



Universidade Federal do Rio Grande Do Sul

Instituto de Psicologia

SINTOMAS ALIMENTARES INFANTIS E A INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ

Caroline Caetano dos Santos

Porto Alegre

2017

SINTOMAS ALIMENTARES INFANTIS E A INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ

Caroline Caetano dos Santos

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
como requisito parcial para a obtenção do grau
de Psicóloga, sob orientação da Profª Drª.
Giana Bitencourt Frizzo.

Porto Alegre

2017

AGRADECIMENTOS

Estes anos de graduação presenciaram e incitaram profundas vivências e transformações, as quais não seriam possíveis sem as pessoas maravilhosas que o Universo colocou no meu caminho. A cada encontro, uma troca – de dúvidas, de saberes - e já não somos os mesmos de instantes, e de seis anos e meio, atrás. Agradeço a todos que contribuíram nesta minha jornada, que parecia eterna (e de certa forma será) mas que hoje tem finalizada uma importante etapa.

Agradeço à minha mãezinha, Izolette, por me ensinar a ter fé e força frente aos desafios que a vida volta e meia nos apresenta, e por me contagiar com essa mania de prestar atenção às entrelinhas e tentar ouvir o que nem sempre é dito. À minha irmã, Ana Júlia, que me inspira com seu jeitinho leve e divertido de viver, e por ter se revelado uma madrinha amorosa e muito dedicada ao nosso pequeno Pedro. Ao meu pai, Antônio Carlos, cuja simplicidade, otimismo e afetuosidade me inspiram, e à sua família, que acolheu a minha com muito carinho e ternura.

Meu agradecimento especial aos meus guris, amores da minha vida, que estiveram ao meu lado dia a dia e foram fundamentais para que eu conseguisse chegar até aqui. Ao meu marido, Vitor Hugo, agradeço pelo companheirismo, por me incentivar a ir atrás dos meus sonhos e sonhá-los comigo, pelas palavras – sábias, gentis e carinhosas – nos meus momentos de desespero e pessimismo; pelo aconchego, pelo amor e cuidado dedicados a mim e à nossa família. Agradeço ao meu filho, Pedro, que através da maternidade ressignificou minha existência - me proporcionando os mais intensos sentimentos, aprendizados e crescimento – e guiou minha escolha pelo tema deste trabalho.

Agradeço aos professores que nortearam meu percurso durante a graduação, principalmente à profa. Dra. Giana B. Frizzo, por ter me orientado com paciência, otimismo e tranquilidade na elaboração deste trabalho, e à profa. Dra. Milena Silva por ter lido meu trabalho com carinho e ter dado valiosas contribuições.

Agradeço também a todos os terapeutas que contribuíram para meu equilíbrio, saúde mental e inspiração profissional, dos quais destaco o psicólogo Luciano, que me ajudou a entender e aceitar que eu queria estudar psicologia, me incentivando a entrar no curso, e minha atual psicóloga, Sabrina, por ter me dado muita força e apoio nesses momentos finais, e enlouquecedores, da graduação.

Este trabalho é dedicado ao meu filho Pedro, meu pequeno mestre, que com sua pureza e ternura me ensina dia a dia a ver o mundo com mais amor e simplicidade.

SUMÁRIO

RESUMO.....	6
1.INTRODUÇÃO	
1.1 Alimentação do Bebê	8
1.2 Sintomas Alimentares.....	10
1.3 A Interação Mãe-Bebê.....	11
1.4 Dificuldades na Alimentação e a Interação Mãe-Bebê.....	15
2. METODOLOGIA	
2.1 Participantes.....	19
2.2 Considerações éticas.....	21
2.3 Procedimentos.....	21
2.4 Instrumentos.....	21
2.5 Análises dos dados.....	24
3.RESULTADOS.....	24
4. DISCUSSÃO.....	26
4.1 Sintomas Alimentares.....	26
4.2 Qualidade da interação mãe-bebê.....	28
4.2.1 Estruturação.....	28
4.2.2 Sensibilidade.....	29
4.2.3 Não-hostilidade.....	30
4.2.4 Não-Intrusividade.....	31
4.2.5 Responsividade e Envolvimento.....	31
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34
Anexo A.....	40
Anexo B.....	43
Anexo C.....	60

RESUMO: A alimentação constitui uma das vias de expressão da subjetividade dos bebês. É nesta experiência, que envolve segurança, carinho e cumplicidade com seu cuidador, que o bebê encontra uma oportunidade de expressar seus conflitos internos e familiares. Trata-se de um momento delicado, frequentemente alvo de preocupação das mães, sendo muitas vezes motivo de dúvidas, insegurança e sofrimento. O objetivo deste estudo foi investigar as questões alimentares de bebês até doze meses de idade, de acordo com o relato materno, e sua associação com a qualidade da interação mãe-bebê. Participaram deste estudo 40 duplas mãe-bebê. Os participantes eram provenientes do estudo “Depressão pós-parto: Prevalência, antecedentes e intervenção”. A idade média dos bebês foi de 8 meses e 26 bebês eram do sexo feminino. A idade média das mães foi de 31 anos e a maioria (32) tinha um companheiro estável. O bebê era o primeiro filho do casal na maioria dos casos (27). 16 bebês já estavam frequentando a escola. A análise do somatório dos escores do Symptom Checklist para sintomas de alimentação e dos escores do Procedimento da Avaliação da Interação indicou correlações para as dimensões sensibilidade, não hostilidade, estrutura, responsividade e envolvimento. Quanto maiores as pontuações no Symptom Checklist (para sintomas de alimentação), menores os escores de sensibilidade, estrutura, não-hostilidade, responsividade e envolvimento. Esses resultados indicam que as questões alimentares podem estar permeadas pela qualidade da interação mãe-bebê. Tais aspectos devem ser considerados quando houver queixas quanto à alimentação de bebês, pois os sintomas psicofuncionais podem sinalizar dificuldades vinculares na relação mãe-bebê.

ABSTRACT: Feeding is one of the ways infants can express their subjectivity. It is in this experience, which involves security, affection and complicity with its caregiver, that the baby finds an opportunity to express its internal and family conflicts. This delicate moment is often cause of doubts, insecurity and suffering to the mothers. The purpose of this study was to investigate the food issues of infants up to 12 months of age, according to the maternal report and its association with the quality of the mother-infant interaction. The study included 40 mother-infant dyads who participated in the study "Postpartum Depression: Prevalence, Background and Intervention". The mean age of the babies was 8 months and 26 babies were female. The mean age of the mothers was 31 years and the majority (32) had a stable partner. The baby was the couple's first child in most cases (27). 16 babies were already attending school. The analysis of the sum of the Symptom Checklist for feeding symptoms and the scores of the Interaction Assessment Procedure indicated correlations for the aspects sensitivity, non-hostility, structure, responsiveness and involvement. That is, the higher the scores on the Symptom Checklist (for feeding symptoms), the lower the sensitivity, structure, non-hostility, responsiveness, and involvement scores. These results indicate that food issues may be permeated by the quality of the mother-infant interaction. Such aspects should be considered when there are complaints about infant feeding, as psychofunctional symptoms may indicate binding difficulties in the mother-baby relationship.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Alimentação do Bebê

A alimentação da criança, desde o nascimento até seus primeiros anos, tem repercussões ao longo de toda sua vida (Monte & Giugliani, 2004), sendo um dos cuidados maternos primordiais em torno do qual se organizam os contatos iniciais entre mãe e bebê (Gusmão, 2002). Neste início de vida, é através da alimentação e do aumento de peso que os pais e os pediatras têm um dos principais indicadores de que o bebê está bem (Gonçalves & Rodrigues, 1998), despertando grande atenção, e preocupação, para este tema. Além disso, alimentação constitui um ato de relacionamento do bebê com o mundo, que além de garantir a sua sobrevivência, oportuniza o contato afetivo e vincular com sua mãe, representando uma fonte de experiências psíquicas e condicionamentos socioculturais (Madeira & Aquino, 2003).

Nos primeiros 6 meses de idade, todo conteúdo necessário para o desenvolvimento do bebê, do ponto de vista nutritivo e imunológico (Bosi & Machado, 2005), está presente no leite materno, portanto, o bebê não necessita - e não deve - fazer ingestão de outros alimentos. Além disso, a amamentação transcende o aspecto nutricional que lhe é inerente, ocupando importante papel na perspectiva relacional da dupla. Segundo Mazet e Stoleru (1990), o aleitamento – seja no peito, seja com a mamadeira – constitui uma das modalidades essenciais da interação entre a mãe e seu bebê recém-nascido. Após este período, no qual se sugere aleitamento materno exclusivo, é recomendado que se inicie a introdução alimentar, ofertando alimentos complementares ao leite materno, o qual não deve ser retirado da dieta, uma vez que continua trazendo benefícios para a saúde o bebê. (Brasil, 2013). Tais alimentos devem ser ricos em energia, proteínas e micronutrientes, isentos de contaminação, em quantidade apropriada e de fácil consumo pela criança. (Giugliani & Victoria, 2000).

Entretanto, a atenção da mãe deve voltar-se não apenas a estas questões, mas também em reconhecer os sinais de fome e de saciedade, uma vez que a falta de sensibilidade das mães em ler os sinais de seus bebês vem sendo apontada como um dos principais fatores associados a dificuldades alimentares na primeira infância (Gonçalves & Rodrigues, 1998). É bastante comum que se crie expectativa em torno desta prática, a qual possui alta carga emocional para a mãe, cuja responsabilidade, aos olhos da família, da sociedade e da cultura, é garantir o crescimento e o bem-estar de seu bebê (Muller, Marin & Donelli, 2015). Quando bem sucedida, a alimentação dos filhos pode ser gratificante e aumentar a autoestima da mãe. Contudo, quando o comportamento do bebê não corresponde ao esperado pela mãe, podem ser gerados sentimentos de ansiedade e incapacidade, os quais impactam negativamente na interação mãe-bebê.

“A ansiedade e a frustração dos pais e, sobretudo da mãe, causada pela recusa alimentar da criança, e a associação que estabelecem entre a recusa alimentar dos filhos e os seus sentimentos de insuficiência maternal, provocam uma baixa da autoestima e levam a que tenham atitudes que agravam as dificuldades da criança. Estas atitudes podem ir desde manifestações de zanga e de insistência, por vezes como recurso a manipulações agressivas, até comportamentos de evitamento, e vão ajudar a criar ciclos viciosos de interações insatisfatórias e/ou mutuamente hostis, que ultrapassam a situação alimentar e põem em risco, de forma mais que transitória, as qualidades da própria relação mãe-criança”.

Gonçalves e Rodrigues (1998, p.129)

1.2 Sintomas Alimentares

Um sintoma alimentar é caracterizado por distúrbios na quantidade ou na qualidade da alimentação, e por dificuldades com tipos específicos de alimentos que devem ser introduzidos ao longo do primeiro ano de vida. (Pinto, 2004). Este sintoma faz parte de um conjunto de “sintomas psicofuncionais”, caracterizados como manifestações de natureza principalmente somática e do comportamento da criança, sem causa orgânica, que podem ser indicadores de dificuldades na interação mãe-bebê ou pais-bebê (Pinto, 2004). Os distúrbios que aparecem com mais frequência na fase inicial da vida da criança são os de sono, de digestão e gástrico, de pele, de comportamento e de alimentação (Pinto, 2004; Mazet & Stoleru, 1990). Uma vez que o bebê está em um momento do desenvolvimento em que ainda não há a fala nem o brincar para que a expressão simbólica apareça, os conflitos aparecem em seu corpo (Azevedo, 2016). Neste contexto, Kreisler, Fain, e Soulé (1981) mencionam que se faz grande o risco de jogar a culpa sobre a mãe, considerando-a má e indutora dos distúrbios:

“No estudo dos distúrbios funcionais da criança pequena, corre-se o risco de reencontrar o aspecto moralizador que alguns imprimem à clínica psicossomática do adulto. De certo modo, este último foi “punido” onde pecou ou exageradamente erotizou. O único exemplo dado por Freud não é o da catarata que “puniu” um olho extremamente bisbilhoteiro?”

Kreisler *et al.* (1981, p.124)

Estas manifestações somáticas podem tomar proporções maiores e levar ao desenvolvimento de patologias graves, o que torna fundamental o diagnóstico e a

intervenção precoce, a fim de evitar ocorrências mais sérias (Pinto, 2004; Mazet & Stoleru, 1990). Além disso, considerando que as bases da subjetividade da criança são construídas a partir de seus primeiros vínculos - e que os sintomas psicofuncionais podem estar indicando dificuldades em tais vínculos - ressalta-se a importância de analisar não apenas as especificidades dos distúrbios apresentados pela criança, mas sim examinar detalhadamente a interação mãe-bebê (Pinto, 2007). Os sintomas psicofuncionais frequentemente trazem desconforto aos pais e cuidadores, podendo, na maioria das vezes, segundo Scalco e Donelli (2014), não serem entendidos como um sintoma psicológico, pois podem representar um ferimento ao narcisismo da mãe.

Faz-se pertinente salientar que o significado atribuído ao sintoma do bebê é dado conforme as particularidades de sua família, deste modo, uma mesma manifestação pode tanto apontar um sinal de saúde quanto um desequilíbrio na relação mãe-bebê.

1.3 A Interação Mãe-Bebê

A interação mãe-bebê é um processo delicado e de extrema importância, uma vez que pode influenciar, de maneira positiva ou negativa, o desenvolvimento psicológico da criança (Scalco & Donelli, 2014). Este processo vem sendo estudado por diferentes abordagens teórico-conceituais, destacando-se, conforme citado em Zamberlan (2002), a perspectiva do desenvolvimento biológico evolucionário (Ainsworth & Wittig, 1969; Blurton Jones, 1983; Bowlby, 1951/1991, 1989); a perspectiva motivacional associada a relações objetais (Horner, 1988); a perspectiva da aprendizagem social (Baumrind & Black, 1967), a qual salienta, particularmente, o processo de imitação como padrão de influências na socialização; a perspectiva sócio-cognitivista, que enfatiza as assimilações e co-regulações como funções abrangidas no sistema de trocas entre parceiros (Fogel, 1988; 1992; 1994; Kochanska, 1997; Schafer,

1996) e a perspectiva analítico-funcional, de base comportamental (Skinner, citado por Stedman, 1991). Não há um consenso, entre os estudiosos do tema, acerca da definição de interação, porém percebe-se uma tendência a envolver a ação recíproca, a co-construção e a bidirecionalidade neste conceito. (Piccinini *et al.* 2001). No presente trabalho, será nomeado de relação o padrão de interação mãe-bebê.

A interação da mãe com seu bebê origina-se durante o período da gestação, determinando um padrão precoce que servirá de base para relação mãe-bebê após o parto e no decorrer do desenvolvimento da criança. Já no meio intrauterino, o cérebro tem suas funções ativadas pouco a pouco e o feto já recebe e percebe os estímulos do meio (Silva e Porto, 2016). Esta relação precoce é permeada pela expectativa da gestante sobre seu bebê e é influenciada pelas características do feto, tais como sexo e padrões de movimentos (Borsa, 2007). A interação da gestante com o feto pode ocorrer de diversas formas - por meio de conversas em voz alta, de toques na barriga, de sonhos com o bebê, de percepção e interpretação de seus movimentos, através de comportamentos e sentimentos pessoais, de objetos do bebê, de músicas e da visualização por meio da ultra-sonografia, por exemplo (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004). Deste modo, vai sendo construído o início desta relação. Após o nascimento, mãe e bebê começam a se (re)conhecer, estabelecer padrões de comunicação e formação de vínculo.

“A interação mãe - recém-nascido começa desde os primeiros instantes depois do nascimento, mesmo até durante o trabalho de parto; assim acontece com aquela mãe que, quando escuta a parteira observar que a cabeça da criança que está saindo está coberta de cabelos escuros, compara mentalmente os cabelos de sua filha com sua própria cabeleira escura, sentindo bruscamente redobrar a coragem

para expulsar. Logo depois vêm os primeiros instantes, o encontro da mãe com a criança, a descoberta do corpo do bebê, suas exploração com os dedos depois com as mãos, assim como os primeiros episódios de olhares mútuos (ou ‘contato olho a olho’)

Mazet & Stoleru (1990, p.31)

A relação mãe-bebê, então, vai sendo desenhada a partir do olhar e comportamento materno, das reações manifestadas pelo bebê e seus significados, nomeados pela mãe. A comunicação entre a dupla acontece no contato olho a olho, através de sorrisos, vocalizações, posturas, gestos, expressões faciais, tom de voz, aproximação e afastamento corporal, brincadeiras e do choro. Assim, na interação é exigido que os parceiros respondam aos comportamentos um do outro e que ambos sustentem esse momento (Seidl de Moura *et al.*, 2004).

Um aspecto importante na comunicação e na constituição do vínculo entre a dupla, de acordo com Arpini *et al.* (2016), é a fala que a mãe dirige ao bebê, chamada *manhês* ou *motherese*. Neste modo de fala, a mãe tende a mudar o seu tom de voz, vocalizando sons tranquilizadores e musicalizados, falando de maneira simplificada e por vezes dando voz ao bebê, expressando o que ele poderia estar sentindo. Ainda, os autores salientam que um bebê que passa por situações recorrentes de frustração na busca pela comunicação - frente à pouca responsividade materna - tende a desistir de tentar comunicar-se, enfraquecendo a relação. Segundo Scalco e Donelli (2014), o bebê, cujo psiquismo está em construção, requer que o ambiente em seu entorno - praticamente resumido à relação com sua mãe - garanta condições adequadas de continência, plenitude e sustentação, para que seja possível um processo saudável de desenvolvimento.

A importância das primeiras relações no desenvolvimento da criança foi amplamente estudada por autores como Sullivan, Winnicott, Bion, Fairbairn, Mahler, Spitz, Bowlby, Brazelton e Stern, os quais defendem que os vínculos primários são fundamentais para a estruturação da personalidade (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). O estudo das relações mãe-bebê teve como pioneira a psicanálise, a qual inicialmente atribuía papel central à satisfação das necessidades fisiológicas do bebê, considerando este o principal fator na construção do vínculo do bebê com sua mãe, tornando-a, deste modo, sua figura de apego (Wendland, 2001). Em contraste com este entendimento, Bowlby (1969) propõe uma perspectiva mais abrangente para vinculação entre o bebê e sua mãe, incluindo aspectos etológicos e evolucionários, sugerindo que o bebê nasce com uma necessidade primária de relacionar-se socialmente, a qual promove a vinculação com sua mãe, tornando-a sua figura primária de apego.

Em termos evolucionários, buscar proximidade com seu cuidador seria um comportamento protetivo em relação aos perigos do ambiente, garantindo maiores chances de sobrevivência ao bebê. Segundo Seidl de Moura *et al.* (2008), os bebês da espécie humana, apresentam desde o nascimento um repertório de capacidades de sensibilidade e predisposição em relação a pessoas, que os tornam socialmente responsivos. Este reconhecimento das competências da criança e de seu papel ativo nas interações foi facilitado pela prática da observação detalhada, principalmente em ambientes naturais - mais próximo possível do contexto familiar - procedimento típico dos estudos etológicos (Wendland, 2001).

Após a contribuição de Bowlby, com sua Teoria do Apego, o estudo das interações mãe-bebê ganhou um novo olhar, sendo entendida não apenas em seus aspectos pulsionais mas sim em sua multiplicidade de eventos comportamentais, interpessoais e de comunicação (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). Os autores que

adotaram esta perspectiva, chamados interacionistas (Brazelton e Stern, por exemplo), passaram a analisar a comunicação mãe-bebê de modo detalhado, atentando para os pormenores deste evento e elucidando um pouco mais as particularidades do comportamento social dos bebês, resultando em importantes contribuições para a elaboração de diagnósticos e intervenções. Nesse sentido, Arpini *et al.* (2015) destacam a importância dos vínculos primários na constituição psíquica e dos cuidados acerca do modo como estas relações se constroem, sinalizando a importância dos aspectos nem sempre evidentes que ali se manifestam.

1.4 Dificuldades na Alimentação e a Interação Mãe-Bebê

O fenômeno da interação entre uma mãe e seu bebê durante a alimentação tem sido amplamente pesquisado nas ciências médicas e comportamentais desde a década de setenta (Mentro, Steward, & Garvin, 2002). As dificuldades nestas interações vêm sendo apontadas como uma condição marcadamente envolvida no contexto dos problemas alimentares infantis, segundo resultados de pesquisas sobre o tema.

Para Muller *et al.* (2015), a alimentação é a via primordial de troca e de comunicação entre a criança e seus cuidadores, sendo as dificuldades existentes na relação mãe-bebê facilmente expressadas por sintomas ligados à esfera alimentar. Ammaniti, Ambrozzi, Lucarelli, Cimino e D'Olimpio (2004) demonstraram, em estudo com grupo controle, significativa associação entre características sintomáticas maternas (disfuncionalidade alimentar, ansiedade, depressão e hostilidade), infantis (ansiedade e depressão, agressividade e queixas somáticas), e o modo disfuncional de interação durante as refeições, em um grupo de crianças com problemas alimentares. Chatoor, Ganiban, Colin, Plummer e Harmon (1998), em sua pesquisa com crianças saudáveis, com anorexia, e com pica, concluiu que padrões inseguros de apego podem intensificar

problemas alimentares. O trabalho de Feldman, Keren, Gross-Rozval e Tyano (2004), com crianças com problemas alimentares e grupo controle, observou mães menos carinhosas e que tocavam menos em seus filhos - os quais demonstravam maior rejeição ao toque materno - no grupo com problemas alimentares. Neste estudo, foram considerados como fatores preditores da eficácia alimentar: o toque mãe-filho, a redução da depressão materna e da intrusividade, o temperamento infantil e o menor retraimento infantil.

Já no estudo de Hagekull, Bohlin e Rydell (1997), foram considerados fatores preditivos de problemas alimentares as interações entre o temperamento da criança e a sensibilidade materna, onde mães menos sensíveis com maiores dificuldades no manejo de seus filhos relataram maior comportamento de recusa alimentar. Por sua vez, Drotar, Eckerle, Satola, Pallotta e Wyatt (1990) observaram, em um grupo de crianças com problemas alimentares, interações com menos aspectos maternos favoráveis ao desenvolvimento afetivo e ao apego seguro, em relação ao grupo controle. Sanders, Patel, Le Grice, e Shepherd (1993) observaram que pais de crianças com dificuldades alimentares, em comparação ao grupo controle, foram mais negativos, coercitivos, e hostis durante a alimentação de seus filhos, sendo demonstrada associação entre coerção e recusa alimentar em ambos os grupos. Os autores salientam que as condições de interação social durante as refeições da família, incluindo as práticas alimentares parentais, podem afetar o comportamento alimentar da criança, sendo o manejo adequado dos pais - nos episódios de recusa alimentar - certamente fundamental, uma vez que as práticas coercitivas tendem a criar um ciclo contínuo.

“A perspectiva da aprendizagem social, no que concerne a dificuldades alimentares, pontua a importância da interação social que se dá durante as refeições, quando a criança alimenta-se junto à

família. Neste contexto, uma variedade de práticas potencialmente disfuncionais pode contribuir tanto para o desenvolvimento quanto para a persistência de problemas alimentares. Isto pode acontecer quando os pais falham em estabelecer condições adequadas, por exemplo, permitindo que a criança tenha acesso irrestrito a alimentos entre as refeições, não proporcionando refeições regulares e previsíveis, ou servindo comidas inapropriadas em quantidades inadequadas. Outros problemas podem estar relacionados à ausência de sugestões e estímulos eficientes (não reconhecendo quando a criança come apropriadamente ou fazendo uso incoerente de recompensas) ou a consequências incoerentes após uma refeição difícil - se tornando envolvido emocionalmente em uma batalha com a criança, culpabilizando-a, tentando fazer negociações ou implorando que a criança coma.”

Sanders *et al.* (1993 p. 64)

As perturbações alimentares da primeira infância são situações clínicas muito frequentes, que, em geral, provocam nos pais grande preocupação que repercute quase sempre na relação com a criança (Gonçalves & Rodrigues, 1998), tornando, segundo Madeira e Aquino (2003), a queixa “não come” uma das principais demandas nas consultas pediátricas.

Entretanto, os transtornos alimentares são comuns e podem fazer parte de etapas do desenvolvimento normal da criança. (Madeira & Aquino, 2003; Pinto, 2004; Nicholls & Bryant-Waugh, 2009). As questões acerca da alimentação são complexas e englobam diversos fatores, tanto ambientais quanto internos, o que dificulta a elaboração de classificações diagnósticas, sobretudo na faixa etária da primeira infância (Gonçalves & Rodrigues, 1998). Foi apenas a partir de sua quarta edição que o DSM

incorporou uma diferenciação na classificação dos transtornos alimentares, acrescentando “Transtorno da alimentação na primeira infância” como nova categoria diagnóstica, caracterizada por persistente falha em comer ou mamar adequadamente, causando significativa perda peso ou dificuldade para ganhar peso, ao longo de pelo menos um mês, não havendo problema gastrointestinal nem outra condição médica e de saúde mental que melhor explicasse tal perturbação. Além disso, o manual destaca que, em alguns casos, problemas na interação entre os pais e a criança podem contribuir para exacerbar o problema alimentar do bebê (por ex., apresentação inapropriada de alimentos ou responder à recusa do bebê a alimentar-se como se este fosse um ato de agressão ou rejeição).

Já no DSM-V, esta categoria foi substituída por “Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo”, o qual deixou de ser específico para primeira infância, e assim incluiu mais alguns critérios, como interferência marcante no funcionamento psicossocial. Gusmão (2002) sugere que há diferença entre Transtorno Alimentar (Eating Disorder) e Transtorno de Alimentação (Feeding Disorder), salientando que o primeiro corresponde a perturbações no ato de comer, já o segundo remete às perturbações no ato de dar de comer. Considerando que nos primeiros anos de vida a criança ainda não conquistou plena autonomia para alimentar-se sem auxílio de um cuidador, seria no âmbito dos Transtornos de Alimentação (Feeding Disorders) que estariam situadas as questões alimentares relacionadas à qualidade da interação mãe-bebê. Além destas classificações, outras categorizações foram propostas, como o Zero to Three [DC: 0-3R] (Three, 2005) e a classificação de Chatoor (2002), conforme citado na revisão de Muller (2004).

Apesar das causas das dificuldades alimentares na primeira infância serem multifatoriais e ainda não estarem completamente elucidadas, a literatura vem

apontando para o importante papel das relações familiares neste contexto (Muller, 2014). Sabe-se hoje que as perturbações das relações familiares constituem, em muitos casos, o único e primeiro indício de dificuldades ou distúrbios em vias de instalação no bebê ou na criança pequena (Mazet & Stoleru, 1990; Wendland, 2001). Deste modo, Mazet e Stoleru (1990) sugerem que seja adotada uma concepção sistêmica das perturbações da interação mãe-bebê, incluindo um estudo mais amplo do contexto das interações da unidade familiar. De acordo com Nicholls e Bryant-Waugh (2009), os distúrbios alimentares podem ser considerados de ordem biopsicossocial, uma vez que comumente envolvem diferentes sistemas corporais e aspectos específicos do funcionamento individual e interpessoal. Em relação à etiologia das perturbações na interação, Mazet & Stoleru (1990) recomendam que sejam observados tanto os fatores próprios da criança (prematuridade, por exemplo), dos pais (patologias psiquiátricas prévias), como a combinação dos dois tipos de fatores.

Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho foi investigar a associação entre os sintomas alimentares – de acordo com o relato materno – e a qualidade da interação mãe-bebê.

2. METODOLOGIA

2.1 Participantes

Participaram deste estudo 40 duplas mãe-bebê. A idade média dos bebês foi de 8 meses e 26 bebês eram do sexo feminino. Em relação ao nascimento, a média foi de 38 semanas de idade gestacional. Os bebês foram amamentados ao seio em 34 dos casos (27 por pelo menos 6 meses), e a média de tempo de amamentação foi de 7 meses. 25 bebês foram alimentados com fórmula láctea antes dos 6 meses. A idade média das mães foi de 31 anos; 25 possuíam ensino superior completo e a maioria (32) tinha um

companheiro estável. O bebê era o primeiro filho do casal na maioria dos casos (26), 12 mães possuíam mais um filho, e 2 possuíam mais 2. Já estavam frequentando escolinha 15 bebês, cuja média de idade do início de tal atividade foi 6 meses. Foram selecionadas duplas cujos bebês possuíam idade mínima de 6 meses. Deste modo, todos os bebês já haviam iniciado o processo de introdução alimentar, ou seja, já estavam sendo incluídos outros alimentos, além de leite materno e fórmula láctea, em suas dietas.

Tabela 1: Caracterização da amostra

	Idade do bebê	Idade gestacional ao nascer	Idade da mãe	Idade do bebê ao iniciar na escolinha*	Tempo de amamen- tação **
	(meses)	(semanas)	(anos)	(meses)	(meses)
Média	8,63	38,55	31,1	6	7,42
Desvio padrão	1,863	1,921	5,93	19,58	2,969
Mínimo	6	32	19	3	1
Máximo	12	42	41	10	12

*apenas 15 bebês já estavam frequentando a escolinha ** 34 bebês foram amamentados ao seio

Os participantes desse estudo foram provenientes da pesquisa “Depressão pós-parto: Prevalência, antecedentes e intervenção” (Frizzo, 2012), cujo objetivo foi investigar a prevalência e os antecedentes de depressão pós-parto e o impacto de uma psicoterapia pais-bebê para as famílias em que a mãe apresenta diagnóstico de depressão pós-parto. Participaram deste projeto 42 duplas mãe-bebê, dentre as quais havia 2 bebês com idade inferior a 6 meses, que foram excluídos do presente trabalho, tendo em vista que ainda não haviam iniciado a introdução alimentar.

2.2 Considerações éticas:

Tal pesquisa foi aprovada por diversos comitês de ética (incluindo UFRGS e HCPA), tendo sido considerada adequada e metodologicamente de acordo com a resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde CAEE nº14094213.5.1001.5334. (Anexo A)

2.3 Procedimentos

As mães foram convidadas para participar do estudo em hospitais públicos, unidades básicas de saúde ou por indicação de outros profissionais da área da saúde. Na primeira etapa do projeto, as mães e seus bebês foram submetidos a diversos instrumentos avaliativos, dentre os quais alguns visavam rastrear indícios de depressão pós-parto e sintomas psicofuncionais nos bebês. Quando detectada a presença de pelo menos um sintoma psicofuncional ou indícios de depressão pós-parto, as duplas iniciaram a segunda etapa do estudo, onde mais uma bateria de instrumentos foi aplicada. O presente estudo analisará os resultados obtidos no instrumento utilizado na primeira etapa para rastreio de sintomas psicofuncionais, o Symptom Checklist (SCL), e os resultados obtidos no Interactional Assessment Procedure (IAP), instrumento utilizado na segunda etapa da pesquisa para avaliação da qualidade da interação mãe-bebê.

2.4 Instrumentos

- **Symptom Check List (SCL)** - Este instrumento trata-se de uma Avaliação dos Transtornos Psicofuncionais da Primeira Infância, elaborado por Robert-Tissot *et al.* (1989). É um instrumento ainda não utilizado no Brasil, mas já traduzido pela Prof^a Dr^a Elizabeth Batista Pinto Wiese e revisado pela Prof^a Dr^a Jaqueline Wendland. Consiste

em um questionário para avaliação quantitativa e qualitativa dos transtornos psicofuncionais de crianças com idades entre seis semanas e 30 meses de vida. É composto por perguntas de tipo fechado (com a escolha de uma resposta em uma escala padrão), perguntas abertas, de escolha múltipla (número limitado de respostas) e por um conjunto de perguntas abertas em lista. O conjunto de perguntas fechadas avalia a presença, frequência, intensidade e duração das manifestações sintomáticas da criança durante as últimas quatro semanas. Os demais blocos, que incluem as perguntas abertas, em lista e de escolha múltipla, fornecem informações sobre a história dos transtornos, as circunstâncias da ocorrência, as explicações propostas pelo ambiente, as reações e as tentativas para sanar os transtornos.

A presença de perguntas abertas mantém a aparência de uma entrevista e permite a participação da mãe. Já as perguntas fechadas garantem a coleta de dados quantificáveis. Ao todo, o questionário é composto por 84 perguntas que permitem explorar os seguintes aspectos: sono, alimentação, digestão, respiração, pele, alergias, comportamento, medos, separação, utilização de cuidados médicos e mudanças na vida da criança. No bloco que avalia as questões relativas à alimentação, a pontuação mínima é 7 pontos, e a máxima é 35, sendo que quanto maior a pontuação, maiores os indícios de disfuncionalidade no aspecto avaliado. (Anexo B)

- Procedimento de Avaliação da Interação (Interaction Assessment Procedure - IAP) (Wiese & Leenders, 2006) - procedimento padronizado, aplicável em crianças de 0 a 4 anos, que baseia-se na observação da interação através de registros em vídeo, de aproximadamente 30 minutos, propondo uma sequência interativa baseada no roteiro do KIA Profil (Stern, Robert-Tissot, Muralt, & Cramer, 1989) e uma análise baseada nos aspectos apresentados nas Escalas de Disponibilidade Emocional - EAS (Biringen *et al.*,

2000) , que objetiva a avaliação quantitativa e qualitativa da interação pais-bebê. O IAP é avaliado por dois juízes independentes, sendo inserido um terceiro juiz quando necessário para estabelecer um consenso entre os resultados para codificação das respostas.

A sequência interativa é composta por: (1) Brincar sem objetos - a mãe brinca com o bebê sem utilizar nenhum objeto, por exemplo, cantando, conversando, fazendo contatos corporais; (2) Brincar com objetos - é disponibilizada uma caixa com brinquedos para a dupla; (3) Ensinar - é colocado ao lado da dupla um brinquedo, adequado à idade do bebê, porém não muito simples, com o qual o bebê deve brincar, a partir das instruções dadas por sua mãe. Por exemplo, a mãe ensina à criança a montar um quebra-cabeça; (4) Ignorar - nesta etapa, pede-se à mãe que leia uma revista e não interaja com o bebê; (5) Separar - pede-se à mãe que se ausente da sala por alguns instantes; (6) Reunir - a mãe retorna à sala e volta a interagir com o bebê.

Os aspectos analisados, em cada uma destas seis atividades e numa perspectiva global, no comportamento materno, são: (1) Sensibilidade - representada, por exemplo, pelo tom de voz, pela troca de olhares e expressões faciais da mãe; (2) Estruturação - postura ativa da mãe na interação com a criança, proporcionando limites e regras sem ser rude, dando apoio e facilitando o desenvolvimento nas brincadeiras; (3) Não-intrusividade - comportamento afinado às reações da criança, com respeito ao seu espaço, tempo e ritmo durante a interação; (4) Não-hostilidade - demonstração de emoções positivas genuínas durante a interação. No comportamento infantil, por sua vez, são analisados os aspectos: (1) Responsividade, que consiste na predisposição do bebê em responder, com prazer e de forma colaborativa e afetiva, às tentativas de interação da mãe; e (2) Envolvimento, que aponta o grau de engajamento da criança na interação, sendo perceptível através de contatos visuais, físicos ou verbais que

objetivam envolver o adulto na atividade. Para fins desse estudo, foram analisadas as seis situações descritas acima separadamente, e pontuadas as categorias maternas e infantis. Após, gerou-se um escore médio dentre essas diferentes situações dos comportamentos maternos e infantis. Na análise quantitativa, quanto maior a pontuação, melhor o desempenho no aspecto avaliado. (Anexo C)

2.5 Análises dos dados

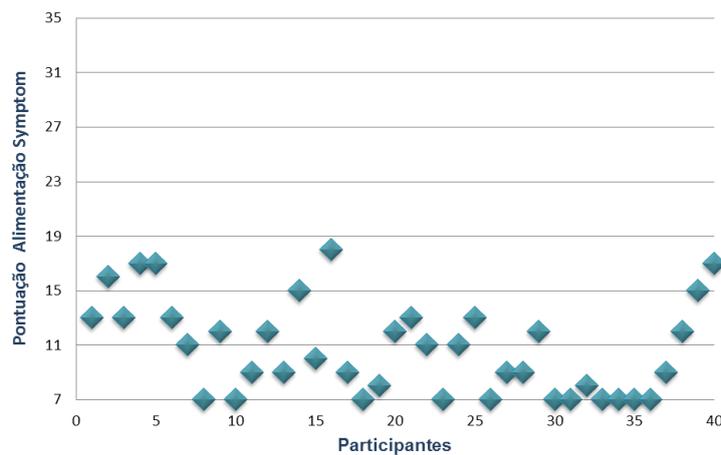
Foi realizada uma análise quantitativa dos instrumentos a fim de investigar a possível associação entre os sintomas alimentares e a qualidade da interação mãe-bebê. Para viabilizar esta análise, foi realizada a padronização das escalas do IAP, através do cálculo do score Z, realizado por um estatístico.

3. RESULTADOS

Os resultados foram obtidos através do cruzamento dos escores dos instrumentos, por meio de análise estatística executada pelo SPSS, onde se verificou, utilizando o Coeficiente de correlação de Pearson, a existência de associação entre o somatório do Symptom para Sintomas Alimentares e os escores do IAP.

A análise dos resultados do Symptom Checklist revelou pontuações relativamente baixas, para sintomas alimentares, em toda a amostra, conforme demonstra o gráfico a seguir:

Gráfico 1: Pontuações do Symptom para Sintomas Alimentares



Em uma gradação que varia de 7 a 35 pontos, a média alcançada foi de 11 pontos, sendo 18 a pontuação mais alta atingida. Deste modo, a partir de uma visão global das pontuações obtidas por esta amostra, entende-se que tais resultados sugerem poucos indícios de disfuncionalidade no aspecto avaliado.

O cruzamento dos dados obtidos através de correlação de Pearson, dos instrumentos SCL e IAP, pode ser verificado na tabela a seguir:

Tabela 2: Somatório Symptom para Sintomas Alimentares x Escores IAP

	Sensibili- dade	Estrutu- ração	Não- Intrusivi- dade	Não- Hostilidade	Responsi- vidade	Envolvi- mento	IAP mãe	IAP bebê
	(média Z)	(média Z)	(média Z)	(média Z)	(média Z)	(média Z)	(média)	(média)
Somatório do Symptom para Sintomas Alimentares	-,377*	-,312*	-0.059	-,383*	-,337*	-,424**	-,324*	-,387*

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Observa-se que todos os índices foram negativos, indicando que a correlação é do tipo inversa, ou seja, quanto maiores os indícios de sintomas alimentares, menores os escores nos aspectos do IAP. Dentre estes aspectos, apenas a “não- intrusividade” não apresentou correlação significativa. Nesse sentido, cumpre ressaltar que em termos de mensuração de eventos altamente complexos, como o comportamento humano, não é comum haver índices de correlação altos, o que torna essas correlações relevantes neste campo do conhecimento.

4. DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, os sintomas alimentares infantis e a qualidade da interação mãe-bebê demonstram possuir uma significativa associação, indo ao encontro dos achados de outras pesquisas sobre o tema.

4.1 Sintomas Alimentares

Os sintomas psicofuncionais mais comumente observados referem-se aos distúrbios alimentares, de sono e de comportamento (Robert-Tissot *et al.*, 1996; Tissot *et al.*, 2013), sendo os distúrbios alimentares situações clínicas muito frequentes (Gonçalves & Rodrigues, 1998), que constituem um dos temas mais abordados pelos pais em consultas pediátricas (Madeira & Aquino, 2003). Em contraste com os dados encontrados na literatura, as pontuações obtidas no Symptom Checklist, em nossa amostra, foram relativamente baixas, de modo geral, apontando baixos indícios de sintomas alimentares na população avaliada. Acredita-se que este resultado possa estar associado a algumas características específicas desta amostra, como a faixa etária dos bebês, e o tempo de amamentação.

Os bebês avaliados possuíam entre 6 e 12 meses de idade, período que coincide com o início da introdução de alimentos complementares ao leite materno (ou à fórmula láctea), no qual as variações no comportamento alimentar são consideradas normais mesmo para crianças em desenvolvimento típico (Madeira & Aquino, 2003; Nicholls & Bryant-Waugh, 2009; O'Brein, Repp, Williams, Edward, & Christophersen, 1991), sendo comum que a criança rejeite novos alimentos em um primeiro momento (Monte & Giugliani, 2004). Dada a popularidade deste tema entre pais de bebês, é possível que estes já estivessem esperando oscilações no comportamento alimentar de seus filhos, resultando em uma postura mais compreensiva nesta situação, reportando menos queixas, e não considerando tais variações como problemas.

Com relação à amamentação, a literatura aponta maior frequência de problemas na amamentação e na introdução de sólidos em crianças com distúrbios alimentares, em comparação àquelas que não apresentam tais problemas (Adamson & Morawska 2017). Assim, crianças com dificuldades na amamentação estariam mais propensas a desenvolverem distúrbios alimentares.

Crianças amamentadas desenvolvem muito cedo a capacidade de autocontrole sobre a ingestão de alimentos, de acordo com as suas necessidades, pelo aprendizado da saciedade e pela sensação fisiológica da fome durante o período de jejum (Brasil, 2013). Além disso, conforme Monte e Giugliani (2004), crianças amamentadas têm maiores chances de aceitar com mais facilidade novos alimentos que as não-amamentadas, pois, através do leite materno a criança é exposta precocemente a diversos sabores e aromas, que variam de acordo com a dieta da mãe. Neste sentido, considerando que mais de metade das mães avaliadas (27 casos) amamentou ao seio por pelo menos 6 meses, entende-se que problemas na amamentação não foi uma característica frequente nesta

amostra, o que pode ter contribuído para o sucesso da introdução alimentar e a consequente baixa pontuação no instrumento que visou detectar sintomas alimentares.

4.2 Qualidade da interação mãe-bebê

A qualidade da interação mãe-bebê foi aqui examinada com base nos 6 aspectos avaliados pelo IAP. Tais aspectos foram avaliados de modo independente, entretanto, quando se tenta elencar qual deles é o principal responsável por determinado comportamento, percebe-se que as fronteiras entre eles são bastante tênues. Dentre as atividades propostas às duplas mãe-bebês – conforme a sequência interativa preconizada no instrumento – não está incluída nenhuma atividade equivalente a um momento de alimentação, contudo, procurou-se relacionar tais aspectos com comportamentos comuns da prática alimentar de crianças, conforme descrição a seguir.

4.2.1 Estruturação

Com relação às dimensões mensuradas pelo IAP, a “estruturação” foi o aspecto materno que apresentou maior correlação com os sintomas alimentares. Tal construto se refere à habilidade do adulto em propor atividades estruturadas com limites e regras (a serem dados de modo gentil), e ao suporte e apoio para o desenvolvimento das atividades, propondo tarefas desafiadoras, porém executáveis, de acordo com a idade do bebê. Segundo Pinto (2007), uma estruturação inadequada ocorre quando o cuidador demonstra comportamento demasiadamente passivo e/ou realiza brincadeiras paralelas.

Assim, podemos interpretar que este resultado destaca a relevância do comportamento ativo da mãe durante a alimentação, o que pode ser expresso, por exemplo, pela implementação de estratégias de estimulação e incentivo para que o bebê se engaje na atividade de alimentar-se e a considere prazerosa. Em consonância com

este dado, o trabalho de Adamson e Morawska (2017) demonstrou que pais de crianças com problemas alimentares, em comparação com grupo controle, reportaram menos frequentemente o uso de estratégias adequadas, como alimentar-se junto à criança, uso de regras para o momento da refeição e oferecimento de opções adequadas de alimentos.

4.2.2 Sensibilidade

No início da introdução dos alimentos, a quantidade de alimento que a criança ingere pode ser pequena, sendo bastante comum que haja uma expectativa irreal dos pais acerca da quantidade de comida que o bebê deve ingerir, o que resulta em recusa de parte do alimento oferecido e consequente frustração dos pais (Brasil, 2013). Considerando a importância do respeito à autorregulação do apetite da criança (Monte & Giuliani 2004; Brasil, 2013), a “sensibilidade”, uma das dimensões mensuradas pelo IAP, se faz indispensável na prática alimentar. Tal construto - que refere-se ao modo como o adulto percebe as expressões emocionais da criança e as responde, demandando sintonia entre a dupla (Biringen, Derscheid, Vliegen, Closson & Easterbrooks, 2014) - possibilita a compreensão dos sinais emitidos pelo bebê ao expressar sua fome ou saciedade, evitando práticas coercitivas ou de gratificação que prejudicam o bom relacionamento do bebê com sua mãe e com o momento da alimentação. Em conformidade com este achado, Benoit, Madigan, Lecce, Shea, & Goldberg (2001) constataram que uma intervenção com foco no aumento da sensibilidade materna trouxe mais benefícios em comparação a uma intervenção baseada apenas em técnicas de alimentação, em grupos de crianças com distúrbios alimentares. Por sua vez, Hagekull *et al.* (1997) encontraram associação entre a sensibilidade materna e a relação com o temperamento da criança, onde mães menos sensíveis com maiores dificuldades no

manejo de seus filhos relataram com maior frequência comportamentos de recusa alimentar. Ainda, Drotar *et al.* (1990) encontraram menor frequência de componentes favoráveis ao apego seguro - como sensibilidade e emoções positivas - nas interações entre mães e bebês com problemas alimentares.

4.2.3 Não-hostilidade

Com relação à “não-hostilidade”, a qual refere-se à habilidade do adulto em regular suas emoções negativas frente à criança, entende-se que este aspecto pode se expressar através da paciência e compreensão materna acerca dos eventuais comportamentos indesejados do bebê durante a alimentação (fechar a boca, fazer caretas, jogar alimento no chão e etc.). Apesar de algumas crianças se adaptarem facilmente e aceitarem muito bem os novos alimentos, outras necessitam um pouco mais de tempo, não devendo esse fato ser motivo de ansiedade e angústia para as mães (Brasil, 2013). Corroborando o resultado encontrado no presente estudo, pesquisas identificaram maior frequência de afetos negativos e conflitos por controle durante a alimentação de crianças que apresentavam distúrbios alimentares, em relação a grupos controle (Sanders *et al.*, 1993; Wolke, Skuse, & Mathisen, 1990). Logo, é de suma importância que a mãe saiba manejar as dificuldades que podem se apresentar nos momentos da refeição e que consiga evitar demonstração de sentimentos de frustração, ansiedade, e até mesmo raiva, pois certamente tais emoções trazem grande impacto negativo à interação, podendo tornar a alimentação um momento desagradável e indesejado para o bebê.

4.2.4 Não-Intrusividade

Em relação ao aspecto “não-intrusividade”, foi inusitado o fato de não ter apresentado correlação com os sintomas alimentares. Em contraste com tal achado, Feldman *et al.* (2004) apontaram a diminuição de comportamentos intrusivos como um dos preditores da eficácia alimentar. Além disso, a prática de fazer pressão para criança comer - o que remeteria a uma prática intrusiva, visto que não estaria respeitando o tempo e o ritmo da criança - foi apontada como um fator que influencia o comportamento de evitação dos alimentos, em uma revisão sistemática internacional sobre sintomas alimentares (Muller, 2014). Ainda, segundo Marcondes (1985 apud Madeira & Aquino 2003), crianças que são forçadas a comer podem desenvolver não apenas repulsa ao alimento, como também reações mais graves como o reflexo condicionado de vomitar à simples apresentação do alimento. Assim, entendemos que a divergência de nosso resultado em relação ao que sugere a literatura possa estar associada às baixas pontuações no Symptom Checklist.

4.2.4 Responsividade e Envolvimento

A definição de responsividade foi inspirada pela teoria do apego, refletindo padrões de apego seguro/ inseguro (Biringen *et al.*, 2014). Esta característica pode ser observada na atitude da criança ao ser convidada a interagir com seu cuidador, em termos emocionais e sociais. Uma criança responsiva demonstra predisposição em responder com prazer, afeto e de forma colaborativa às tentativas de interação da mãe, ao passo que ignorar tais tentativas e responder de forma apática, por exemplo, são considerados indícios de pouca responsividade (Biringen *et al.*, 2014; Pinto, 2007). Assim, um bebê com boa responsividade, durante uma refeição, reage às tentativas maternas de alimentá-lo de modo colaborativo, demonstrando interesse através de

contato visual e físico e expressando prazer através de sorrisos e vocalizações (Mentro *et al.*, 2002). Já o envolvimento refere-se às tentativas da criança - através de contatos visuais, físicos ou verbais - em envolver o adulto na atividade, sem demonstrar ansiedade ou comprometer seu papel ativo e autônomo na interação (Biringen *et al.*, 2014; Pinto, 2007).

Em relação a tais aspectos, estudos apontam que crianças com problemas alimentares tendem a ser mais arredias e isoladas (Feldman *et al.*, 2004), apáticas e inquietas (Chatoor, Ganiban, Hirsch, Borman-Spurrell, & Mrazek, 2000; Wolke *et al.*, 1990). Além disso, demonstram uma tendência de que a maior irritabilidade e a menor responsividade de crianças com distúrbios alimentares torne a interação menos atrativa e gratificante, resultando em maiores expressões de emoções negativas e afastamento físico de suas mães (Wolke *et al.*, 1990). Tais dados convergem para as associações aqui encontradas, uma vez que houve correlação entre os sintomas alimentares e os dois aspectos infantis mensurados pelo IAP. Além disso, fica implícita a relação entre os aspectos infantis e maternos, visto que a literatura sugere que a pouca responsividade estimula a hostilidade materna (Wolke *et al.*, 1990), e possui forte associação com a sensibilidade materna (Licata, Paulus, Kühn-Popp, Meinhardt, & Sodian, 2015). Ainda, segundo Stack *et al.* (2012), a sensibilidade pode ser considerada fator preditivo do grau de envolvimento, bem como a estruturação pode predizer a responsividade da criança. Assim, torna-se evidente a influência que o bebê exerce sobre a qualidade e quantidade dos cuidados que recebe (Mazet & Stoleru, 1990), possuindo importante papel na modulação da qualidade da interação da dupla.

(...) existem características físicas da criança (aspecto estético, semelhanças, peso, cor dos cabelos, dos olhos, etc.) que propiciam à mãe satisfações específicas. O mesmo se pode dizer do apetite da

criança. As aquisições narcisistas de que certas mães se beneficiam através das refeições sem complicações, logo convertidas em satisfação mútua, podem modificar favoravelmente a relação mãe-filho desde o começo. (...) Um bebê que come pouco desperta uma mãe ansiosa, solicita a agressividade de uma mãe inconscientemente hostil e parece ser, aos olhos dela, um não reconhecimento do esforço que ela realiza de entrega e renúncia de si mesma, desvalorizando-se para o bem dele. O bebê gorducho e que devora o que se lhe dá relaxa-a, proporciona-lhe “uma solução” que a desculpa e até, para algumas, a revaloriza, restituindo-lhe o papel maternal que ela, desde o começo, temia não ser capaz de desempenhar.

Kreisler *et al.* (1981, p.117)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que os resultados deste estudo apontam para a compreensão dos sintomas alimentares como uma patologia da relação, e não apenas do bebê, corroborando o conceito de sintomas psicofuncionais, que entende tais manifestações somáticas como possíveis sinalizadores de dificuldades nas interações mãe-bebê.

Um das limitações deste estudo foi ter trabalhado apenas com os sintomas alimentares, uma vez que diferentes sintomas psicofuncionais podem ocorrer de modo simultâneo. Além disso, o trabalho contemplou um curto período de investigação, não permitindo saber como estas questões se desenvolveram ao longo da vida da dupla mãe-bebê. Ressalta-se, ainda, as limitações inerentes ao instrumento Symptom Checklist. Optou-se por tal ferramenta devido à inexistência de instrumentos equivalentes para uso em primeira infância, e sabe-se que o mesmo mostra-se uma boa fonte de informações

para entrevista clínica. No entanto, trata-se de um instrumento não validado no Brasil até o momento, estando ainda em processo de avaliação psicométrica. (Frizzo *et al.*, *in press*)

Embora o foco do estudo seja a compreensão da relação entre a qualidade da interação mãe-bebê e os sintomas alimentares infantis - a partir do relato materno - o estudo corrobora a necessidade de dar visibilidade aos aspectos psicológicos durante a investigação dos sintomas alimentares infantis - bem como dos demais sintomas psicofuncionais - em razão da notória relevância destas questões nos processos de interação, desenvolvimento e saúde das duplas mãe-bebês.

Espera-se que o presente trabalho possa estimular o desenvolvimento de outros estudos sobre o assunto e colaborar para ampliação do entendimento destes fenômenos, subsidiando ações de natureza preventiva e intervenções precoces.

Sugere-se que novos estudos possam também avaliar esses sintomas a partir do relato de outros cuidadores dos bebês como pais, avós e professores, a fim de ampliar a compreensão sobre a questão de problemas alimentares na primeira infância.

REFERÊNCIAS

Adamson, M. & Morawska, A. (2017) Early Feeding, Child Behaviour and Parenting as Correlates of Problem Eating. *Journal of Child and Family Studies*. 26, 3167–3178.

Ammaniti, M., Ambrozzi, A. M., Lucarelli, L., Cimino, S. & D'Olimpio, F. (2004). Malnutrition and dysfunctional mother-child feeding interactions: clinical assessment and research implications. *Journal of the American College of Nutrition*, (23) 3, 259 - 271.

Arpini, D. M., Zanatta, E., Marchesan, R. F., Faraj, S. P., Ledur, C. S. Mozzaquatro, C. O. (2015). Interação mãe-bebê: um processo de descobertas. *Interação em Psicologia*, (19) 1, 1-11.

Azevedo, E. C. (2016) Depressão pós-parto e sintomas psicofuncionais do bebê: estudo de um caso de psicoterapia mãe-bebê em grupo. Dissertação de Mestrado. UFRGS

Benoit, D., Madigan, S., Lecce, S., Shea, B. & Goldberg, S. (2001). Atypical maternal behavior toward feeding-disordered infants before and after intervention. *Infant Mental Health Journal*, (22) 6, 611–626.

Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L. & Easterbrooks, M. A. (2014). Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications. *Developmental Review*. (34) 2, 114-167.

Borsa, J. C. (2007). Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, (2), 310-321.

Bosi, M. L. M. & Machado, M. T. Amamentação-um resgate histórico. (2005). *Cadernos esp - Escola de Saúde Pública do Ceará* ,(1) 1, 14-22.

Bowlby, J. (1969/1984) Apego e perda: Apego - A natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes, vol. 1.

Bowlby, J. (1989). Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego . Porto Alegre: Artes Médicas.

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Dez passos para uma alimentação saudável: Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica (2. ed., 2 reimpressão). Brasília: Ministério da Saúde.

Chatoor, I., Ganiban, J., Colin, V., Plummer, N. & Harmon, R. J. (1998). Attachment and feeding problems: a reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment insecurity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, (37) 11, 1217-1224.

Chatoor, I., Ganiban, J., Hirsch, R., Borman-Spurrell, E. & Mrazek, D. A. (2000). Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, (39) 6, 743-751.

Cramer, B. G. & Palacio-Espasa, F. (1993). Técnicas psicoterápicas mãe/bebê: Estudos clínicos e técnicos. Porto Alegre: Artes Médicas

Drotar, D., Eckerle, D., Satola, J., Pallotta, J. & Wyatt, B. (1990). Maternal interactional behavior with nonorganic failure-to-thrive infants: A case comparison study. *Child abuse & neglect*, (14)1, 41-51.

Feldman, R., Keren, M., Gross-Rozval, O. & Tyano, S. (2004). Mother–Child Touch Patterns in Infant Feeding Disorders: Relation to Maternal, Child, and Environmental Factors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (9), 1089-1097.

Frizzo, G. B., Azevedo, E. A., Rosa, F. S., Donelli, T. M. S., Levandowski, D. C. & Marin, A. H. (*in press*) Avaliação de Sintomas Psicofuncionais em bebês: revisão crítica da literatura sobre o uso do Symptom Checklist. *Revista estudos interdisciplinares em Psicologia*.

Gonçalves, M. J. & Rodrigues, E. (1998). As perturbações alimentares precoces e a sua avaliação. *Análise Psicológica*, 16 (1), 127-138

Gusmão, M. H. (2002). Os transtornos e as dificuldades da alimentação. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, São Paulo , 5 (1), 44-60.

Hagekull, B., Bohlin, G. & Rydell, A. M. (1997). Maternal sensitivity, infant temperament, and the development of early feeding problems. *Infant Mental Health Journal*, (18) 1, 92–106.

Kreisler, L., Fain, M. & Soulé, M. (1981). A criança e seu corpo: psicossomática da primeira infância. Rio de Janeiro: Zahar.

Licata, M., Paulus, M., Kühn-Popp, N., Meinhardt, J. & Sodian, B. (2015). Infant frontal asymmetry predicts child emotional availability. *International Journal of Behavioral Development*, 39 (6), 492-496.

Madeira, I. R. & Aquino, L.A. (2003). Problemas de abordagem difícil: "não come" e "não dorme". *Jornal de Pediatria*, 79 (1), 43-54.

Mazet, P. & Stoleru, S. (1990). Manual de psicopatologia do recém-nascido. Porto Alegre: Artes Médica.

Mentro, A., M., Steward, D., K. & Garvin, B., J.(2002). Infant feeding responsiveness: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 37(2), 208-216

Monte, C. M. G. & Giugliani, E. R. J. (2004). Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, 80 (5), 131-141.

Muller, P. W. (2014). Dificuldades alimentares na primeira infância: uma revisão sistemática. In: *A relação mãe e bebê no contexto das dificuldades alimentares*. Dissertação de Mestrado. Unisinos, São Leopoldo.

Müller, P. W., Marin, A. H. & Donelli, T. M. S. (2015) Olha o aviãozinho! A relação mãe e bebê com dificuldades alimentares. *Aletheia*, (46), jan-abr, 187-201.

Nicholls, D. & Bryant-Waugh, R. (2009). Eating Disorders of Infancy and Childhood: Definition, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child Adolescent Psychiatric Clin North America*, 18, 17-30.

- O'Brien, S., Repp, A. C., Williams, G. E., Edward, R. & Christophersen, E. R. (1991). Pediatric Feeding Disorders. *Behavior Modification*, (15) 3, 394 – 418.
- Piccinini, C. A., Seidl de Moura, M. L., Ribas, A. F. P., Bosa, C. A., Oliveira, E. A., Pinto, E. B., ...Chahon, V. L. (2001). Diferentes Perspectivas na Análise da Interação Pais-Bebê/Criança. *Psicologia: Reflexão e Critica*, (14) 3, 469-485.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E. & Lopes. (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*, set.-dez., 451-457.
- Pinto, E. B. (2007). A análise das interações pais/bebê em abordagem psicodinâmica: Clínica e pesquisa. In Piccinini, C. A. & Moura, M. L. S. (Eds.), *Observando a interação pais-bebê-criança: Diferentes abordagens teóricas e metodológicas* (pp. 37-72). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Robert-Tissot, C., Cramer, B., Stern, D. N., Serpa, S. R., Bachmann, J. P., Palacio-Espasa, F., ...Mendiguren, G. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: report on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, 17(2), 97-114.
- Sanders, M. R., Patel, R. K., Le Grice, B., & Shepherd, R. W. (1993). Children with persistent feeding difficulties: An observational analysis of the feeding interactions of problem and non-problem eaters. *Health Psychology*, 12 (1), 64-73.
- Scalco, M. O. & Donelli, T. M. S. (2014). Os sintomas psicofuncionais e a relação mãe-bebês gêmeos aos nove meses de idade. *Temas em Psicologia*, (22) 1, 55-66.

Seidl de Moura, M. L., Ribas, A. F. P., Seabra, K. C., Pessôa, L. F., Ribas Jr., R. C. & Nogueira, S. E. (2004). Interações Iniciais Mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 295-302.

Seidl de Moura, M. L., Ribas, A. F. P., Seabra, K. C., Pessôa, L. F., Nogueira, S. E., Mendes, D. M. L. F., ...Vicente, C. C. (2008). Interações Mãe-Bebê de Um e Cinco Meses: Aspectos Afetivos, Complexidade e Sistemas Parentais Predominantes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 66-73.

Silva, R. S. & Mariza, C. P. (2016). A importância da interação mãe-bebê. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, (20) 2, 73-78.

Stack, D. M., Serbin, L. A., Girouard, N., Enns, L. N., Bentley, V. M. N., Ledingham, J.E. & Schwartzman, A. E. (2012). The quality of the mother-child relationship in high-risk dyads: Application of the Emotional Availability Scales in an intergenerational, longitudinal study. *Development and Psychopathology*, (24) 1, 93-105.

Tissot, H., Scaiola, C. L., Frascarolo, F., Despland, J. N., Stiefel, F., & Favez, N. (2013). Family alliance as a moderator of the link between maternal postpartum depression and child symptoms assessed by both parents. *Journal of Family Issues*, 20 (10), 1-23.

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

Wolke, D., Skuse, D. & Mathisen, B. (1990). Behavioral style in failure-to-thrive infants: a preliminary communication. *Journal of Pediatric Psychology*, 15(2), 37-254.

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

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA:

Título da Pesquisa: Depressão pós-parto: Prevalência, antecedentes e intervenção
Pesquisador: Giana Bitencourt Frizzo

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Versão: 2

CAAE: 14094213.5.1001.5334

DADOS DO PARECER:

Número do Parecer: 292.683

Data da Relatoria:

03/06/2013

APRESENTAÇÃO DO PROJETO: O projeto consta de dois Estudos. O Estudo I buscará investigar a prevalência e os antecedentes da depressão pós-parto em mães com bebês até um ano de idade. Quando houver diagnóstico de depressão pós-parto materna, as famílias serão convidadas a participar do Estudo II que consiste em um tratamento psicoterápico pais-bebê em grupo. Será utilizado um delineamento com pré-teste e pós-teste (Robson, 1995) para investigar o impacto da psicoterapia nos fatores de risco interpessoais associados ao desenvolvimento da depressão pós-parto. Participarão do primeiro estudo 100 famílias que tenham o primeiro filho com idade até doze meses e que sejam residentes em Porto Alegre ou região metropolitana, de diferentes níveis socioeconômicos. As mães deverão ser primíparas e o casal deve estar coabitando pelo menos desde a gestação da esposa. Os bebês deverão ser saudáveis, nascidos a termo e com até um ano de idade. As famílias serão recrutadas em hospitais, postos de saúde ou por indicação de outros profissionais da área da saúde. No estudo I serão realizadas entrevistas individuais e a aplicação de diversos

instrumentos psicológicos para identificar a depressão e outros aspectos da relação mãe-bebê. No estudo II, serão realizados de 6 a 10 encontros grupais com mães e bebês. As observações, a psicoterapia em grupo e o acompanhamento do desenvolvimento do bebê serão gravados em áudio e vídeo.

Objetivo da Pesquisa:

1. Investigar a prevalência e os antecedentes de depressão pós-parto em famílias que tenham o primeiro filho com até um ano de idade;
2. Investigar o impacto de uma psicoterapia pais-bebê para as famílias em que a mãe apresenta diagnóstico de depressão pós-parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos da pesquisa, os instrumentos utilizados não possuem potencial ansiogênico significativo para causar algum tipo de prejuízo. Caso seja identificada qualquer situação de sofrimento psíquico intenso ou indícios de psicopatologia grave na mãe, ou a identificação da existência de risco para o bebê, serão feitos os encaminhamentos necessários para a rede de assistência à saúde e assistência social dos municípios de residência dos participantes, ou para os serviços-escola das universidades envolvidas. Com relação aos benefícios da pesquisa, no Estudo I, consiste em poder conversar com profissionais da Psicologia sobre a experiência da parentalidade. Nas famílias em que a mãe apresentar suspeita de depressão, será oferecida uma intervenção em grupo mãe-bebê que visa ao alívio dos sintomas e uma melhora na relação mãe-bebê (Estudo II).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto que propõe o diagnóstico e o tratamento da depressão pós-parto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os TCLE dos Estudos I e II estão redigidos de forma clara, com linguagem acessível e apresentando as informações necessárias sobre o desenvolvimento da pesquisa.

Recomendações:

Considera-se o projeto bem qualificado do ponto de vista teórico e metodológico, atendendo aos aspectos éticos em pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de projeto que propõe o diagnóstico e o tratamento da depressão pós-parto. Considera-se o projeto bem qualificado do ponto de vista teórico e metodológico, atendendo aos aspectos da ética em pesquisa.

Situação do Parecer: APROVADO

Necessita Apreciação da CONEP: Não.

Considerações Finais a critério do CEP:

Trata-se de projeto que propõe o diagnóstico e o tratamento da depressão pós-parto. Considera-se o projeto bem qualificado do ponto de vista teórico e metodológico, atendendo aos aspectos da ética em pesquisa.

PORTO ALEGRE, 04 de Junho de 2013

JUSSARA MARIA ROSA MENDES

(Coordenador)

ANEXO B

1

OBS: Antes de a entrevista ser iniciada, mencionar na gravação: 1) Nome do entrevistado; 2) Nome do entrevistador; 3) Data da entrevista; 4) Instrumento utilizado.

Participante: _____ Data: __/__/__
Caso: _____ Entrevistador(a): _____

INVENTÁRIO DE SINTOMAS - "SYMPTOM CHECK-LIST"

(Robert Tissot et al., 1989)

Avaliação dos Distúrbios Psicofuncionais da Primeira Infância¹

SONO

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

1	2	3	4	5
Com variação de menos de 15min		Com variação de menos de uma hora		Com variação de mais de uma hora

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

1	2	3	4	5
Todas as noites ou quase todas		Noite sim, noite não		Nunca ou raramente

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

1	2	3	4	5
Quase que imediatamente	Em menos de 15 minutos aproximadamente	Em menos de 30 minutos aproximadamente	Em menos de uma hora aproximadamente	Em mais de uma hora aproximadamente

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

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

() Sim () Não. (Ele(a) dorme: no colo, na cama dos pais, no carro etc..)

3. (Se a criança tem dificuldades para dormir) Por que 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?

¹Tradução da Prof.ª Dr.ª Elizabeth Batista Pinto (Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo). Revisada pela Prof.ª Dr.ª Jaqueline Wendland (Universidade de Paris V, Laboratório de Psicopatologia e Neuropsicológica Clínica). Versão modificada F-3.95. Utilização autorizada por tradutora e revisora.

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

1	2	3	4	5
Todas as noites ou quase todas		Noite sim, noite não		Nunca ou raramente

(Se a criança não manifesta medos, passar para a questão 6.)

5. a) Você tem alguma ideia 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	2	3	4	5
Todas as noites ou quase todas		Noite sim, noite não		Nunca ou raramente

(Se a criança não teve pesadelos, passar para a questão 7.)

6. a) Como aconteceu?

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

1	2	3	4	5
Todas as noites ou quase todas		Noite sim, noite não		Nunca ou raramente

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

9. Os pais costumam ter alguns "truques" para fazerem seu(sua) filho(a) voltar a dormir, como por ex. 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 a mãe não faz nunca)

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| () Dar chupeta | () Levar para a cama dos pais |
| () Embalar | () Falar em um tom bravo |
| () Murmurar gentilmente | () Brincar |
| () Dar mamadeira/ seio | () Bater |
| () Cantar | () Acariciar |
| () Não fazer nada e esperar | () 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?

1	2	3	4	5
Todas as noites ou quase todas		Noite sim, noite não		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?

1	2	3	4	5
Quase que imediatamente	Em menos de 15 minutos, aproximadamente	Em menos de 30 minutos, aproximadamente	Em menos de 1 hora, aproximadamente	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)?

1	2	3	4	5
Todas os dias ou quase todos		Dia sim, dia não		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?

QUESTÃO PARA O AVALIADOR:

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

Variações dentro da normalidade	Tensões importantes, com certa desarmonia na regulação da atividade	Sistema claramente disfuncional
---------------------------------	---	---------------------------------

13. Seu(sua) filho(a) fez “soninho” durante o dia no último mês?

EM CASA	1	2	3	4	5
Todos os dias			Dia sim, dia não		Nunca ou raramente

NA CRECHE / NO BERÇÁRIO	1	2	3	4	5
Todos os dias			Dia sim, dia não		Nunca ou raramente

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

EM CASA	1	2	3	4	5
Aproximadamente meia hora			Menos de uma hora		Mais de uma hora
NA CRECHE / NO BERÇÁRIO	1	2	3	4	5
Aproximadamente meia hora			Menos de uma hora		Mais de uma hora

21. A duração aproximada da refeição principal é de: (caso a criança apenas tome leite, considerar a refeição principal como aquela em que a criança tem mais fome)

05 a 30 minutos	30 a 60 minutos	Menos de 05 ou mais de 60 min

22. 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

Frequentemente	Às vezes	Nunca

23. 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	Para que não fique incomodado(a)	Como recompensa	Como brincadeira	Outros. Descreva: _____

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

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

Ele(a) grita vigorosamente, bate os pés, fica bravo(a)	Ele(a) chora com insistência	Ele(a) chora um pouco	Ele chama e resmunga	Ele(a) não faz nada	Ele(a) diz que tem fome

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

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

Segurando sua mamadeira	Bebendo na xícara ou no copo	Levando a colher cheia à boca	Comendo sozinho com uma colher	Comendo com as mãos

28. Algumas crianças têm um ritual para comer, por ex., "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.

29. Este ritual para comer ocorre:

Em todas as refeições, senão a criança não come	Apenas na refeição principal	De tempos em tempos, como brincadeira

30. Seu(sua) filho(a) come de tudo? () Sim () Não

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

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

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

32. a) Como ele(a) reagiu? Para cada uma das alternativas, escolha uma das reações e circule:

	Ele(a) engole tudo sem reclamar	Na primeira vez, ele(a) faz caretas, cospe, mais após algumas tentativas, ele(a) se acostuma	Mesmo após muitas tentativas, ele(a) continua a recusar a maior parte dos novos alimentos
À passagem do seio para a mamadeira	1	2	3
Ao primeiro alimento líquido (suco de laranja)	1	2	3
Ao primeiro alimento sólido (sopa)	1	2	3
Aos alimentos sólidos não conhecidos (legumes, carnes)	1	2	3

33. Seu(sua) filho(a) se recusa comer? () Sim () Não

33. a) RECUSA A LÍQUIDOS

1	2	3	4	5
Em todas as refeições ou quase todas		Refeição sim, refeição não		Nunca ou raramente

33. b) RECUSA A SÓLIDOS

1	2	3	4	5
Em todas as refeições ou quase todas		Refeição sim, refeição não		Nunca ou raramente

34. a) Você insiste para que ele(a) termine sua mamadeira ou sua refeição? () Sim () Não

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Faço muitas pausas durante a refeição | <input type="checkbox"/> Deixo-o(a) só em sua cadeira com o prato até que tenha terminado |
| <input type="checkbox"/> Tento distraí-lo(a) e alimentá-lo(a) brincando | <input type="checkbox"/> Repreendo-o(a) severamente |
| <input type="checkbox"/> Forço-o(a) de tempos em tempos a abrir a boca | <input type="checkbox"/> Prometo-lhe uma pequena recompensa |
| <input type="checkbox"/> Pego(a) de surpresa | <input type="checkbox"/> Aviso(a) que será punido(a) |
| <input type="checkbox"/> Peço a uma outra pessoa (pai, irmão, irmã, etc...) para alimentá-lo(a) | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

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

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

Um momento agradável	Um momento difícil	Um momento como outros

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

QUESTÃO PARA O AVALIADOR:

35*. Avaliação do sistema mãe-criança com relação à alimentação (complete com base nas respostas às questões 19, 21, 28, 33, 34 e 35) +29 (sugestão da tradutora)

Variações dentro da normalidade	Tensões importantes, com certa desarmonia na regulação da atividade	Sistema claramente disfuncional

36. Seu(sua) filho(a) coloca "coisas" (não comestíveis) na boca?² Não Sim. Quais? _____

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

1	2	3	4	5
Todas as refeições ou quase todas		Refeição sim, outra não		Nunca ou raramente

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

1	2	3	4	5
Todas as refeições ou quase todas		Refeição sim, outra não		Nunca ou raramente

² O questionário original passa desta questão para a de número 44.

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

No caso de distúrbios alimentares³:

- Há quanto tempo seu filho(a) tem problemas alimentares?
- Como os problemas alimentares começaram?
- Estes problemas são maiores em determinados dias da semana?

Com relação a estas dificuldades, você considera que o pai da criança lhe dá apoio?⁴

1	2	3	4	5
Suficiente		Mais ou menos		Não suficiente

Informações gerais

47. Peso ao nascimento: _____ kg

48. Peso atual: _____ kg

49. Estatura ao nascimento: _____ cm

50. Estatura atual: _____

51. O peso é verificado regularmente⁵? () Sim () Não

52. A criança tem problemas de peso? () Sim () Não

53. A progressão da estatura é regular?() Sim () Não

DIGESTÃO

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

1	2	3	4	5
Todas as refeições ou quase todas		Refeição sim, outra não		Nunca ou raramente

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

1	2	3	4	5
Todas as refeições ou quase todas		Refeição sim, outra não		Nunca ou raramente

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

1	2	3	4	5
Muito	Frequentemente	De tempos em tempos	Raramente	Nunca ou quase nunca

³ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras.

⁴ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras.

⁵ No original, a questão se refere à regularidade do ganho de peso, e não à regularidade da verificação do peso.

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

1	2	3	4	5
Muito	Frequentemente	De tempos em tempos	Raramente	Nunca ou quase nunca

58. As diarreias de seu(sua) filho(a) duram, em geral...

UM dia	2 - 3 dias	Uma semana ou mais

RESPIRAÇÃO

59. Seu(sua) filho(a) tem asma/problemas respiratórios? (se NÃO, passar para questão 63)

1	2	3	4	5
Frequentemente		De tempos em tempos		Nunca ou quase nunca

- Qual o problema respiratório que seu(sua) filho(a) tem⁶? () asma () bronquite () otite () faringite () laringite () sinusite () rinite

- Desde quando ele tem esse problema?

- É necessário dar remédio (antibiótico ou outro)?⁷

60. Estas crises de asma/problemas respiratórios são:

1	2	3	4	5
Muito intensas		De intensidade média		Pouco intensas

61. Descreva o que ocorre quando ele(a) tem crise de asma/problemas respiratórios.

62. As crises de asma/problemas respiratórios dele(a) terminam geralmente por:

Tratamento hospitalar	Tratamento médico em casa	Outro tratamento em casa	Sem tratamento

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

1	2	3	4	5
Frequentemente		De tempos em tempos		Nunca ou quase nunca

PELE

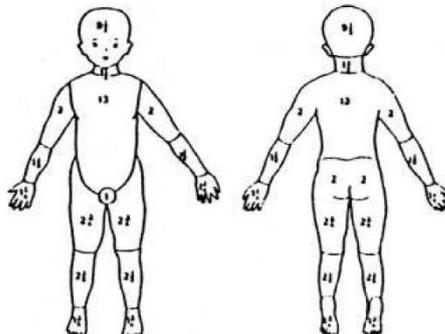
64. Seu(sua) filho(a) tem eczema/doença de pele? () Sim

() Não (se NÃO, passar para questão 69)

⁶ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras

⁷ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras

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



66. Qual é a duração das crises de eczema/problemas de pele?

1	2	3	4	5
1-2 dias		Aproximadamente uma semana.		Crônica

67. Qual é a intensidade das crises de eczema/problemas de pele?

1	2	3	4	5
Forte		Média		Fraca

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

1	2	3	4	5
Sem medicamento		Medicamento simples		Cortisona, antibiótico

ALERGIAS

69. Seu(sua) filho(a) tem alergias? () Sim () Não (se NÃO, passar para questão 70)

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

69. a) Alimentos

1	2	3	4	5
Forte		Média		Leve

69. b) Respiratória

1	2	3	4	5
Forte		Média		Leve

69. c) Cutânea/de pele

1	2	3	4	5
Forte		Média		Leve

69.d) Outras: _____

1	2	3	4	5
Forte		Média		Leve

RECORRÊNCIA A SERVIÇOS MÉDICOS70. Quantas vezes ao longo do último mês você consultou um médico pelas razões? E que tipo de tratamento foi necessário?

	Número de Consultas	Tratamento sem medicação	Tratamento com medicação	Hospitalização	Regime alimentar	Outro
Sono						
Alimentação						
Digestão						
Asma						
Pele						
Alergias						
Controle de rotina						
Acidentes						
Doenças benignas						
Doenças sem diagnóstico						

COMPORTAMENTO71. Nas últimas quatro semanas, seu(sua) filho(a) teve crises de raiva? (se **NÃO**, passar para questão 73)

71. a) Frequência

1	2	3	4	5
Muito	Frequentemente	De tempos em tempos	Raramente	Nunca ou quase nunca

71. b) Intensidade

1	2	3	4	5
Forte		Média		Fraca

72. Em quais circunstâncias se manifestaram as crises de raiva?

73. Seu(sua) filho(a) tem certas atitudes que a preocupam (por ex., balançar o corpo, bater a cabeça)? Descreva esses comportamentos. (se **NÃO**, passar para questão 75)

74. Ao longo das últimas quatro semanas seu(sua) filho(a) apresentou estas atitudes?

74. a) Frequência

1	2	3	4	5
Muito	Frequentemente	De tempos em tempos	Raramente	Nunca ou quase nunca

74. b) Intensidade

1	2	3	4	5
Forte		Média		Leve

75. Nas últimas quatro semanas, seu(sua) filho(a) apresentou comportamentos de oposição e/ou de negativismo? (se NÃO, passar para questão 76)

75. a) Frequência

1	2	3	4	5
Muito	Frequentemente	De tempos em tempos	Raramente	Nunca ou quase nunca

75. b) Intensidade

1	2	3	4	5
Forte		Média		Leve

76. Nas últimas quatro semanas seu(sua) filho(a) apresentou comportamento agressivo?

- Com você ou a sua família?

- Com outras crianças?

76. a) Frequência

1	2	3	4	5
Muito	Frequentemente	De tempos em tempos	Raramente	Nunca ou quase nunca

76. b) Intensidade

1	2	3	4	5
Forte		Média		Leve

No caso de distúrbios de comportamento:⁸

- 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?

⁸ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras.

Com relação a estas dificuldades, você considera que o pai da criança lhe dá apoio?⁹

1	2	3	4	5
Suficiente		Mais ou menos		Insuficiente

MEDOS/TIMIDEZ

77. Seu(sua) filho(a) tem medos? (se NÃO, passar para questão 80)

Do escuro	De certos animais	De máquinas	De barulhos súbitos	De pessoas estranhas	De situações novas	Outro. Descreva: _____

77. a) Frequência

1	2	3	4	5
Muito	Frequentemente	De tempos em tempos	Raramente	Nunca ou quase nunca

77. b) Intensidade

1	2	3	4	5
Forte		Média		Fraca

78. Para cada resposta alternativa à questão 77, indique quando apareceu este medo, como ele se manifestou e o que você fez na situação.

78. a) Quando?

Manifestação? _____

Intervenção? _____

78. b) Quando?

Manifestação? _____

Intervenção? _____

78. c) Quando?

Manifestação? _____

Intervenção? _____

QUESTÃO PARA O AVALIADOR:

79. Fobia com evitação sistemática da situação? (Avaliação a partir das respostas à questão 77) () Sim () Não

80. Nas quatro últimas semanas seu(sua) filho(a) teve episódios de timidez ou de recusa ao contato? (se NÃO, passar para questão 81)

80. a) Frequência

1	2	3	4	5
Muito	Frequentemente	De tempos em tempos	Raramente	Nunca ou quase nunca

⁹ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras.

80. b) Intensidade

1	2	3	4	5
Forte		Média		Fraca

SEPARAÇÃO

81. Nas últimas semanas seu(sua) filho(a) teve dificuldades de separação? (Especifique as circunstâncias e a época da aparição) (se NÃO, passar para questão 82)

81. a) Frequência

1	2	3	4	5
Muito	Frequentemente	De tempos em tempos	Raramente	Nunca ou quase nunca

81. b) Intensidade

1	2	3	4	5
Forte		Média		Fraca

Com relação a estas dificuldades, você considera que o pai da criança lhe dá apoio?¹⁰

1	2	3	4	5
Suficiente		Mais ou menos		Insuficiente

MUDANÇAS

82a. 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) e/ou seus horários (por ex.: horário de sono, de alimentação)?

1	2	3	4	5
Numerosas mudanças		Algumas mudanças		Nenhuma mudança

82. Durante o último mês, houve alguma mudança de pessoas que se encarregam regularmente das seguintes atividades do seu filho? (Em caso de mudança, ponha um X na coluna correspondente)

	Mudanças	Observações
Dar o café da manhã		
Dar o almoço		
Dar o lanche		
Dar a janta		
Colocar na cama		
Acordar e tirar da cama		
Ver quando acorda		
Dar banho		
Vestir		
Despir		
Ler contos		
Brincar		
Passear		

¹⁰ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras.

83. Durante o último mês, houve mudança de horário para as atividades seguintes? (Em caso de mudança, ponha um X na coluna correspondente)

	Mudanças	Observações
Hora do café da manhã		
Hora do almoço		
Hora do lanche		
Hora da janta		
Hora de dormir		
Hora de acordar		
Hora do banho		
Hora da soneca		
Hora da brincadeira		
Hora do passeio		

84. Durante o último mês, houve mudança no ambiente da criança nas seguintes situações? (Em caso de mudança, ponha um X na coluna correspondente)

	Mudanças	Observações
A cama onde a criança dorme		
O quarto onde a criança dorme		
A cama ou o quarto onde faz a soneca		
O cômodo onde brinca		
O cômodo onde é trocado		
A casa onde vive		
O cômodo onde come		
O lugar das brincadeiras fora de casa		
As pessoas que vivem na mesma casa		

APOIO SOCIAL¹¹

85. 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 frequentemente
a) O pai da criança/seu cônjuge	1	2	3	4	5
b) A sua família	1	2	3	4	5
c) Os seus amigos	1	2	3	4	5
d) Outros (especifique)	1	2	3	4	5

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

1	2	3	4	5
Suficiente		Mais ou menos		Não suficiente

EVENTOS ESTRESSANTES¹²

86. 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. Descreva: _____
------------------	----------------------	-----------------------	--------------	-------	-------------------------	----------------------	------------------------

¹¹ Todas as questões desse bloco foram acrescentadas pela tradutora.

¹² Todas as questões desse bloco foram acrescentadas pela tradutora.

REPERCUSSÕES¹³

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

NA VIDA DO CASAL

1	2	3	4	5
Forte		Média		Fraca

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

NA VIDA FAMILIAR

1	2	3	4	5
Forte		Média		Fraca

¹³ Todas as questões desse bloco foram acrescentadas pela tradutora.

ANEXO C

A ANÁLISE DAS INTERAÇÕES PAIS/BEBÊ EM ABORDAGEM PSICODINÂMICA 71

Procedimento de Avaliação da Interação *Interactional Assessment Procedure – IAP* E. Batista Pinto, 2005

Nome do Examinador: _____

Data do IAP: _____

Nome da criança: _____

Idade: _____

Data de Nascimento: _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Interação observada com: Mãe () Pai () Outro adulto ()

Observações sobre o processo de registro em vídeo:

Avaliação: Comportamento do adulto:

1. Sensibilidade

1	3	5	7	9
Inexistente	Fraca	Inconsistente	Boa	Excelente

2. Estruturação

1	3	5
Inadequada	Inconsistente	Excelente

3. Não-intrusividade

1	5	3
Intrusivo	Parcialmente intrusivo	Não intrusivo

4. Não-hostilidade

1	3	5
Hostil	Encoberta	Não hostil

Avaliação: Comportamentos da criança:

1. Responsividade

1	3	5	7
Inexistente	Fraca	Moderada	Excelente

2. Envolvimento

1	3	5	7
Inexistente	Fraco	Moderado	Excelente

Análise descritiva do processo:

