;
	- problemas de moradia;
	- problemas financeiros;
	- doença grave;
	- óbito;
	- problemas de alcoolismo;
	- problemas com drogas;
	- outro: _____

#### REPERCUSSÕES

84. Você tem a impressão que os problemas atuais com seu (sua) filho(a) têm uma repercussão ou incidência:

##### NA VIDA DO CASAL

1	- forte.
2	
3	- média.
4	
5	- fraca.

85. Você tem a impressão que os problemas atuais com seu (sua) filho(a) têm uma repercussão ou incidência:

##### NA VIDA FAMILIAR

1	- forte.
2	
3	- média.
4	
5	- fraca.