Mariângela Mendes de Almeida

ASPECTOS EMOCIONAIS PRESENTES NAS DIFICULDADES ALIMENTARES INICIAIS: COMPREENSÃO E INTERVENÇÃO NAS RELAÇÕES PAIS-BEBÊ EM CONTEXTO PEDIÁTRICO

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de Doutor em Ciências

São Paulo

2018

Mariângela Mendes de Almeida

ASPECTOS EMOCIONAIS PRESENTES NAS DIFICULDADES ALIMENTARES INICIAIS: COMPREENSÃO E INTERVENÇÃO NAS RELAÇÕES PAIS-BEBÊ EM CONTEXTO PEDIÁTRICO

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de Doutor em Ciências

Orientador : Prof. Dr. Dirceu Solé
Co-orientadores:
Prof. Dr. Rudolf Wechsler e
Profª. Dra. Fabíola Isabel Suano de Souza

São Paulo
2018

Mendes de Almeida, Mariângela

Aspectos emocionais presentes nas dificuldades alimentares iniciais: compreensão e intervenção nas relações pais-bebês em contexto pediátrico / Mariângela Mendes de Almeida – São Paulo, 2018.

xii, 135 fs.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria.

Título em inglês: Emotional aspects involved in initial feeding difficulties: understanding and intervention within parents-infant relationships in the paediatric context

1. Ingestão de Alimentos. 2. Relações Pais-Filho. 3. Desenvolvimento Infantil. 4. Psicanálise. 5. Saúde Mental. 6. Criança.

Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina

Departamento de Pediatria

Chefe do Departamento:

Profa. Dra. Ana Lúcia Goulart

Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria:

Prof. Dr. Dirceu Solé

Mariângela Mendes de Almeida

ASPECTOS EMOCIONAIS PRESENTES NAS DIFICULDADES ALIMENTARES INICIAIS: COMPREENSÃO E INTERVENÇÃO NAS RELAÇÕES PAIS-BEBÊ EM CONTEXTO PEDIÁTRICO

Banca Examinadora:

Presidente:

Prof. Dr. Dirceu Solé

Membros titulares:

Profa. Dra. Lígia de Fátima Nóbrega Reato

Profa. Dra. Marina Ramalho Miranda

Profa. Dra. Rosa Miranda Resegue

Profa. Dra. Sylvia Helena de Souza Batista

Membros suplentes:

Profa. Dra. Maria Wany Louzada Strufaldi

Profa. Dra. Maria Cecília Pereira da Silva

Dedico este trabalho

a meus pais, Lourdes e Carlos Ângelo, de quem sempre recebi alimentos para crescer com a vida e gostar de aprender.

a Ciça, Lúcia e Marcos, com quem aprendi desde bebê, que a melhor maneira de ser singular é participando de um bom grupo de irmãos parceiros, garantia de replicabilidade de boas companhias pela vida afora.

ao meu companheiro Carlos Eduardo, pelo longo percurso de acompanhamento afetivo e paciência com minhas altas horas de dedicação ao trabalho.

a Lella, com orgulho por seu caminho e por seu apetite transgeracional pelas conquistas pelo mundo.

ao Pedro, pelas conversas, desde pequeno, sobre Psicologia e interesse pelos meus caminhos.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Rudolf Wechsler, pelo inestimável apoio no trabalho cotidiano, sensível co-orientação e parceria incansável em cada momento desta empreitada.

À Prof. Dra. Fabíola Suano de Souza, ajuda iluminada e muito bem vinda na (co) orientação, que colaborou de maneira muito ágil para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Dirceu Solé, pela compreensão e confiança na possibilidade desta realização.

Ao Prof. Dr. José Augusto Carrazedo Taddei, pelo entuasiasmo com a colaboração psicanalítica e participação decisiva na primeira fase deste projeto.

À Dra. Mary Lise Moisés Silveira e Anne Lise Scapaticci, gentis responsáveis por minha chegada ao Setor de Saúde Mental, a partir da qual venho colhendo e compartilhando muitos frutos,

Aos colegas do Núcleo de atendimento a pais e bebês e do Setor de Saúde Mental, em especial àquelas companheiras “de berço” Silvia Marah e Solange Araújo. Também a Carla Cândido pela intervenção em discussões conceituais para direcionamento da pesquisa. À ex parceira inspiradora Ida Bechelli e à parceria pediátrica atual sempre presente Cecília Tomizuka. Destaque de reconhecimento emocionado às que estão presentes como avaliadoras independentes neste doutorado: queridas sempre disponíveis Rayssa, Silvana, Fernanda e à sensível pediatra Mariana. A todos, e verdadeiramente, no singular, a cada um, psicólogos, especializandos, médicos e residentes em pediatria, que muito contribuem no dia a dia para vitalizar e atualizar nossas trocas em busca de uma genuína interface profissional.

À Prof. Dra. Maria Wany Louzada Strufaldi, pelo apoio pessoal e da Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária em nosso trabalho com os bebês e seus pais.

À Prof. Dra. Ruth Guinsburg, Alexandra Giorge, Veridiana Chimirri, Rayssa Nassif e profissionais da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital São Paulo-UNIFESP, pela oportunidade de acompanhar o trabalho com pais e bebês em momentos tão delicados de desafios aos vínculos.

À Prof. Dra. Ana Lúcia Goulart e à psicóloga Rosane Casseb pelo apoio e participação em projeto piloto relacionado aos primórdios deste trabalho na Casinha dos Prematuros.

Aos grupos de pertinência clínica e acadêmica, que ao longo destes anos vem me ajudado a cultivar o gosto pela investigação e pelo debate clínico, na intensa convivência

com colegas e coordenadores realmente admiráveis: Grupo Prisma, Grupo da Clínica 0 a 3, Grupo de transtornos autísticos da SBPSP, grupo de Intervenção na relação pais-bebês do Instituto Sedes Sapientiae, e grupo de Teoria da Técnica em Psicanálise de Crianças.

Às bebelólogas Maria Cecília Pereira da Silva e Magaly Miranda Marconato Callia (in memorian, saudosamente), sempre juntas na abertura de caminhos e no amor pela Intervenção junto a pais e bebês. Magaly, mágica maga, mega amiga, deve estar agora junto com o querido mestre dos pais e bebês Victor Guerra, torcendo por nós aqui. Também torço por eles e esse trabalho também os homenageia. Gratidão à presença pioneira de Marisa Mélega no olhar para os bebês em meu percurso e ao grupo de bebelólogas ampliado pela batuta de Marie Christine Laznik, tecendo redes de afeto e trabalho pelo Brasil.

Aos psicólogos Teo Weingrill Araújo, Alcione Aparecida Messa e Cristiane da Silva Geraldo Folino, cujas dedicadas produções acadêmicas de temáticas correlatas foram importantes bases para a estruturação deste trabalho.

Aos profissionais de referência para o trabalho de mestrado que deu origem a este projeto de continuidade, Susan Reid, Maria Rhode, Gianna Williams, Anne Alvarez e Jeanne Magagna, com gratidão pela continuidade de presença viva em minha clínica e ideais de investigação. À Jeanne, pela disponibilidade para trocas atualizadas no assunto do Doutorado e conversas itinerantes sobre as interfaces com outras disciplinas.

Aos analistas Maria Lúcia Lorenzzo Rivera, Phillip Crockatt e Izelinda Barros, pelo alimento psíquico e constante referência de bem cuidar.

Aos pais e bebês que acompanho e tem me acompanhado, pela sincera disponibilidade ao compartilhar nossas vidas.

Retornando às origens, de novo agradeço a ajuda da família, principalmente Ciça, com a tecnologia, tabelas e senso de realidade, e também a leitura cuidadosa e atenta ao texto que minha mãe, além dos orientadores e colegas profissionais, se dispôs, a meu pedido, a fazer em tempo recorde (coisa que só as mães fazem!), mesmo insistindo em dizer que não era da sua área... Se é que alguém pode dizer não ser da área quando se trata dos bebês que todos nós fomos...

RESUMO

Objetivo: Este trabalho investiga os aspectos emocionais envolvidos nas dificuldades alimentares nos três primeiros anos de vida, de forma a apresentar subsídios conceituais e mediações práticas, que possam fortalecer uma efetiva interface entre pediatras e psicólogos no atendimento a pais e crianças em seus primeiros impasses. **Recursos metodológicos:** Em estudo retrospectivo, a partir de uma perspectiva clínico-qualitativa, busca-se aprofundar, com referenciais psicodinâmicos psicanalíticos, a compreensão dos aspectos emocionais presentes nas queixas alimentares em dois contextos: a) análise de descrições parentais acerca de seus bebês de zero a dezoito meses e de suas dificuldades alimentares, a partir de três questões respondidas em triagem no Núcleo de atendimento a pais-bebês do Setor de Saúde Mental da Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária do Departamento de Pediatria da EPM-Unifesp e b) análise de material de grupo de atendimento a pais-bebês e crianças de zero a três anos e onze meses, no mesmo serviço, em cinco vinhetas temáticas filmadas e transcritas, sobre a questão das dificuldades na alimentação. Transferidos para tabelas de pré-análise, os materiais foram então organizados em grupos temáticos e categorias, seguindo o recurso metodológico de análise de conteúdo. **Resultados:** As categorias emergentes configuraram-se como: A) Ansiedades parentais B) Recursos de proteção para lidar com as ansiedades (expressões parentais e expressões no bebê) e C) Modos de relação alimentar (expressões no relato parental, expressões do bebê a partir das descrições dos pais e expressões nas interações observadas). Sugere-se que o atendimento em contexto pediátrico contemple a compreensão destas categorias, oferecendo-se como espaço de "processamento" do que possa estar interferindo na saúde das relações alimentares. **Considerações Finais:** A partir do estudo, fundamenta-se a necessidade de acolhimento empático para receber comunicações de vários níveis, tanto em Pediatria quanto em Psicologia. Nestas parcerias, crescem também com mais saúde nossos campos de trabalho clínico, ensino e pesquisa, alimentados pelo diálogo e trocas recíprocas proporcionadas por esta interface.
Palavras-chave: Ingestão de Alimentos; Relações Pais-Filho; Desenvolvimento Infantil; Psicanálise; Saúde Mental e Criança.

ABSTRACT

Aim: This paper investigates the emotional aspects involved within early feeding difficulties in the first three years of life, in order to present conceptual elements and practical mediations, which can strengthen an effective interface between pediatricians and psychologists working with parents and children in their first challenges. **Methodological resources:** In a retrospective study, from a clinical-qualitative perspective, this paper seeks to deepen, with a psychoanalytical psychodynamic framework, the understanding of emotional aspects involved in early feeding difficulties within two contexts: a) analysis of parental descriptions about their babies from zero to eighteen months and their eating difficulties, from three questions answered in the intake sessions to parents-babies within the Mental Health Division of the Discipline of General and Community Pediatrics, Department of Pediatrics of EPM-UNIFESP and b) analysis of group material of parents/babies and children from zero to three years and eleven months, in the same service, in five thematic vignettes filmed and transcribed, on the issue of feeding difficulties. Transferred to tables for pre analysis, the material was then organized into thematic groups and categories, following the methodological resource of content analysis. **Findings:** The emerging categories have been set up as: A) parental anxieties B) protection resources to deal with anxieties (parental expressions and expressions in the baby) and C) Modes of feeding relationships (expressions in parental reports, baby expressions from parental descriptions and expressions in observed interactions). It is suggested that paediatric attention should address the understanding of these categories, offering space to "process" what might be interfering in healthy feeding relationships. **Final considerations:** The study shows the need for empathic containment to receive communications from various levels, both in pediatrics and in psychology. In this partnership, our fields of clinical work, teaching and research are favored to grow, fed by the dialogue and reciprocal exchanges provided by this interface.

Key words: Food intake; Parent-infant relationship; Child development; Psychoanalysis; Child Mental Health.

SUMÁRIO

RESUMO……. ix

ABSTRACT…… x

1. **INTRODUÇÃO**…… 13
2. **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**…….. 17
3. **JUSTIFICATIVA**…… 28

3.1 Hipótese ……. 30

4. **OBJETIVOS**…… 31

4.1 Objetivo Geral ……. 31

4.2 Objetivos Específicos……. 31

5. **RECURSOS METODOLÓGICOS**…… 32

5.1 A perspectiva clínico-qualitativa…… 32

5.2 Caracterização do serviço em que se desenvolveu a investigação..... 34

5.3 Participantes: Recortes considerados..... 37

5.4 Instrumentos..... 38

5.4.1 Descrições parentais**:** Recorte em questionário semiestruturado para avaliação da representação parental acerca das dificuldades alimentares infantis..... 38

5.4.2 Vinhetas temáticas filmadas e transcritas de Grupo de atendimento a pais e bebes/crianças pequenas relacionadas às dificuldades alimentares infantis..... 41

5.5 Análise de conteúdo dos dados na perspectiva clínico-qualitativa..... 42

5.5.1 Pré-análise: etapa das leituras flutuantes, correlato da atenção flutuante psicanalítica..... **45**

5.5.2 Exploração do material: processo de categorização.

Nosso correlato psicanalítico: formação de redes de sentidos..... **47**

5.5.2.1 Análise de conteúdo das respostas quanto à representação parental acerca das dificuldades alimentares infantis..... **49**

5.5.2.2 Análise de conteúdo das vinhetas filmadas do grupo pais-bebês relacionadas às dificuldades alimentares infantis..... **53**

6. CASO CLÍNICO..... **58**

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da rede de sentidos aos fatos selecionados..... **67**

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... **78**

9. ANEXOS..... **81**

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... **128**

1. INTRODUÇÃO

As dificuldades alimentares têm se tornado cada vez mais frequentes em nosso meio e atingem crianças cada vez mais jovens. Tal situação leva a prejuízo da qualidade de vida da família e aumenta o risco de inadequações nutricionais como desnutrição, carência de micronutrientes e obesidade (Vieira, Fisberg e cols., 2017), além de se relacionarem também a consequências tardias como hipertensão, diabetes, acidentes vasculares cerebrais, problemas cardíacos e doenças metabólicas (Ong e Guest, 2018).

Segundo estudos recentes, os primeiros 1000 dias de vida de um indivíduo (a gestação e os dois primeiros anos de vida) são decisivos para a promoção da saúde e prevenção de doenças em curto e longo prazo. Trata-se de uma fase de modificações intensas no crescimento, desenvolvimento e relação pais-bebê. A alimentação da criança, durante essa fase, é dinâmica e determinante para que sua trajetória se construa de forma harmônica.

O aleitamento materno, segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Pediatria, deve acontecer de forma exclusiva até os seis meses de vida e com outros alimentos até dois anos ou mais. (Pedroso e Puccini, 2013). A alimentação complementar é uma fase de transição, que vai dos 6 aos 9 meses de vida, na qual os alimentos são oferecidos com facilitação de consistência até o momento em que a criança é inserida na alimentação da família por volta dos 10 aos 12 meses. (Oliveira, Kobinger e col., 2013). Todas essas etapas são períodos sensíveis da interação mãe-bebê, janelas de oportunidade para o desenvolvimento (Bentzen e Hart, 2015) e contribuem para a formação do hábito alimentar da criança (Silva, Costa e cols., 2016).

A questão do aleitamento materno tem sido mais discutida na literatura nos últimos anos, entretanto, muito se tem a aprender em relação à alimentação complementar. Apesar das orientações vigentes, é comum sua introdução precoce e o consumo de alimentos inadequados (ultraprocessados), em detrimento dos preparados em casa. As principais fontes de informação para as famílias hoje em dia deixaram de ser o médico e a própria família em

suas extensões (avós, tios, irmãos, babás) e passaram a ser as mídias sociais sob diversas formas (Caetano, Ortiz e cols.,2010).

Aspectos relacionados à inadequação da alimentação complementar e padrão de desenvolvimento de alimentação/formação de hábitos alimentares ao longo da vida têm sido citados como reflexo da relação mãe/pais-bebê e de futuras inadequações na idade pré-escolar e escolar. É importante lembrar que a criança depende de um adulto para receber os alimentos antes dos seis anos de vida. Trata-se de uma relação íntima e delicada. A alimentação é muito mais do que oferecer nutrientes e refeições, e se constitui como uma interação repleta de expectativas e frustrações. Neste contexto, a falta de apetite ou dificuldade alimentar da criança, podem ser necessidades de abertura de conversa em torno da qual pais e profissionais tem muito a refletir, contribuir e compartilhar, estabelecendo um contato em sintonia com o bebê e a criança ao longo de seu desenvolvimento (Posternak, 2002).

Recentemente o Ministério da Saúde do Brasil publicou o Guia Alimentar para a População Brasileira. Esse material tem como principais inovações o conceito de que o “comer” é muito mais do que a simples ingestão de nutrientes, e a nova classificação dos alimentos em categorias conforme o seu grau de processamento. Quanto maior a manipulação da indústria, alteração da composição do alimento, adição de sal, açúcar e conservantes, mais processado ele é considerado. Nesse contexto, os alimentos passam a ser classificados em:

- “in natura”
- minimamente processados
- processados
- ultraprocessados

Os dois primeiros grupos devem ser a base da nossa alimentação, os processados podem ser consumidos, mas com moderação, e os ultraprocessados evitados, por serem os maiores responsáveis pela epidemia de excesso de peso e doenças cardiovasculares presente na sociedade moderna. (Ministério da Saúde, 2014).

A presente investigação se propõe a dar continuidade à dissertação de mestrado realizada pela pesquisadora principal M.M.A. “Estudo clínico de dificuldades alimentares infantis: risco e resiliência em desencontros iniciais nas relações pais-bebê” realizada na Tavistock Clinic e University of East London, UK. (Mendes de Almeida Pinheiro, 1993). Desde 2004, a partir de atividade clínica, docente e investigativa no Núcleo de atendimento a pais e bebês (Setor de Saúde Mental, Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária do Departamento de Pediatria da EPM-Unifesp), tem sido de utilidade clínica e investigativa aprofundar o contato com as primeiras relações alimentares quando recebemos pais com preocupações com seus bebês (Mendes de Almeida, 2008a, 2008b, 2010, 2013, 2016).

As relações alimentares configuram-se como importante *janela clínica* (Stern, 1997) isto é, marco referencial de acesso à compreensão e intervenção, por onde se pode entrever, a partir das interações observáveis no contexto dos desafios de cada momento do desenvolver do bebê, tanto as vulnerabilidades, quanto as competências presentes no vínculo com seus cuidadores, para enfrentar adversidades comuns de percurso e suas eventuais complicações.

O trabalho de acolhimento das queixas alimentares em contexto pediátrico, considerando-se seus aspectos médicos e psicológicos em interface, apresenta-se como facilitador de diálogo entre pediatras, seus pacientes, suas famílias e outros profissionais de saúde para o favorecimento de formas integradas de se relacionar e fortalecer vínculos.

O pediatra, na linha de frente dos cuidados básicos de saúde, é o primeiro profissional a atender recém-nascidos e crianças, no acompanhamento de seu desenvolvimento comum, participando da construção, junto à família, do desenvolvimento sócio-afetivo-cognitivo do indivíduo em formação, inclusive desde o período de gestação (Wechsler e Wechsler, 2013). Trabalhar em serviços pediátricos viabiliza um espaço privilegiado de acesso à promoção de saúde junto às fragilidades e vulnerabilidades naturais que caracterizam os processos de desenvolvimento, permitindo intervenções oportunas, ou intervenções a tempo (Teperman, D. 2005) que podem interferir significativamente em eventuais caminhos de risco e patologização (Silva, 2013), em momento ainda propício a se beneficiar da

plasticidade cerebral característica do desenvolvimento nos três primeiros anos de vida (Cunha, 2013, Muratori, 2014).

A possibilidade de dar prosseguimento à parceria Psicologia-Pediatria, no dia a dia da assistência e da formação de psicólogos, em ambiente de linha de frente de formação pediátrica, assistência clínica médica e investigação, vem nos mobilizando a buscar detalhamento crescente, sistematização e operacionalização em nossos intercâmbios. (Batista e Mendes de Almeida, 2013), (Silveira e Scappaticci, 2013).

O trabalho com pais e bebês, na interface da Pediatria com a Psicologia, tomando a intervenção psicanalítica, nosso referencial, como uma das abordagens psicodinâmicas possíveis, se configura como um campo bastante propício à prevenção e intervenção junto às dificuldades iniciais. Tais dificuldades podem, se acompanhadas de potencialização dos próprios recursos familiares e comunitários e de intervenções a tempo por profissionais de saúde, seguir caminhos favorecedores de saúde alternativos à intensificação e cristalização. Nesse sentido, propomos nosso trabalho com as dificuldades alimentares como possibilidade preventiva diante de riscos de evolução para eventuais distúrbios e transtornos que poderiam interferir no curso do desenvolvimento de potenciais de saúde no contexto relacional (Mendes de Almeida, 2013 e 2016).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Considerando a literatura psicanalítica, dois autores relevantes se destacam, de imediato, no empenho em integrar Psicanálise e Pediatria, tendo produzido obras em que o binômio está claro desde o título: *Da Pediatria à Psicanálise*, do pediatra britânico Donald Winnicott (2000/1958) e "*Psicanálise e Pediatria*" da psicanalista francesa Françoise Dolto (1972/1939), ambos bastante influentes em nosso meio. Desenvolvendo, com consistência reconhecida, concepções teóricas diferentes na raiz comum psicanalítica, compartilham uma criativa e singular atividade clínica, descrita em vários casos e demonstrada em instrumentos próprios de acesso interno aos pacientes. Em paralelo, uma área de sua atividade volta-se à divulgação do pensamento e da terapêutica psicanalítica para a população, no trânsito entre instituição de saúde e consultório particular, no contato com pais e educadores, em programas de rádio e na transmissão e crença no benefício das concepções da Psicanálise para além da modalidade clássica de análise psicanalítica.

Tal aspecto integrador está muito presente na concepção de interface deste estudo, como linha de base para nossas reflexões, e explícita no percurso de Winnicott detalhado por Araújo (2005): o contato dos médicos com a Psicanálise poderia ampliar a disponibilidade emocional, tolerância à tensão, e contato com o mundo interno dos pacientes. Nossa interface cotidiana em Pediatria e Psicanálise tem confirmado também os benefícios, para o trabalho de acolhimento a nossos pacientes, do contato com nossa própria vida emocional e impactos em nosso espaço de ressonância interna ao que vivenciamos no processo de atendimento.

Caminhando para um foco mais dirigido à questão alimentar, no campo da Pediatria e da Psicologia do Desenvolvimento, a alimentação tem sido tomada, principalmente, em seus aspectos funcionais e nutricionais. Uma troca também "nutritiva" e "saborosa" pode ser proporcionada, se considerarmos contribuições psicanalíticas, em que os processos alimentares têm servido como modelo de processamento das relações entre o indivíduo e suas figuras de cuidado significativas.

Processos psíquicos postos em cena desde experiências nutricionais primitivas, principalmente em torno da amamentação e do desmame (Klein,1936/1988) e o modelo digestivo, com seus atributos de assimilação, processamento, elaboração e evacuação, têm sido utilizados como metáfora para a possibilidade de internalização ou dificuldade de metabolização de vivências emocionais e conteúdos mentais (Bion, 1962). Também já são explorados desde Freud (1917/2010) os aspectos de elaboração do que é internalizado, culminando na produção, construção própria do que é liberado como “obra”, “oferta presente” da criança aos cuidadores, na simultaneidade física e psíquica dos recursos vesicais e esfincterianos integrando desenvolvimento instintivo e erógeno, necessidade de expulsão impactante, excreção, senso de identidade e treino social.

Problemas alimentares desde o nascimento apresentam-se constantemente como fonte de preocupação para pais e profissionais envolvidos com os primeiros cuidados. De forma transitória ou persistente e mesmo sem comprometimento orgânico primário, podem apresentar-se em torno do início da amamentação, desmame e introdução de novos alimentos (Mendes de Almeida Pinheiro, 1993; Mendes de Almeida, 2010). Entre as principais manifestações, destacamos:

- pouco apetite
- recusa a aceitar alimentos
- dificuldades de engolir e metabolizar alimentos
- resistência a mudanças de alimentação
- seletividade
- vômitos constantes
- redução, ganho insuficiente de peso
- cólicas recorrentes
- evitações e aversões alimentares,
- dificuldades na regulação de ritmos alimentares (quantidades, velocidades, intensidades, estilos) entre cuidadores e bebês

- diferenças nas percepções de saciedade, oferta excessiva de alimentação

Para pais, tais dificuldades, possíveis indicativos de desafios relacionais desde as primeiras trocas nutricionais, são mobilizadoras de intensa angústia, medos, fantasias, quase sempre permeadas de culpa, quanto ao desenvolvimento saudável e comprometimento do crescimento (Taddei, 2004) e, em casos mais extremos, de intensa fragilidade e risco para o desenvolvimento e continuidade de vida do bebê.

É comum ocorrerem oscilações e dificuldades de adaptação ao longo do estabelecimento de ritmos próprios de alimentação, assim como em todos os ciclos de regulação de cada bebê na relação com seus cuidadores. Reitera-se aqui a importância de se levar em conta o ritmo próprio do bebê e a sintonia entre pais e bebês, caracterizando a possibilidade de um modelo de alimentação responsiva, em que os sinais do bebê quanto à saciedade, velocidade e necessidade de pausas possam ser consideradas.

A partir da noção da alimentação como a primeira janela clínica nas relações iniciais pais-bebê (Stern, 1997), já explicitada anteriormente, podemos, portanto, vislumbrar junto ao desenvolvimento das potencialidades da relação do bebê com seus cuidadores, possíveis desencontros sutis que se apresentam nas trocas interativas. Alguns pontos interrogativos podem ser levantados:

- O que contribui para que esses pequenos obstáculos sejam superáveis, transitórios, ou se tornem parte de uma estrutura potencial de risco, de caráter menos passageiro, no relacionamento pais-bebê?
- Poderíamos considerar estratégias mútuas para lidar com as primeiras dificuldades e necessidades de adaptação a mudanças, como parâmetros demonstrativos das capacidades de resiliência? Entendemos aqui, como resiliência, a possibilidade do núcleo pais-bebê em cada família de enfrentar adversidades e desafios, fatores de proteção para elaborar o sofrimento psíquico e lidar

com adversidades e vulnerabilidades a riscos, criando um campo de continência (Mendes de Almeida Pinheiro, 1993).

- Poderíamos desenvolver instrumentos sensíveis no âmbito da pediatria e da atenção básica em saúde para conhecer estas modalidades e localizar pais e bebês vulneráveis, que se beneficiariam prioritariamente de acompanhamento profissional para, já nas primeiras dificuldades, poderem fortalecer suas capacidades de resiliência, tanto parentais quanto no bebê, evitando-se a cristalização de modalidades pouco favoráveis a desenvolvimentos?

Tem sido grande o empenho dos clínicos e pesquisadores em abordagens psicodinâmicas, dentre elas a psicanálise, em buscar maneiras de acessar e descrever estados e movimentos psíquicos evidenciando o alcance de dispositivos terapêuticos e formas de compreensão psicanalítica de maneira compartilhável pela comunidade científica mais ampla, para além de nossas fronteiras.

Alguns exemplos deste intento são:

- O estudo dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil na pesquisa multicêntrica realizada no Brasil (Kupfer, Jerusalinsky e cols. 2009), atualmente disponível para aplicação em escala pública em serviços de atendimento infantil (Protocolo IRDI, com denominação atualizada para Indicadores Clínicos de Referência para o Desenvolvimento Infantil, em função de interessantes polêmicas contemporâneas quanto à cautela para que não se facilite uma indesejável "patologização").
- O empenho do Projeto Pre-Aut, iniciativa francesa para identificar risco de Autismo em bebês (Crespin, 2004, 2007, Laznik, 1997).
- A elaboração de uma investigação para avaliar *reverie* materna (a disponibilidade "sonhante" da mãe diante das necessidades do bebê, a partir de Bion, 1962) e desenvolvimento da capacidade

simbólica, pela observação psicanalítica da relação mãe bebê (Mélega e Sonzogno, 2008).

- Nossa discussão e criação de um protocolo, o PRISMA, acerca de critérios de evolução em tratamento psicanalítico de crianças autistas, definindo desenvolvimento emocional e avaliando resultados, pelo Grupo Prisma de Psicanálise e Autismo (GPPA) da Sociedade Brasileira de Psicanálise de SP subsidiada pela *International Psychoanalytic Association* (Batistelli, Gomes de Amorim e cols., 2014), (Lisondo, Batistelli e cols., 2017a), (Lisondo, Batistelli e cols., 2017b).

Busca-se assim, ampliar a visibilidade e aplicabilidade de instrumentos psicanalíticos, sem que se perca sua forma específica de olhar e compreender os fenômenos psíquicos, considerando-se peculiaridades psicanalíticas como a atenção a aspectos subjetivos e intersubjetivos em contexto relacional.

Nos instrumentos acima mencionados, a questão alimentar, embora não especificamente investigada como central, é frequentemente salientada, indagada, observada, ou até apresenta destaque espontâneo como área em que se manifestam aspectos importantes de ritmo, turnos, interpretação quanto aos sinais do bebê, necessidades de regulação ou afastamento, capacidade de processar as ofertas e mudanças, avidez, voracidade, passividade, apetência ou inapetência, preenchimento por ansiedade, sintonia na relação alimentar (como representativa das modalidades de internalização, dependência intersubjetiva ou autossuficiência), indicando potenciais sinais a serem mais aprofundados como marcadores de saúde ou preocupações com o desenvolvimento.

Como sinais de sofrimento psíquico, as questões alimentares podem aparecer conectadas a sinais de risco “barulhentos”, que mobilizam preocupações e são motivos mais frequentes para consultas (por exemplo, recusa alimentar, vômitos) ou sinais de risco “silenciosos”, que facilmente (e perigosamente) passam despercebidos (por exemplo, aceitação passiva, baba, deixar-se preencher sem regular entradas, indiferença, flacidez), conforme bem ilustra Crespin (2004).

Na dissertação de mestrado anteriormente citada, (Mendes de Almeida Pinheiro, 1993), investigou-se risco e resiliência em dificuldades alimentares iniciais no contexto da relação pais-bebês. Pesquisou-se a correspondência entre formas de relacionamento pais-bebê e problemas iniciais de alimentação. Analisou-se material clínico e observacional coletado durante o acompanhamento de seis bebês de zero a dezoito meses com problemas de alimentação e seus pais. As famílias foram atendidas nas alas pediátricas de um hospital geral em Londres (quando havia necessidade de internação do bebê) e em sessões clínicas periódicas em serviço ambulatorial de acompanhamento psicoterapêutico no mesmo hospital (North Middlesex, Haringey Authority). Foi também realizada uma visita domiciliar a cada família. As famílias eram encaminhadas a partir de consulta pediátrica com queixas como: recusa alimentar, dificuldade em ganhar peso, vômitos frequentes, seletividade e dificuldade frente a mudanças alimentares.

A partir do registro escrito detalhado das sessões, realizou-se a análise das similaridades e das particularidades emergentes no estudo aprofundado de seis casos clínicos, seguindo uma abordagem de pesquisa qualitativa (Denzin & Lincoln, 1994). Na análise detalhada do material clínico, destacaram-se categorias relacionadas a fatores de vulnerabilidade e proteção, que na interface com a literatura psicanalítica relacionada ao tema, permitiram levantar hipóteses sobre aspectos complicadores ou facilitadores para a superação de dificuldades iniciais de alimentação, frequentemente transitórias, mas que podem tender a se complicar em situações de fragilidade familiar.

Como principal conclusão do estudo, considerou-se que as relações alimentares entre os bebês e seus pais, além de simples metáfora, expressavam modalidades de processamento de conteúdos emocionais, vivenciadas no contexto do relacionamento pais-criança. As dificuldades infantis de aceitar o alimento foram relacionadas a contextos familiares em que havia dificuldades temporárias (ou às vezes mais significativas) de conter e "digerir" mentalmente experiências emocionais expressas na relação pais-bebê. Puderam ser visualizados elementos que estariam contribuindo para a possibilidade de superação da dificuldade apresentada no contexto familiar (resiliência, recursos de proteção), ou que estariam representando risco quanto

à cristalização das dificuldades (vulnerabilidade, risco) **(Anexo I –** Tabela de Indicadores de vulnerabilidade e resiliência).

O acompanhamento do que não está se desenvolvendo bem, ou a detecção de riscos e intervenção cada vez mais cedo junto às dificuldades infantis, cuja primeira apresentação muitas vezes se faz pelas questões alimentares trazidas ao pediatra, tem se mostrado de significativo benefício para o fortalecimento dos recursos de proteção e alternativas para a saúde do vínculo pais – bebê, colaborando assim também para o desenvolvimento psicológico e integral do indivíduo desde o início da vida.

Na continuidade para a presente pesquisa de doutorado, nos concentraremos principalmente no aprofundamento dos aspectos relacionais, localizados na parte inferior da Tabela de indicadores de vulnerabilidade e resiliência, produzida a partir da investigação original acima citada (Mendes de Almeida Pinheiro, 1993) e aperfeiçoada ao longo da prática clínico-conceitual nesta área e publicações subsequentes (Mendes de Almeida, 2008a, 2008b, 2010, 2013 e 2016),

Uma das áreas de cuidado necessário, conforme demonstrado nos itens relacionais da tabela, é a atribuição, a outras pessoas, de sentimentos, estados de mente, pensamentos e representações presentes em nosso próprio mundo interno, processo bem conhecido da Psicanálise como projeção, a partir de concepções freudianas enfatizando aspectos defensivos, mais desenvolvidas por Melanie Klein (Klein,1936).

Ampliando a visão de projeção para além de um mecanismo expulsivo defensivo, Bion (1962) enfatizou a função primordial de comunicação normal e comum das projeções de estados não integrados do bebê acolhidos pela disponibilidade da continência materna. Os processos projetivos são aí vistos como essenciais para o desenvolvimento da capacidade de pensar a partir da experiência emocional acolhida pelo cuidador, que confere sentido integrador às experiências somatopsíquicas e demandas do bebê, como por exemplo às sensações de desconforto difuso que vão gradativamente se definindo como necessidades, por exemplo, de fome, sede, aquecimento, aconchego, consolo, compartilhamento, e também como expressões de contrariedade e diferenciação.

Considerando a perspectiva dos cuidadores, Brazelton e Cramer (1991), referem-se à função adaptativa da projeção como facilitando a empatia e o reestabelecimento natural dos antigos laços parentais com o passado pelo relacionamento com seus filhos. Entretanto, quando a projeção de conteúdos pessoais é massiva, desconsiderando a individualidade do bebê como um sujeito, a distorção da realidade pode interferir no relacionamento. Assim, dificuldades alimentares podem ser altamente potencializadas por projeções massivas, em sua maioria involuntárias e não conscientes, de hostilidade, culpa e medos relacionados à morte, não necessariamente originárias do contato com este bebê atualmente presente. Tais medos podem surgir como tentativa de evitar a repetição de experiências dolorosas ainda não metabolizadas, por exemplo, perdas de bebês anteriores, ou como resposta ansiosa a ameaças catastróficas por vezes reais, por exemplo, fome e morte de parentes na Somália (Mendes de Almeida Pinheiro, 2004), ou perda relevante de vínculos de sustentação com a desagregação de famílias. Neste contexto, o bebê pode ser visto como parte do *self* dos pais em relação primitivamente modulada com vários vínculos e objetos perdidos. Mecanismos de controle, expressos nas modalidades de alimentação, como forçar a ingestão, alimentar o bebê dormindo ou distraído, em negação do ritmo, dos sinais, das demandas e da individualidade do bebê, podem ser dotados de magnífico poder para "assegurar" que a ameaça de "suposta morte/perda" não se materialize, ao mesmo tempo em que se transmite ao bebê, prioritariamente, a agonia de qualidade intrusiva e desesperada da necessidade de proteção.

Quando o bebê se torna recipiente de projeções de intensa insegurança, angústia ou hostilidade, pode ser sentido, reativamente, como dirigindo agressão e hostilidade ao cuidador. Desconfortos do bebê ou hesitações em momentos de necessária adaptação ao seio, mamadeira ou novos alimentos, podem ser então interpretados como ataque à capacidade dos pais de nutrir a criança, como punição ou rejeição pessoal dos pais pelo bebê.

Sentimentos de agressão recíproca, fantasias de dano mútuo (como por exemplo dores, sensibilidade, feridas no peito, ou infecções simultâneas boca/seio que comprometem a harmonia das primeiras relações de prazer com a amamentação), culpabilização ou interpretação das dificuldades da criança como retaliação (por exemplo, quando o bebê que não se alimenta é sentido como

culpando os pais/mãe pelas condições difíceis da gravidez ou de sua concepção), parecem aprisionar alguns destes pais e bebês numa espiral de trocas altamente sobrecarregadas.

Desengajamento e distanciamento relacional podem, então, falsamente produzir alívio e senso de proteção contra trocas representadas como potencialmente nocivas e extremamente demandantes e dolorosas emocionalmente. Neste momento, podem ocorrer afastamentos importantes ou busca de “soluções”, como delegar funções de cuidado e atributos de “saber” para terceiros, como babás, enfermeiras, avós, situações protetoras que muitas vezes encobrem, com uma pseudo diligência pós-moderna dos tempos contemporâneos, uma profunda sensação de incapacidade e fracasso na identidade mais básica de poder acolher a “cria”.

Podemos relacionar as dificuldades alimentares e suas manifestações (recusar alimentação, balançar a cabeça em negação, cuspir, regurgitar, vomitar, preferência por líquidos e alimentos pastosos, dificuldade de engolir, cólicas recorrentes) com modalidades pelas quais os bebês recebem, regulam ou recusam nutrientes parentais/relacionais, tanto física quanto emocionalmente.

Se as projeções são massivas e intrusivas, o bebê a ser alimentado será o bebê da mente dos pais, mais do que o bebê que expressa seus próprios sinais e necessidades. O alimento a ser oferecido será misturado com expectativas, ansiedades, e talvez sentimentos hostis, expressos na maneira como o(a) cuidador(a) olha, toca, fala com o bebê enquanto oferece a alimentação e na maneira como interpreta as dicas quanto ao ritmo, quantidade e duração da oferta alimentar.

A recusa do bebê, em gradientes variados de regulação ou reação de paradoxal sobrevivência psíquica é bem ilustrada nos trabalhos de F. Dolto e seguidores, em que se enfatiza o “comer nada” como afirmação, ao invés do “não comer” como negação (Dolto, 1939/1972; Szejer, 2017). Esta recusa poderia então se dirigir a estas projeções oferecidas “à força” (numa analogia com a alimentação forçada) e a esta experiência de anti-continência, de reversão da relação de continência (Williams, 1992). Em oposição a uma continência côncava, receptiva, estaria em jogo uma continência convexa, intrusiva, (Williams,1992;

Briggs, 1993, 1997), incluindo a comida de fato e os componentes psíquicos indigestos que fazem parte deste “alimento”.

Fraiberg, Adelson e colaboradores (1980) referiram-se às projeções e reedições dos conflitos primitivos dos pais em seu contato com os filhos como “fantasmas” interferindo em suas relações e cuidados iniciais (*ghosts in the nursery*). Brazelton e Cramer (1991) sugerem possíveis temas frequentes e variações clínicas da representação subjetiva dos pais a respeito dos filhos que podem, como uma tela interposta entre eles, interferir na percepção e sintonia com a criança presente, ou com questões específicas como comer, dormir, e estabelecer limites, em reedição e recolocação em cena de modalidades antigas de relacionamento, podendo a criança representar pessoa importante do passado parental, ou parte do inconsciente dos próprios pais.

Nomeados como transgeracionais, aspectos psíquicos e padrões de relacionamento transmitidos a partir de “mandatos” (Lebovici, 1988) heranças psíquicas(Silva, 2002, 2003,) identificações mórbidas traumatizantes (Silva, 2007) e dependências revertidas (Silva, 2010) que se repetem através de gerações, tem sido também bastante desenvolvidos, tanto na compreensão de dificuldades iniciais do vínculo, quanto na intervenção psicanalítica conjunta nas relações pais-bebês. A clínica da relação pais-bebês, temática e cenário deste nosso estudo, se beneficia com a integração entre as representações parentais e o infantil dos pais atualizados na microscopia das interações diretas com o bebê, que por sua vez, é sujeito ativo na dinâmica das possíveis transformações dos padrões em tendência à repetição (Lebovici, 1988; Stern, 1997).

Williams (1997) descreve uma dinâmica relacional que denomina *no entry syndrome* em que ocorrem defesas evitativas protetoras, manifestas frequentemente como recusa alimentar contra projeções maciças e “entradas” de conteúdos não elaborados, sentidas como invasivas, revertendo a relação de continência natural para uma condição em que o “alimentado” aparece como receptáculo de elementos projetados, dos quais precisa ativamente se proteger.

Esses autores, integrando contribuições psicanalíticas com a Psicologia do Desenvolvimento, no contexto dos cuidados terapêuticos pais-bebês, foram aqui selecionados para ilustrar o diálogo possível entre publicações de base

nesses campos, de maneira a dialogar com o olhar pediátrico nesta nova linha de pesquisa empreendida neste projeto de doutorado.

Vale aqui mencionar a contribuição da visão psicossomática na questão específica das dificuldades alimentares, caracterizando a base comum que a Psicanálise e a Pediatria compartilham acerca da intrínseca relação mente-corpo. Encontramos em Perestrello (1987 a, 1987 b) um dos pioneiros da medicina psicossomática no Brasil, médico psiquiatra, psicanalista e professor universitário, a possibilidade de integrar os aspectos da patologia digestiva psicossomática com a gastroenterologia em seus aspectos fisiopatológicos e clínicos. Este autor integra interessantes relatos de pesquisa e considerações psicanalíticas, ilustrando a conexão dos estados emocionais e flutuações de humor com o funcionamento do trato digestivo. Relata como a química endocrinológica, neurocerebral e gastroenterológica, influi no aumento ou redução de secreções gástricas e sua acidez, na receptividade dos tecidos, mucosas e líquidos estomacais, nas contrações e vascularidade do estômago e na motilidade peristáltica da facilitação digestiva, promovendo várias nuances de harmonia ou desconforto nas situações alimentares, bem como flutuações significativas na sensação e expressão do apetite.

Ao passar agora a descrever nosso presente estudo de forma mais detalhada, pretendo, neste recorte, aproximar a linguagem psicodinâmica e seus instrumentos de leitura subjetiva e também não verbal, da expressão cotidiana manifesta pelos pais no contexto dos serviços de saúde pediátrica. Acreditamos estar assim ampliando as pontes de compreensão e leitura transdisciplinar com o objetivo de beneficiar o diálogo “télico”- empático (Moreno, 1946/1984), reciprocamente empático, em duas vias, com famílias e profissionais respondendo às demandas emocionais tão intensas suscitadas pelas dificuldades alimentares.

Convidamos o leitor a se aproximar do processo que fomos desenvolvendo ao longo do estudo, a partir das expressões dos participantes e das ressonâncias em integração clínico-teórica que orientaram nossas compreensões.

3. JUSTIFICATIVA

Dificuldades alimentares no início da vida, apesar de refletirem necessidades muitas vezes temporárias de adaptações mútuas entre o lactente e seus provedores, podem despertar ansiedades extremas quanto à saúde física e harmonia relacional pais – criança e, em alguns casos, trazer consequências para a relação e para o desenvolvimento saudável da criança. O pediatra é, geralmente, o primeiro profissional a acompanhar esta necessidade natural de ajuste (Wechsler e Wechsler, 2013) e cada vez mais nossos serviços vêm sendo convocados a intermediar questões na interface com as novas exigências da vida contemporânea e a manutenção dos vínculos essenciais para o bem viver comum.

Em casos de dificuldades emergentes nas primeiras relações alimentares, a demanda por soluções imediatas e objetivas nem sempre dá conta da complexidade envolvida. Aspectos subjetivos podem contribuir para que dificuldades temporárias possam se complicar em um círculo vicioso de tensão e redução da capacidade de acolhimento, gerando crescentes desencontros e ansiedade tanto nos pais, quanto no bebê e entorno familiar.

Percebemos em nosso contato com famílias envolvidas com dificuldades alimentares iniciais em acompanhamento pediátrico, que muitas vezes pode até haver uma compreensão objetiva das necessidades e do seguimento das prescrições. Aspectos subjetivos, entretanto, ligados às expectativas parentais ou históricos pregressos, permanecem muitas vezes impermeáveis às recomendações médicas, determinando a permanência das mesmas condutas e modalidades de alimentação ao longo do desenvolvimento da criança. A compreensão destes aspectos subjacentes, o espaço para a expressão e a integração destes elementos no cotidiano das relações dos pais com a criança e com os profissionais, favorece a parceria com a rede de atendimento na promoção à saúde da criança e da família.

O compartilhamento de aspectos psicológicos e clínico-pediátricos acerca das dificuldades alimentares relacionando-as às formas de vínculo e trocas intersubjetivas entre pais e bebês amplia a possibilidade de contato com as angústias familiares e ansiedades infantis que permeiam a expressão

sintomática pela via alimentar. A criação desta possibilidade de compartilhamento é fundamental para a aproximação dos vários profissionais ao fenômeno que muitas vezes é um dos elementos importantes de sua gênese/etiologia.

A demanda por acolhimento de aspectos familiares e relacionais na consulta pediátrica tem se intensificado em um mundo contemporâneo em que o acesso à informação generalizada de maneira indiscriminada muitas vezes alerta, assusta e traz ansiedades sem, no entanto, particularizar, conter e acompanhar as necessidades específicas de cada situação e cada família.

O presente estudo se justifica por oferecer a oportunidade de aprofundar a compreensão e a operacionalização de aspectos pediátricos a partir de uma demanda representativa das primeiras trocas relacionais, facilitando um olhar aos aspectos iniciais e constitutivos do desenvolvimento.

Além disso, ao fortalecer o conhecimento e a integração dos aspectos subjetivos na formação pediátrica e também aproximar o psicólogo das questões emergentes nos primeiros contatos pediátricos, esta pesquisa pode beneficiar tanto as famílias quanto as várias áreas profissionais envolvidas neste cuidado.

3.1 HIPÓTESE

A ampliação da compreensão dos aspectos emocionais presentes nas dificuldades alimentares infantis pode facilitar o atendimento das vulnerabilidades nas relações iniciais pais-bebê, contribuindo para que a interface entre os profissionais envolvidos no cuidado favoreça o desenvolvimento da saúde integral da criança.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral:

- Apresentar subsídios conceituais e mediações práticas, que possam fortalecer uma interface efetiva entre profissionais, familiares e crianças na compreensão integrada acerca dos aspectos emocionais nas relações pais-bebês e suas dificuldades iniciais.

4.2 Objetivos Específicos:

- Aprofundar a compreensão dos aspectos emocionais envolvidos nas dificuldades alimentares iniciais.
- Oferecer subsídios para facilitar o contato dos profissionais com aspectos emocionais presentes nas dificuldades alimentares nos primeiros anos de vida.
- Fortalecer o conhecimento e a integração dos aspectos subjetivos na formação pediátrica e aproximar o psicólogo das questões emergentes nos primeiros contatos pediátricos.
- Demonstrar como o fortalecimento da interface Pediatria e Psicologia/Psicanálise e sua operacionalização interventiva, possível no campo das dificuldades alimentares infantis, favorece o encontro do saber e prática profissional com as necessidades das famílias em dificuldades nas primeiras relações.
- A partir da compreensão de aspectos emocionais subjacentes às dificuldades alimentares iniciais, viabilizar a expressão e a integração destes elementos no cotidiano das relações dos pais com a criança e com os profissionais, favorecendo as parcerias na rede de atendimento com vistas à promoção da saúde da criança e da família.

5. RECURSOS METODOLÓGICOS

5.1. A perspectiva clínico-qualitativa

As especificidades metodológicas da pesquisa social qualitativa colocadas por Minayo (1993), referem-se aos seguintes elementos: a dinamicidade histórica, a dialética envolvida no processo de autoria e determinação pelas realidades sociais, a aproximação entre o sujeito e o objeto da investigação, o pesquisador e sua visão de mundo como implicada na investigação. Wechsler (2007) ao se referir à modalidade de pesquisa-ação, enfatiza também a implicação do pesquisador como sujeito participante no campo investigado, como característica implícita e recurso metodológico a ser valorizado.

Nesta linha, encontramos em Turato (2003) elementos de articulação da pesquisa qualitativa utilizada nos campos das ciências sociais e da antropologia cultural (responsáveis pela maior parte das produções teóricas presentes na literatura) com nossas áreas específicas de inserção investigativa, a Medicina/Pediatria e a Psicologia/Psicanálise. Segundo este autor, a prática clínica na área da saúde e o contato intrínseco com o sofrimento humano, tem sua presença marcada em nossa escolha do que pesquisar (como em nosso caso, vivências, angústias, ansiedades envolvidas com as dificuldades alimentares), na aproximação metodológica com as pessoas em estudo e na discussão que faremos com nossos resultados.

Nesta abordagem, propõe-se um refinamento da metodologia qualitativa no sentido da utilização de uma perspectiva clínico-qualitativa, na qual são consideradas as inquietações do pesquisador na busca do sujeito, as fortes influências das instâncias subjetivas e inconscientes na comunicação e nas atitudes dos indivíduos pesquisados, buscados com uma atitude também clínica por parte do pesquisador, que implica em uma visão particular e sensibilidade que o direcionam para um contato de acolhimento às experiências do outro.

Em analogia à etimologia do termo “clinicar” como posição corporal de se debruçar em direção ao paciente para examiná-lo fisicamente, ou se

aproximar para a escuta do sofrimento, estaríamos desenvolvendo uma atitude clínica e uma perspectiva metodológica clínico-qualitativa quando "olhos e ouvidos qualificados se aproximam para compreender existencialmente os sofrimentos que acometem o outro" (Turato, 2003, p.239). A atitude clínica estaria presente no âmago do método e caracterizaria, portanto, o seu discurso. A implicação existencial é "consentida" (con-sentida, "sentida com"), no "sentido" autorizado do pesquisador perceber em si angústias e ansiedades e deixar-se mover por elas para buscar a compreensão de seu objeto/sujeito de estudo, ampliando sua capacidade de captação dos aspectos do outro a partir de seu olhar para os impactos em si mesmo.

A teoria extensivamente sistematizada por este autor sobre esta abordagem encontra eco significativo em nossa prática investigativa, na medida em que identifica como pilares do método as atitudes existencialista, clínica e psicanalítica na acolhida ao sofrimento humano, propiciando a valorização dos aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados na relação com o sujeito em estudo, a busca de interpretações a sentidos trazidos pelos indivíduos a múltiplos fenômenos no campo do binômio saúde-doença, e a inclusão de concepções vindas da dinâmica do inconsciente dos indivíduos, tanto para a construção e aplicação dos instrumentos auxiliares quanto para referencial teórico para discussão dos resultados.

O método clínico-qualitativo pode ser definido como um meio científico de conhecer e interpretar as significações psicológicas e psicossociais que os envolvidos no campo da saúde dão aos fenômenos. O pesquisador, ao utilizar um quadro abrangente de referenciais teóricos humanísticos, transitaria na interdisciplinaridade, partilhando espaços com outros caminhos da investigação científica.

Conforme ilustrado pelo presente estudo, tal metodologia mostra-se particularmente facilitadora para o acesso a fenômenos de estruturação complexa, de qualidade subjetiva pessoal e verbalização afetivamente modulada, como veremos em relação aos aspectos emocionais depreendidos de falas dos pais acerca dos bebês e suas dificuldades conjuntas, por vezes, delicadas e turbulentas, valorizando-se o contato pessoal face a face, as trocas afetivas mobilizadas pelo assunto na intersubjetividade do diálogo interpessoal

e grupal, a escuta às várias falas dos sujeitos, incluindo a linguagem corporal e não verbal das comunicações entre os indivíduos envolvidos.

5.2. Caracterização do serviço em que se desenvolveu a investigação

O presente estudo se desenvolveu no Setor de Saúde Mental, da Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária, do Departamento de Pediatria da EPM-Unifesp, sendo a pesquisadora, coordenadora do Núcleo de atendimento a pais e bebês, e as avaliadoras, colaboradoras deste serviço.

O projeto do acompanhamento de bebês no Setor de Saúde Mental, foi desenvolvido a partir do entusiasmo psicanalítico de sua fundadora Prof. Dra. Mary Lise Moyses Silveira desde a década de 60 e vem sendo mantido entusiasticamente por várias gerações de profissionais e especializandos formados em nosso Setor. Já há mais de uma década, prossegue e renova-se sob a dedicada e vigorosa coordenação do Prof. Dr. Rudolf Wechsler, com o apoio da disciplina de Pediatria Geral e Comunitária e tem acompanhado movimentos e demandas internas e externas na atenção psicológica à primeira infância em contexto pediátrico (SILVEIRA, M.L.M., 2000); (Faccini, L., Nogara, L e col. 2013).

O Núcleo de atendimento a pais e bebês recebe e acompanha, no ambulatório, pais e seus filhos com idade entre zero a três anos e onze meses, encaminhados para atendimento psicológico, por questões ligadas ao desenvolvimento integral infantil e suas manifestações sintomáticas no contexto da família, principalmente como dificuldades nas seguintes áreas:

- desenvolvimento
- sono,
- alimentação
- humor
- socialização
- contato e comunicação
- relação com os familiares e com outras crianças
- necessidades de suporte frente a situações de doenças crônicas
- necessidade de elaboração de perdas e mudanças

Apresentamos no **Anexo II** o Fluxograma do atendimento ambulatorial (para pacientes entre 0 e 3 anos e 11 meses) e no **Anexo III**, o Detalhamento do programa do Núcleo de atendimento a pais e bebês, inserido no Setor de Saúde Mental.

As famílias que chegam ao Núcleo são encaminhadas principalmente pelo Ambulatório de Pediatria Geral, mas também por outros setores da EPM-Unifesp/Hospital São Paulo ou por serviços da comunidade externa. Ao chegar ao Setor de Saúde Mental, realizam uma triagem receptiva na modalidade de atendimento conjunto aos pais e crianças, por psicólogos e pediatras, para conhecer as necessidades e demandas da família. Pode-se requerer um retorno de triagem para melhor esclarecimento das queixas e da rede de atendimento necessária.

Desde o início, as famílias são apresentadas ao programa de atendimento e convidadas a fazer parte dos grupos semanais de atendimento a pais-bebês e pais-crianças pequenas, onde participam com outras famílias de atividade lúdica-terapêutica sobre temáticas espontaneamente trazidas pelos participantes, concernentes ao contato pais-bebês-crianças. Ao mesmo tempo são encaminhados, já dentro do Núcleo, para atendimento breve em intervenção na relação pais-bebês/criança pequena (proposta inicial de cinco sessões) ou acompanhamento do desenvolvimento emocional (acompanhamento periódico progressivamente espaçado, mais longo), podendo prosseguir em psicoterapia pais-bebês/criança pequena por um período mais estendido, de acordo com a necessidade.

O serviço oferecido pelo Núcleo tem se constituído como alternativa de serviço público pouco comum de aprofundamento em intervenções terapêuticas vinculares à esta faixa etária, principalmente em contexto de integração pediatria/psicologia.

Nossa equipe se reúne semanalmente para atividades clínicas e didáticas, agrupando profissionais ligados ao trabalho com bebês, do Setor de Saúde Mental ou a ele conectados (enfermarias, unidade de terapia intensiva neonatal, banco de leite/obstetrícia) atuantes em várias áreas de atendimento hospitalar e ambulatorial. Participam psicólogos e pediatras, parte dos quais realizam especialização no Programa de Psicologia da Infância oferecido pelo

Setor de Saúde Mental e Programa de Residência Médica em Pediatria. Nosso referencial conceitual para os atendimentos ambulatoriais se baseia em contribuições como as Consultas Terapêuticas (Winnicott,1965,1971), Intervenção nas Relações Iniciais (Lebovici 1988, Laznik 1997 e 2013, e modelo Tavistock/ Centro de Estudos Mãe-Bebê-Família, de trabalho psicanalítico com pais, crianças e famílias, relatados por Mélega e Sonzogno, 2008), caracterizando nossa abordagem psicodinâmica em contexto pediátrico.

Particularmente, no caso deste estudo, consideramos um recorte no tema das **dificuldades alimentares**, conforme expresso espontaneamente em dois momentos de nosso atendimento:

- **Triagem**:

Sessão (ou sessões) em início de atendimento no serviço, realizada(s) por profissionais, psicólogos e/ou pediatras, em que recebemos conjuntamente o bebê e seus pais, em sessão lúdica de recepção inicial.

Neste momento, além de instrumentos usuais de registro, como fichas de triagem, plano terapêutico e ficha de retorno ao profissional ou setor responsável pelo encaminhamento, também utilizamos, de acordo com a idade e necessidade, outros materiais. Um questionário elaborado a partir dos indicadores de vulnerabilidade e resiliência em questões alimentares é apresentado às famílias com bebês de 0 a 18 meses **(Anexo IV)** para conhecer melhor a família neste momento das primeiras interações que se dão por meio da alimentação e suas eventuais preocupações ou recursos de proteção.

- **Grupo de atendimento a pais-bebês/crianças pequenas**:

Sessões semanais de atendimento conjunto de grupos de pais e seus filhos (de zero a três anos e onze meses de idade), oferecidas desde o início às famílias que procuram o serviço, como maneira de compartilhar com profissionais pediatras e psicólogos, e com outros pais e bebês/crianças, preocupações acerca do desenvolvimento infantil e dos vínculos entre eles.

O Grupo pais-bebês pode ser frequentado durante todo o período de participação da família em nosso serviço. É realizado por psicólogos e pediatra, com participação de psicólogos especializandos em formação. Trabalhamos com a integração do que é verbalizado pelos adultos (pais/cuidadores) com o

que é expresso nas relações pais-crianças e manifestações não verbais e lúdicas da criança.

São oferecidos grupos abertos, sem especificação temática, entretanto é muito comum que um grupo se debruce sobre temas específicos que demandem maior atenção e cuidado de acordo com a necessidade dos participantes durante uma determinada sessão ou período (como se demonstrou no material aqui selecionado para análise na pesquisa).

Utilizamos referenciais psicodinâmicos de intervenções grupais (Fernandes et al, 2003) e de prática psicanalítica no trabalho conjunto com pais e bebês (Mendes de Almeida, Marconato e col., 2004; Barandon, Broughton e cols 2005; Mendes de Almeida e cols, 2017).

Pelo menos a cada ano ou semestre, com o objetivo de compartilhamento com os pacientes e, também para fins de ensino e pesquisa, as sessões são filmadas, com autorização escrita dos pacientes. (Mendes de Almeida, M.2007)

5.3 Participantes: Recortes considerados

Foi realizada a coleta retrospectiva de material registrado e selecionado de dezessete unidades pais-bebê, a partir dos seguintes critérios:

a) Do universo de pacientes (de zero a dezoito meses) encaminhados ao Setor de Saúde Mental do Departamento de Pediatria da EPM-Unifesp, no período de 2010 a 2017, selecionaram-se aqueles cujos pais haviam respondido a questionário de triagem e que indicavam queixas alimentares. Foram localizadas catorze unidades pais-bebê (em sua maioria díades, com algumas tríades, incluindo a presença do pai).

b) Quatro mães e seus filhos participantes do Grupo de atendimento a pais e bebês/crianças pequenas, oferecido pelo Núcleo de atendimento a pais e filhos com idade entre zero a três anos e onze meses. Foram selecionadas cinco vinhetas de atendimento destas díades, por se referirem a aspectos relacionados a dificuldades alimentares. Uma destas mães havia respondido

ao questionário de triagem apontando dificuldades alimentares. Esta díade, portanto, estava incluída entre as catorze unidades acima mencionadas.

Foram excluídas as crianças que apresentavam doenças capazes de levar a restrições alimentares (alergia alimentar, doença celíaca, erros inatos do metabolismo) e as que não se alimentavam exclusivamente por via oral.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo, número 0276/2018 (em anexo).

5.4 Instrumentos

Coleta retrospectiva de dados de prontuário e registros de trabalho terapêutico de rotina, selecionando dois tipos de material para composição do banco de dados:

- Descrições parentais sobre os bebês
- Vinhetas temáticas filmadas e transcritas do grupo de atendimento a pais-bebês

5.4.1 Descrições parentais: Recorte em questionário semiestruturado para avaliação da representação parental acerca das dificuldades alimentares infantis

Foram utilizadas as respostas fornecidas por pais a três perguntas (uma de identificação da queixa e duas perguntas abertas) em questionário abordando 15 questões, aplicado na triagem de bebês de zero a dezoito meses, reportando dificuldades alimentares, entre 2010 e 2017**,** em nosso Ambulatório de Saúde Mental. Trata-se de um recorte em questionário semi-estruturado, elaborado pela pesquisadora principal, decorrente de sua tese de mestrado (Mendes de Almeida Pinheiro, 1993) e desdobramentos (Mendes de Almeida 2008a, 2008b, 2010, 2013 e 2016).

O Questionário **(Anexo IV)** abrangendo as categorias de vulnerabilidade e resiliência **(Anexo I)** apontadas por estudo inicial, faz parte do material de recepção de famílias com bebês em nosso serviço ambulatorial. Para o recorte desta presente investigação, foram consideradas as respostas apenas a três

perguntas do questionário, consideradas mais especificamente propícias para investigar os aspectos emocionais presentes nas dificuldades alimentares no contexto da relação pais-bebês, tais como formulados pelos pais ao profissional de cuidado.

A primeira pergunta refere-se à identificação da queixa, as outras duas são perguntas abertas realizadas ao final do questionário, em expressão direta da fonte e apresentação descritiva livre, propícia à apreciação de análise qualitativa por mais de um avaliador.

As perguntas são:

a) Você tem alguma preocupação com o desenvolvimento do seu bebê? Se SIM, qual? (Pergunta introdutória pós-identificação)
b) Como você descreveria seu bebê? (pergunta **15** do Questionário)
c) Se você acha que seu filho tem dificuldades, como entende estas dificuldades? (pergunta **15a** do questionário).

No **Quadro 1** estão identificados os bebês cujos pais responderam ao Questionário. A transcrição completa das três respostas do questionário sobre cada bebê está no **Anexo VII.**

Quadro 1 Descrição das características dos bebês e queixas principais dos pais

	Sexo (M/F)	IDADE (meses)	PREOCUPAÇÃO MANIFESTA PELA MÃE/PAI	ALVO CENTRAL DA PREOCUPAÇÃO
1)	F	2ms	Refluxo	(Preocupação centrada no bebê)
2)	M	5ms	Refluxo, receio de que uso de drogas da mãe possa trazer problemas à saúde do bebê	(Preocupação centrada na mãe)
3)	M	5ms	Preocupação com o comer e com o desenvolvimento	(Preocupação centrada no bebê)
4)	M	6ms	Preocupação com a alimentação e com a questão renal	(Preocupação centrada no bebê)
5)	F	7 ms	Refluxo, Preocupação com cirurgia	(Preocupação centrada no bebê)
6)	F	9 ms	Só fica no peito, recusa outra alimentação	(Preocupação centrada no bebê)
7)	M	9 ms	Não ganha peso, come pouco e mama muito, “acaba” com a mãe e se “acaba” junto	(Preocupação centrada na relação)
8)	F	1 ano e 1 m	Medo de desnutrição por mãe ter sido desnutrida	(Preocupação centrada na mãe)
9)	F	1 ano e 1 m	Mama no peito e recusa outra alimentação	(Preocupação centrada no bebê)
10)	M	1 ano e 3ms	Pouco ganho de peso	(Preocupação centrada no bebê)
11)	M	1 ano e 4ms	Difícil de se alimentar	(Preocupação centrada no bebê)
12)	F	1 ano e 6ms	Recusa alimentar	(Preocupação centrada no bebê)
13)	F	1 ano e 6ms	Preocupação com o peso	(Preocupação centrada no bebê)
14)	M	1 ano e 6ms	Pequeno, magrinho, não come bem	(Preocupação centrada no bebê)

5.4.2 Vinhetas temáticas filmadas e transcritas do Grupo de atendimento a pais–bebês/crianças pequenas relacionadas às dificuldades alimentares infantis

Cinco vinhetas filmadas e transcritas detalhadamente de uma sessão de Grupo de atendimento a pais-bebês/crianças pequenas (zero a três anos e onze meses), selecionadas e editadas de acordo com a temática de dificuldades alimentares.

As vinhetas foram selecionadas por trazerem situações de conversa e interações entre os pais, crianças e profissionais acerca das dificuldades alimentares. Dentre as vinhetas que temos registradas em filme ao longo destes anos, destes ou de outros pacientes, demos preferência às vinhetas que, ao se concentrarem ao redor do tema, pudessem ilustrar ansiedades, dúvidas e desafios na relação com as questões alimentares. Demos também preferência a vinhetas que traziam mais do que uma criança e que pudessem também nos ajudar a investigar possíveis ampliações dos aspectos emergentes nos relatos parentais nos questionários, pela participação ao vivo de bebês e crianças na relação com seus pais no aqui-e-agora da sessão, pela presença interativa de outros pais e dos profissionais psicólogos e pediatras. Excluímos vinhetas em que só apareciam crianças maiores de dois anos, mas consideramos que a integração de bebês mais novos (até dezoito meses), com crianças já em fase de experimentação de outros alimentos ou com questões alimentares, também entre dezoito meses e três anos e onze meses, poderiam acrescentar aspectos importantes na visualização da problemática investigada.

Assim, nosso propósito, ao incluir as vinhetas, foi ampliar a possibilidade de compreensão acerca dos aspectos emocionais presentes nas dificuldades alimentares em contexto relacional explorando:

- Como se manifestam as queixas alimentares em contexto grupal, com a presença dos pais com seus filhos, compartilhando a relação com outros pares e com os profissionais de cuidado?
- Ocorrem diferenças, ampliações, questionamentos?
- O que pode ser oferecido em um trabalho de interface pediatria/psicologia?

- Estamos indo de encontro às demandas e necessidades das famílias conforme sugeridas nas descrições parentais?

A transcrição na íntegra das vinhetas está apresentada no **Anexo VIII.**

5.5 Análise de conteúdo dos dados na perspectiva clínico-quantitativa

Utilizamos procedimentos de avaliação sistemática de descrição do conteúdo das mensagens como técnica de análise dos materiais, seguindo o referencial da análise de conteúdo (Bardin, 1977/1988).

A análise de conteúdo, como termo e procedimento metodológico, surgiu nos E.U.A., na época da Primeira Guerra Mundial. Desde 1915, como aponta Minayo (1993), se fazem análises de material de imprensa e propaganda, mas o desvelamento de duplos sentidos, de mensagens obscuras, da polissemia simbólica do discurso, está presente como necessidade e atividade humana desde a antiguidade.

De maneira interessante para nosso intento nesta busca de interface entre as áreas do conhecimento, o pioneiro da Psicanálise, Sigmung Freud, também, já nesta época divulgava suas ideias de “tratamento” do psiquismo e de concepções sobre o desenvolvimento humano em seus aspectos manifestos e latentes, ao mesmo tempo em que se inaugurava um método de “tratar” os dados evidenciando estes diferenciais.

O “clínico-qualitativo” nas “análises” de conteúdo e nas “análises” do indivíduo já, também, aí coexistiam (ou será que até já se retroalimentavam?).

A partir da década de 40, novamente em torno das comunicações ligadas a uma segunda grande guerra, a análise de conteúdo serve à atividade de buscar decodificar a ideologia política de mensagens jornalísticas (reincidência por si já bem interessante de se interpretar, no sentido de conflitos mobilizarem vários níveis de comunicação, o que também se conecta com nosso cenário dos desafios e conflitos alimentares, metaforizados muitas vezes

pelos pais, como “grandes batalhas”, que demandam muitas maneiras de compreensão).

Ao lado de análises estatísticas, sociólogos, psicólogos e cientistas políticos se voltam para a análise de símbolos. Na década de 60, integrando Antropologia, Sociologia, Linguística, Psicologia e Psicanálise (aqui provavelmente muito mais presente nas relações sociais e interpessoais), a análise de conteúdo tem um novo desenvolvimento importante. A informática, a semiótica, e os estudos da comunicação não verbal prosseguem atualmente em sua contribuição às técnicas de análise de conteúdo, em suas vertentes tanto qualitativas quanto quantitativas.

Considerando a perspectiva clínico-qualitativa (Turato, 2003) exposta anteriormente, utilizaremos o aspecto qualitativo da análise de conteúdo, em que se tenta ultrapassar o senso comum meramente descritivo e manifesto para inferir interpretações de sentido subjacente. Utilizamos aqui a noção de Bardin (1977/1988) de conjunto de técnicas de análise das comunicações, a partir de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Para a enfermeira canadense Downe-Wamboldt (1992), que utiliza a análise de conteúdo na área da saúde, tal metodologia pode oferecer significados objetivos e sistemáticos, facilitando inferências válidas a partir de dados verbais, visuais ou registrados em escrita para descrever fenômenos específicos, considerando-se sempre o contexto que produziu os dados.

Assim, no caso da pesquisa clínico-qualitativa em nossas áreas da Pediatria e Psicologia/Psicanálise, as inferências, são construídas sob a ótica da psicologia da saúde em seus estudos clínico-qualitativos, em sua interface, a nosso ver, com as especificidades e intersecções significativas entre as disciplinas envolvidas, como estamos exercitando nesta produção científica.

“Traduzindo” operacionalmente para nossas referências neste estudo, uma descrição possível da proposta metodológica seria: por meio das respostas dos pais nos questionários e das interações pais-bebês nas vinhetas de atendimento grupal depreendemos aspectos emocionais envolvidos nas

dificuldades alimentares, não só pelas manifestações explícitas, mas pelo que se sugere nas ambivalências, expressões de conflitos internos, lacunas de representação, paralisias, lapsos, duplas mensagens, comunicações não verbais, necessidades de projeção de aspectos dolorosos de si no outro. “Tratar” os dados implica em acolhê-los subjetivamente, reuni-los em grupos temáticos e codificá-los em categorias, transformando-os de estado bruto em possíveis representações de conteúdo.

Os dados brutos foram, portanto, como preconiza Bardin (1977/1988), transformados em representação de conteúdo ou de sua expressão. As verbalizações relatadas e as manifestações registradas em filme foram consideradas como meio de expressão dos sujeitos, a partir das quais puderam ser depreendidas estruturas temáticas e inferidas ideias fundamentais, atitudes e sentimentos, referentes ao assunto das dificuldades alimentares, em seus aspectos emocionais e relacionais pais-criança.

Em termos de domínios aos quais foi aplicada a análise de conteúdo neste estudo, temos como suportes os códigos semióticos (portadores de significações) em suas manifestações linguísticas orais, escritas/transcritas, mas também visuais/sonoras, considerando-se a comunicação verbal e não verbal, posturas, gestos, silêncios, distância ou proximidade espacial, manifestações emocionais, atitudes diversas e elementos de cultura (Bauer e Gaskell, 2000).

Quanto ao número de pessoas implicadas na comunicação, partimos da comunicação do adulto cuidador ou casal parental com o profissional aplicador e registrador das respostas abertas ao questionário, com a presença da criança já alargando a área de interlocução dual e marcando presença viva no conteúdo disparador para as respostas oferecidas e possíveis reações moduladoras no momento do relato parental. No grupo pais-bebês, este campo se expande ainda mais, incluindo comunicações verbais e não verbais entrecruzadas entre adultos e crianças/bebês, compartilhadas e ordenadas segundo a ressonância de sentidos em rede trazidos pelo grupo e integrados com a participação dos terapeutas. O pesquisador-clínico-qualitativo também faz parte do processo, não está de fora, em neutralidade externa contemplando o objeto de maneira isolada (Wechsler, 2007).

Turato (2003), em uma feliz correspondência com o processo psicanalítico, destaca duas fases como importantes no processo de categorização para a análise qualitativa de conteúdo: Etapa das leituras flutuantes para impregnação do discurso e posteriormente, categorização de tópicos emergentes segundo critérios de relevância e de repetição.

Passarei a descrevê-las a seguir.

5.5.1 Pré-análise: etapa das leituras flutuantes, correlato da atenção flutuante psicanalítica

Em preparação inicial do material coletado, as respostas parentais das catorze díades às perguntas selecionadas do questionário foram transpostas para uma tabela, divididas em unidades narrativas para análise qualitativa seguindo a metodologia da análise de conteúdo (Bardin, 1977/1988). Foram deixados espaços para comentários de pré-análise da pesquisadora e de duas avaliadoras, membros do Núcleo de atendimento a pais e bebês. As avaliadoras têm experiência e conhecimento no campo da assistência a pais e bebês, não participaram da coleta de dados e representam a diversidade disciplinar de nosso trabalho, sendo uma médica residente em pediatria e uma psicóloga de UTI neonatal.

A pesquisadora e as avaliadoras independentes, registraram comentários micro analíticos a cada unidade narrativa/sentença proferida pelos pais em suas respostas. A orientação oferecida a cada avaliador foi a de registrarem o que depreendiam de cada manifestação oferecida como resposta pelos pais, da mesma maneira como recebemos em nossas consultas as manifestações, queixas, opiniões, compreensões, ideias, e comunicações não necessariamente conscientemente organizadas dos pais acerca das situações vivenciadas com seus filhos.

As vinhetas filmadas foram transcritas e registradas em tabelas-fichas, com espaço para observações de pré - análise pela pesquisadora e duas outras avaliadoras, familiarizadas com o campo do estudo, mas também não presentes no momento da coleta. Junto às avaliadoras anteriores, estas representam a diversidade do Núcleo de atendimento a pais-bebês, (do qual

são colaboradoras), quanto a momentos diferentes de formação, sendo uma jovem profissional formada em nosso curso de especialização em Psicologia da infância e a outra, com experiência terapêutica e de ensino em Psicologia clínica e Psicanálise.

Às avaliadoras foram enviadas as vinhetas filmadas e uma cópia da transcrição para pré-análise, garantindo-se assim também o material visual e interativo, em contato com a presença dos bebês/crianças e grupo, possibilitado pela filmagem. Na evolução do pensamento e estruturação da prática psicanalítica a partir de Freud, um instrumento que logo se mostrou útil, foi o convite à associação livre do paciente, acompanhado por um estado de atenção flutuante do analista, não focado, não dirigido a encontrar aspectos pré-determinados.

Foi neste estado que avaliadores e pesquisador (inicialmente), e em retomada posterior com orientadores, nos aproximamos do material advindo dos dois instrumentos (respostas ao questionário e vinhetas), registrando, após leituras flutuantes, livres comentários sem compromisso de definição conclusiva. Para Bardin (1977/1988), trata-se de tomar contato, conhecer o material, deixando-se invadir por impressões, o que, similarmente, para Ludke e André (1968) equivale a se deixar impregnar por mensagens implícitas, aspectos contraditórios, e dimensões repetidamente silenciadas.

Turato (2003) acrescenta a importância de resistir às ciladas do óbvio e apenas tangenciar o explícito, sem privilegiar focos de atenção precocemente delimitados, o que em nossa formação psicológica e clínica psicanalítica faz parte do dia a dia cotidiano do clínico-pesquisador. Bion (1962), insiste na capacidade de tolerar o “não saber” e esperar que os fatos selecionados (aspectos mais representativos de sentido) se manifestem a partir da experiência emocional.

A experiência em Observação da Relação Pais-Bebê, modelo Tavistock - Bick (Bick, 1963/1984) treino obrigatório para a prática em psicanálise de criança, nos prepara para o desenvolvimento de um estado de mente receptivo a aspectos primitivos, ainda não integrados, em construção, ou para estados de turbulência, contraditórios e caleidoscópicos, como provavelmente ocorre

nos primeiros tempos de vida em comum que nossos pais e bebês com dificuldades alimentares estão atravessando.

As tabelas com os materiais comentados pela pesquisadora e pelas duas avaliadoras em cada tipo de material estão apresentados em anexo **(Anexo VII e Anexo VIII).**

As anotações livres, ao serem relidas conjuntamente, deram origem aos primeiros esboços para aglutinação de temáticas e hipóteses de categorizações.

Nesta fase inicial, as categorias pré-sugeridas foram formuladas como:

- Natureza das ansiedades: ansiedades/angústias despertadas principalmente a partir do movimento progressivo de separação mãe/bebê, com a entrada de novos elementos alimentares e de contato com o mundo externo
- Recursos psíquicos de proteção: tentativas de dar conta destas angústias por meio de funcionamentos psíquicos que oscilam entre aspectos defensivos protetores e negadores, muitas vezes tendendo à polarização, o que se manifesta também na maneira de qualificar o bebê nos eixos tranquilidade/agitação, vulnerabilidade/vitalidade, passividade/atividade
- Comunicações do bebê/criança no contexto das dificuldades alimentares
- Instrumentos profissionais para fortalecimento dos recursos de proteção e facilitação da comunicação pais-bebê

5.5.2 Exploração do material: processo de categorização

Nosso correlato psicanalítico: formação de redes de sentidos

Para a formulação dos grupos temáticos e depuração de categorias foram aprofundadas e integradas pela pesquisadora as possibilidades de agrupamento das falas e manifestações dos pais e bebês, em ressonância com as pré-análises dos três avaliadores para cada um dos materiais. As manifestações foram consideradas em suas semelhanças, diferenças,

relevância, repetição e possibilidade de aglutinação em categorias. Iniciou-se assim o processo de lapidação dos dados.

Na prática do trabalho clínico com pais e bebês, a partir do treino para a atenção a detalhes relacionais na integração do relato dos pais com as manifestações não verbais do bebê, evidenciam-se frequentemente momentos em que os aspectos comunicados vão formando redes associativas de sentido, manifestas também por repetições, aspectos que surpreendem, aspectos que intrigam, que mobilizam nosso olhar, nossas interpretações e intervenções terapêuticas.(Mendes de Almeida, M.; Marconato, M.M e col. 2004). O crescimento (ramificação) e a difusão destas redes se assemelhariam, não só como metáfora, mas como correlato neuronal em plasticidade criadora, a novas vias de desenvolvimento e criação de novas trilhas alternativas às vias de cristalização (Muratori, 2014).

Como instrumento auxiliar e condutor deste processo, foi construído um quadro com as manifestações dos pais sobre seus bebês e suas relações alimentares em rede associativa visual, material que viabilizou o aprofundamento para o exercício da categorização que culminou com as categorias em apresentação final **(Anexo IX)**

5.5.2.1 Análise de conteúdo das respostas quanto à representação parental acerca das dificuldades alimentares infantis

DESCRIÇÃO PARENTAL (Como você descreveria o seu bebê?)

Grupos temáticos	*Respostas parentais*	Reflexões para reagrupamento temático
1) QUALIDADE GLOBAL GENÉRICA	*Maravilhosa* *Fora do normal* *É uma criança ótima*	Questões temáticas emergentes: Qual a função do enaltecimento? Fruto do encantamento ou necessidade de aplacar conflitos?
2) DESTAQUE ÀS QUALIDADES COGNITIVAS	*Inteligente* *Muito inteligente (sic pai)* *Ele é inteligente* *Inteligente*	
3) DESTAQUE ÀS QUALIDADES FÍSICAS	*Bonita*	
4) RELATO DE IMPACTO EMOCIONAL	*Não tenho palavras*	
5) METAFORIZAÇÃO - Atribuições míticas	*Ela é um anjinho* *Uma princesa, um anjo, vitoriosa*	
6) QUALIDADE EMOCIONAL MANIFESTA NA CONDUTA	*Boazinha* *Agitado, graças a Deus* *Só agitada* *O acho muito ativo. Ele é bem ativo* *Tranquila* *Tranquilo* *Bem alegrinho* *Uma criança que é brava às vezes agressiva* *Muito hiperativa* *Traquina* *Nervoso* *Brava* *Acho muito chata, chorona, mas alegre* *Uma criança levada* *Desobediente* *Malcriado*	Questões temáticas emergentes: O contato com o bebê desorganiza? A vitalidade é bem-vinda, mas assusta? Cativa, mas desafia? Aparece o eixo tranquilidade x agitação. O saudável é pendular, a vitalidade ambígua: ora ligados à tranquilidade/passividade ora à agitação/atividade É o bebê ou o momento de vida para a família que é agitado? A plasticidade de humor da criança espelha a sensibilidade do momento parental e familiar? A expressão de vontade/ assertividade da criança pode ser desafiadora, sentida como opositiva? Isto pode se manifestar nas trocas alimentares. “O desenvolvimento do bebê e as novas tarefas que isso traz à família podem ser difíceis de lidar, é preciso aumentar o suporte e se possível a rede de apoio.” sic Residente Pediatria UNIFESP

7) QUALIDADE EMOCIONAL RELACIONAL	*Amoroso* *Conversador. Conversa bastante* *Presta atenção no que a gente fala* *Acha graça de tudo* *Gosta de brincar*	Questão temática emergente: movimento de valorização do contato, bebê visto como sujeito em relação? Evolução na possibilidade de passar da visão de um bebê imaginário a um bebê na relação interpessoal?
8) QUALIDADE JUSTIFICADA POR OBSERVAÇÃO	*Muito curioso, onde chega olha bastante* *Ele é uma pessoa que interage bem com tudo. muda quando irritado com alguma coisa*	
9) QUALIDADE RESSALTADA PELA COMPARAÇÃO (Indicação da pré-visão subjacente)	*Pro tempo que ele tem ele é bem esperto, bem precoce mesmo*	Questão temática emergente: O que indicam as expectativas pré-visões? O que se quer evitar? (Leitura psicanalítica do aspecto latente não manifesto, mas expresso por sua negação, do que se tenta manter reprimido, distante da experiência consciente) Evitação de estados de tristeza?
10) QUALIDADE RESSALTADA PELA NEGAÇÃO (Indicação da pré-visão subjacente)	*Não é chorão – para chorar tem que estar com dor ou com fome* *Tem horas que fica tranquilo (não fica por um tempo prolongado, mas fica um tempo razoável)* *Está mais tranquilo agora, antes chorava e ficava irritado, não queria comer, o que fazer?* *Calmo, não é agitado* *Não dá tanto trabalho* *É tranquilo cuidar dela, não é difícil não* *Ri bastante, nunca vi ele tristinho*	
11) ATITUDE DIANTE DA ALIMENTAÇÃO DEFININDO A CRIANÇA	*Ele é muito seletivo*	Questão temática emergente: Por que a questão alimentar aparece como saliente?
12)IDEALIZAÇÃO, EXPECTATIVAS DIRIGIDAS À CRIANÇA	*Vai dar muita vitória para muita gente* *Ela é o meu consolo*	Questão temática emergente: importância materna garantida pela necessidade da criança, simbiose do vínculo? Receio da repetição de aspectos primitivos e transgeracionais?
13) CIRCUITO FECHADO	*(Ela é o meu consolo) e eu para ela também* *Como fico 24 hs com ela, ela já acostumou comigo* *Ele vai me acabando... Ele vai se acabando junto comigo*	
14) INDIFERENCIAÇÃO PAIS/CRIANÇA	*Tenho medo dela ser desnutrida, porque eu fui muito desnutrida. Ela não está crescendo e nem pegando peso*	
15) SUPERAÇÃO (influência de forças milagrosas)	*Prá quem achou que nenhuma sobreviveria, ela venceu*	Questão temática emergente: milagre do crescimento/superação x “praga”/maldição do não crescer...?

COMPREENSÃO DAS DIFICULDADES (Você tem alguma preocupação com o seu bebê? Como você entende as dificuldades de seu filho?)

Grupos temáticos	***Respostas parentais***	**Reflexões para reagrupamento temático**
1) EXPLICAÇÃO TÉCNICA FUNCIONAL COMO JUSTIFICATIVA	*Tem refluxo* *Mama e golfa* *Bebê com refluxo*	Questões temáticas emergentes: Auto referência, ocupação de vazios, condescendência materna, receio de se separar e frustrar o bebê, primazia do contato físico primário como garantia do vínculo, centralização nos aspectos físicos concretos e na transmissão "direta" de estados orgânicos emocionais, aplacamentos? Dificuldade com os processamentos relacionais: Ou nada processado (tudo dentro) ou muito "processado" (tudo fora)
2) SUPOSIÇÕES INTERPRETATIVAS	*Não cresce por causa dos medicamentos* *Não sente sono porque sente fome* *Não dorme bem por causa da fome* *Acho que é a fase dos dentes que estão nascendo ou sentiu falta porque antes não ficava separada*	
3) IMPLICAÇÃO PARENTAL	*Tenho dificuldade para lidar* *Fico impactada* *Quando estava grávida dele, fui usuária de drogas, não fiz pré-natal. Quando ele fica doentinho, fico preocupada que ele possa ter algum desenvolvimento de saúde. Refluxo (médicos falam que não tem relação com as drogas)* *Estado de nervos da mãe, ansiedade da avó também*	
4) CULPABILIZAÇÃO PARENTAL	*A culpa é minha mesmo. Tudo que ele quer eu dou. Não sei dizer não. Se ele quer eu dou o peito para ele ficar. Gestação foi atribulada.* *Saí muito na gravidez, ficava onde tinha som alto. Deve ser decorrente do enjoo da minha gravidez, uma coisa passou para a outra. Fico pensando se é por minha causa ou as vezes é dela mesmo*	
5) ATRIBUIÇÃO À FRAGILIDADE DA CRIANÇA	*Ele é uma criança mais especial que precisa de mais atenção de mais cuidados* *É muito irritado*	
6) MINIMIZAÇÃO DO DESCONFORTO	*Não é muito*	
7) ATRIBUIÇÃO A HISTÓRICO FAMILIAR	*É de família (mãe e irmãos)*	Questão temática emergente: aparente "amenização" denotando intensidade transgeracional?

8) ANSIEDADE FRENTE AO QUE PODE EVOLUIR	*Início do refluxo preocupa* *Preocupação com o desenvolvimento* *Não sei se no começo ficar preocupado com o comer talvez tenha dificultado*	Questão temática emergente: Pré-ocupa a culpa? Auto referência
9) ATRIBUIÇÃO AO CONTEXTO RELACIONAL	*Tentava dar comida, chorava* *Acho que ela quer chamar minha atenção*	Questões temáticas: a importância do ritmo e da regulação de ritmos entre pais e crianças
10) DIFICULDADE FRENTE ÀS MUDANÇAS	*Não está comendo nem mamando mamadeira só fica no peito* *(Como você entende as dificuldades?)* *Acho muito ruim. Se ela tivesse pegando mamadeira...* *Demorou... Acho que demorou para acostumar ela* *Ele come pouco e mama muito. Não ganha peso. Sobrecarrega*	
11) CIRCUITO FECHADO	*Prá onde eu vou tem que levar ela*	Proteção ou evitação de angústia de separação?
12) ESPAÇO PARA O NÃO SABER	*Quadro em branco comentado pela residente em Pediatria: "atenção à pista não verbal do silêncio!!!"*	Fertilização transdisciplinar!

5.5.2.2 Análise de conteúdo das vinhetas filmadas do grupo pais-bebês relacionadas às dificuldades alimentares infantis

Vinheta 1: Braveza e beijos **Incorporação e defesa**	
Descrição	**Agrupamento temático**
Nesta vinheta, a partir da apresentação ao grupo de uma das crianças presentes, de um ano e três meses, vemos e ouvimos por parte de todas as mães descrições de aspectos infantis ativamente voltados à expressão de desejos instintivos e necessidade simultânea de garantir um espaço físico de acolhimento no colo das mães, mas também de se discriminar como um indivíduo com vontades próprias na expressão de afetos amorosos e hostis, na regulação de proximidade e distância dos cuidadores. No imaginário construído no diálogo grupal, as crianças-bebês aparecem como pequenos tiranos encrenqueiros que batem, beliscam, dão cabeçadas, mordem, “descem o cacete”, exigindo a realização de seus anseios com braveza. A boca assume destacado papel na expressão simultânea de necessidade de contato afetivo (beijo) e de armadura de defesa protetora (mordida), porta de entrada pronta para o ataque demarcando “território” e distâncias necessárias. É neste cenário que as questões alimentares vão se desenrolar, na medida em que representam o encontro entre três necessidades: as instintivas nutricionais de sobrevivência, as de acolhimento afetivo pelo cuidador que alimenta o crescimento pelo vínculo e as de individuação e valorização das próprias iniciativas do bebê em diferenciação.	Intencionalidades monstruosas (“encrenqueira, desce o cacete, monstro”) Vontades próprias opositivas Frustrações provocam reações de braveza Boca como centralizadora da expressão de braveza ou afeto (Mordida ou Beijo) “Está tudo na boca”, “Tem que ser na boca” Atividade x passividade Tranquilidade x agitação Difícil a criança ser individualizada, se mistura com a mãe. “Sei o que ele gosta”

Vinheta 2: O que o bebe quer, o que a mãe sente e o que o terceiro manda Nojo, escolhas familiares, contato com mãos	
Descrição	**Agrupamento temático**
Nesta vinheta, os protagonistas da cena são duas crianças, uma de 3 meses e outra de 3 anos presentes ao grupo com suas mães. As mães relatam as preferências alimentares das crianças, com os filhos em seu colo, o de 3 anos muito pouco diferenciado da bebê de 3 meses, apesar da diferença evidente quanto ao desenvolvimento físico. Enquanto a bebê dorme, o garoto "hiberna" amoldado ao corpo da mãe. As mães abordam as dificuldades quanto à restrição alimentar, localizando nas crianças os sintomas de seletividade, recusa/nojo, refluxo e regurgitação. Demonstram por um lado, inquietação e desejo de introdução de novos alimentos além do leite materno, como forma de liberação de um "sufoco" sentido na relação exclusiva mãe-criança, e por outro lado, receio de trazer algo mais "externo" como risco frente à vulnerabilidade infantil. O clima da vinheta sugere uma tentativa de encontrar um ritmo entre as necessidades das crianças (suas preferências, busca por autonomia e regulação) com as das mães (de se protegerem de serem "dragadas", "devoradas", "engolidas" pela voracidade infantil) e as prescrições do pediatra (A Bianca - 3 meses - está só no tetê! Por que a mãe está seguindo a pediatra! (Ri ...)	Medo de dar comida x vontade de oferecer de tudo. Comer de tudo: ser uma draga, gulosíssima, ficar sufocada de tão rápido que mama (Fantasias de devoração) Por tudo para fora x por tudo para dentro É um grande desafio reconhecer desejos distintos, percepções e ritmos singulares entre mãe e bebê!

Vinheta 3: Eu e você somos um só Daniel, evitação e seletividade	
Descrição	**Agrupamento temático**
Aqui a mãe do garoto de três anos explica detalhadamente aos outros participantes do grupo, com total certeza, sem espaço para investigações e curiosidades, o que seu filho aceita e o que recusa. Dita o menu com “propriedade” como mãe “canguru” que carrega em sua bolsa o filho ainda a se desenvolver. A escuta terapêutica dos profissionais se orienta para que o filho possa nascer da bolsa materna, indagando diretamente à criança sobre sua identidade. A expressão facial das outras mães que presenciam o diálogo sugere um reconhecimento da dificuldade de deixar falar a criança-filho. A mãe ao lado, em olhar e riso maroto, parece denunciar, em parceria com a fala da terapeuta, que a mamãe “sabe tudo sobre o que o Dani gosta e não gosta, falando tudo por ele.” Esta mãe, apesar de escutar e estimular (conscientemente) o garoto a falar diretamente conosco: Vai, fala com a tia!, no registro corpóreo, não verbal (inconsciente) aponta paradoxalmente outro caminho. Ao mesmo tempo em que pergunta e abre para uma “alimentação” a partir do externo, abraça o garoto fechando novamente seus braços em torno do filho (na autossuficiência de seu cuidado e certeza). Que criança fala aí? Que criança interna materna vulnerável sofre a ponto de ter que proteger tanto seu filho de possíveis frustrações, adaptações e novos desafios?	Autossuficiência: “Ele se criou muito bem “ Ambivalência materna para a autonomia Bebê dentro da mãe, corpo único mãe-bebê Expressões corporais de manter o filho dentro de si Projeções de dano recíproco caso a sintonia não seja perfeita Transgeracionalidade Simbiose

Vinheta 4: Entradas e saídas Boca e mãos, dedo na goela, alimentos e chupeta	
Descrição	**Agrupamento temático**
Nesta vinheta as mães conversam sobre entradas e saídas: o dedo e o alimento que entram, a mão na boca e o dedo na "goela" para preencher e, em outros momentos, para provocar vomito, o sugar e o refluir. A partir do que se pode observar nos detalhes corporais das manifestações dos bebês e nos relatos das mães, as terapeutas mobilizam o grupo a ver também o que fazemos com a boca além das "expulsões" do refluxo e do vômito, uma das crianças mexe a língua ao mamar, outra mexe para começar a falar, mãos e dedos também vão a boca como busca de consolo, como a chupeta o leite e a mamadeira. Pode-se aceitar receber alimentos, ou pode-se estranhar o que vem de fora, manifestando-se o refluxo e a intolerância. A língua e alimento que saem, o sugar e o refluir, o aceitar poder receber "alimentos" e se consolar (com dedo, mão, chupeta, leite, mamadeira) e o se "estranhar" com o que vem de fora, o recusar do refluxo, das intolerâncias. Uma batalha sutil se insinua, a força e a necessidade de descoberta da criança, quando se manifesta e é impedida, traz culpa e oposição. Está terrível! Descobriu as mãos! Não pode falar não para ela!	O que a gente faz com a boca? Sugar, enfiar dedo na goela ... Imagens primitivas terroríficas? (linguagem crua/concreta). Boca para acalmar e para explorar o ambiente, também função de preenchimento?

Vinheta 5: Confrontos iniciais na busca por identidade Língua e chupeta, a mãe como fantoche	
Descrição	**Agrupamento temático**
Língua e chupeta No grupo, as expressões faciais, a disposição física para o contato por meio de olhares e a atitude corporal das crianças demonstram o grau de atividade e participação delas no diálogo com seus pais e com as terapeutas e participantes do grupo sobre o que elas recebem e sobre o que e como querem aproveitar. Uma das crianças acena "sim"acompanhando nossa fala ritmada quando amplificamos sua atividade oral e a mãe usa como exemplo o acenar o "não" quando se manda o "sim", ilustrando a relevância da incorporação e oposição facial-oral para atestar escolhas próprias e necessidade de se sentir como sujeito e agente nas interações. As mães se reconhecem como campo de ensaio para batalhas no mundo mais amplo e sofrem com isso, ao mesmo tempo em que querem garantir primazia e privilégio nas relações exploratórias. ("em casa as crianças acham que podem fazer tudo, com o vizinho ficam comportadinhos!") As terapeutas enfatizam como o desafio que se desenvolve por exemplo no empurrar da língua, na adaptação à aceitação da comida, podem não ser rejeições críticas, mas experiências de regulação de ritmos e de ser ativo (senso de ser agente) nestas trocas do que entra e do que sai.	Ofertas para a boca como calmantes ("chupeta foi a única coisa para poder acalmar, eu precisava dar um jeito de acalmar os dois" Língua para empurrar o "invasor" Mostrar a língua, beliscar Arsenal de defesa Estratégias de batalha /também batalha por expressão! Mãe se sente como fantoche frente aos não da criança Em casa podem tudo! Com o vizinho se comportam! Expressão tomada como oposição Relevância do "não" oro-facial, fechar a boca e balançar a face como primeiras expressões de subjetividade e tentativas de regulação/separabilidade somato-psíquica desde as primitivas mamadas Comida como centralizando um direito de negação "Comer nada" ao invés de "não comer" algo

6. CASO CLÍNICO

Bianca, Milena e Jair: ***Como eu posso me sentir devorada por uma draga que faz de mim um fantoche, se nossa filha é um anjinho?***

Bianca chega ao nosso serviço aos 2 meses, acompanhada de sua mãe e seu pai. Dizendo melhor, mãe e filha chegam a nosso serviço trazidas pelo marido-pai, em um momento de depressão pós-parto da mãe/esposa, (acompanhada e medicada no setor de psiquiatria) e dificuldades alimentares da filha, expressas como "refluxo".

Presentes tanto nas respostas ao questionário quanto nas vinhetas do atendimento, instrumentos avaliados na análise qualitativa, Bianca e seus pais, de todos os participantes de nosso estudo, representam a relação em que o bebê é mais novo. A relação pais-bebê e os desafios da parentalidade (Solis Ponton, 2004), aqui descritos, de maneira mais ou menos intensificada, podem portanto corresponder às vivências psíquicas e relacionais de famílias comuns, vivenciando a preocupação materna primária (Winnicott, 1956), e estados de sensibilidade pós -parto em vários níveis e intensidades, do *baby blues* (Folino, 2008) até (felizmente somente em alguns casos) os estados de psicose puerperal.

O período inicial que esta descrição clínica nos descortina, permite que acompanhemos em estado bastante inicial e primitivo, ansiedades parentais emergentes nas primeiras relações alimentares, recursos de proteção para lidar com estas ansiedades e modos de relação "alimentar" que vão se desenvolvendo para os pais e bebês no contato com os alimentos da vida.

Bianca é uma bebê de aparência geral bastante saudável, bem nutrida e bem constituída e seu encaminhamento pela gastropediatria é mobilizado por uma necessidade de avaliação do vínculo e acompanhamento.

Chama-nos a atenção, de fato, a intensidade da preocupação da mãe com sua vivência interna conflitiva em relação à sua ligação com a bebê e a passividade e recolhimento da bebê em nossos primeiros contatos.

Quando acordada, o rosto de "boneca perfeita" com grandes olhos bem abertos nunca se ilumina em sorriso, nem com as mais espontâneas chamadas de manhês, nem de longe, nem de perto, de nossa pediatra que a recebe para

as consultas iniciais. No grupo de pais e bebês, dorme sem intervalos, sem despertar nem para movimentos ou re-acomodações, inerte e endurecida nos braços da mãe triste e culpabilizada por seus pensamentos de não-ligação e desespero diante da nova demanda para a qual não se sente motivada. A bebê Bianca permanece "belamente adormecida", como que esperando a turbulência do "reino" passar. Ou talvez, como fazem muitos bebês em condições semelhantes, poupando a mãe Milena, aqui também imersa em emoções de conteúdo primitivo e pouco integrados, portanto também um tanto "bebê". As demandas naturais de um começo comum seriam tantas, que poderiam ser sentidas como difíceis de sustentar, para ambos os lados da relação!

Este é nosso sentimento em retrospectiva, já que inicialmente, ficamos mesmo muito preocupadas com sua seriedade vigilante, oscilando entre tensão desconfiada e passividade não vitalizada, ao franzir sua testa e aparentemente não conseguir relaxar a não ser quando se recolhia completamente. Mesmo com o passar do tempo, Bianca demorou para sorrir e para se sentir mais livre para brincar.

Bianca e a mãe, principalmente, frequentam o serviço inicialmente por quatro meses em frequência regular, ao longo de onze sessões de atendimento e participação concomitante no grupo de pais e bebês. Milena tem 29 anos e seu marido, 54. Jair já tem filhos adultos de um relacionamento anterior. Parece bastante preocupado e colabora muito para que a mãe se sinta bem em nosso serviço e possa contar conosco nesse período ainda intenso de sentimentos deprimidos e de afastamento em relação à bebê. Na primeira sessão de atendimento do casal e da filha, a bebê permanece durante todo o atendimento no colo do pai.

O casal se conheceu em uma balada, depois se encontraram em casa de amiga e começaram a namorar. Estão juntos há 5 anos e parecem ter um relacionamento afetuoso e de confiança mútua. Entretanto, nesta "balada" com a bebê em uma primeira experiência de maternidade, Milena parece estar, de certa forma, sozinha e recebe muito bem nossa companhia terapêutica no atendimento às relações iniciais e no grupo de pais-bebês.

Aos poucos, vamos sabendo mais de suas estórias. Milena não pensava em ter filho por medo da "violência" e por questões financeiras. Depois começou

a sentir vontade. Um ano e meio antes de engravidar de Bianca, teve um aborto espontâneo, com uma sensação de perda muito grande. Neste período, operou de um cisto. Ficou muito emocionada quando engravidou novamente.

Na gestação ficou muito feliz, só achava ruim para comprar roupa, por que se achava muito gorda. Cortou cabelo e achou que ficou feio. Vivências ambivalentes, naturalmente evocadas pelas mudanças suscitadas pela maternidade são comuns neste sensível momento, mas também chamam nossa atenção como sua representação das mudanças corporais privilegia o aspecto de distorção, aumento do "peso" e redução do bom/belo pelo que se está perdendo. Este aspecto permaneceu intenso na relação inicial com a bebê: no parto cesáreo, teve muito medo de perder a criança, achava que a bebê não ia viver. Reter, conter, alimentar internamente ou extirpar, expulsar, "despachar" (o dar à luz / "*deliver*"), fazer viver ou fazer morrer poderiam ter sido vivenciados, mais, ou menos conscientemente, como movimentos internos e externos que se misturavam, associando abortos, cistos, bebês. Ficariam dentro ou iriam para fora? Internalizar mudanças, incorporar novas identidades "pesa" muito? Este novo "peso" da maternidade é como um cisto, gordura indesejável ou encontra realização em um bebê que a mãe feliz quer ver nascer?

Curiosamente, demonstrando tendências à dificuldade de diferenciação entre suas próprias necessidades infantis e as da bebê, entre seu corpo e o corpo da bebê, entre sua identidade e a identidade de quem está por vir, Milena conta que na gravidez, as vezes comprava para comer, papinha de nenê.

Nos primeiros dias da bebê, Milena estava tranquila, mas não tinha leite, o leite "não saía"...Deu água de coco no segundo dia de vida porque a bebê não mamava. Com treze dias descobriu que Bianca tinha "refluxo fisiológico" quando a bebê engasgou, ficou roxinha, Milena percebeu e a levou para o hospital. Bianca ficou internada por dois dias.

Era como se tivesse um soluço, ficava sem ar porque o leite ficava parado. Antes acontecia com mais frequência. Já chegou a acontecer 4 vezes em 1 hora.

Aos dois meses, quando chegam a nosso serviço, tais episódios ocorrem uma vez por semana.

Milena “não dormiu” no primeiro mês de vida da bebê, por medo dela morrer. Fazia vigília, tomava café e se segurava, com medo de que a bebê se engasgasse. Bianca ficou o primeiro mês no carrinho ao lado da cama, Milena ficava olhando para a filha, pensava que pudesse acontecer de novo. Durante o pós-parto, Milena também não conseguia comer. Nos primeiros meses, evitou viajar, mesmo querendo muito ver a família, com medo da criança engasgar.

Conflitivas entradas e saídas novamente marcam angústias primitivas maternas, agora, porém relativas à capacidade de Milena oferecer alimentação à pequena filha. Constituem-se assim as receitas das primeiras entradas alimentares da dupla, alojadas (ou alojáveis?), de imediato, no corpo da bebê, que, por vulnerabilidade ou processos de regulação protetora regurgita-as, recusa-as, engasga com elas. As primeiras entradas alimentares e angústias circundantes, por sua vez misturam-se e caracterizam as primeiras trocas relacionais e intercâmbios interativos, com ingredientes de extra vigilância, tensão e stress, redução de espontaneidade e confiança, com consequente diminuição do prazer mútuo que poderia caracterizar estes encontros inaugurais.

É possível considerar aqui também as interfaces fisiopatológicas e endoquímicas, de vertente psicossomática que podem ter contribuído para os desconfortos, reduções do apetite e pouca disponibilidade de Bianca para a busca de aconchego pela via alimentar (Perestrello, 1987b).

Neste contexto de extrema cautela e tendência ao afastamento como busca de proteção (talvez para as duas, dos dois lados), Milena não interagia com a bebê, não dava banho. Nos primeiros tempos, essenciais para o estabelecimento dos laços de apego, quem fazia isso era a avó, que veio para ajudar inicialmente e o pai. Depois passou a deixar Bianca com uma amiga, por medo de ficar sozinha com a bebê. Mesmo mais recentemente se antecipa a possíveis dificuldades “Já dou remédio antes de gripar” e se mostra surpresa com a dependência dos bebês: “Queria mudar para perto do Hospital São Paulo e ficar 6 meses no hospital por medo dela engasgar”, “Pensava que já nascia sabendo mamar”, “Pensava que tinha manual”.

Milena relata ter sido sempre muito ansiosa, mas nunca havia tido os pensamentos que agora a assombravam. Pensava em agredir e matar a bebê. Imaginava jogá-la do berço, ou dá-la a alguém no sexto mês. Evita usar a faca na rotina doméstica. Chegou a pensar em se matar, e se martirizava mais ainda pensando e se culpando "não é justo pensar nessas coisas para minha filha."

A bebê, por sua vez, era assim descrita por Milena na forma de reagir aos estados de depressão da mãe: Bianca "ficava tranquila, às vezes agitada, não sorria." Aos 2 meses, Milena reconhece que Bianca demonstra uma excessiva autonomia: "não chama, não chora não solicita", o que para a mãe é "ótimo, fico tranquila, ela está bem!".

Para o registro possivelmente assustado e vulnerável da mãe, Bianca expressa-se pouco e explora pouco os movimentos de manifestação e aproximação com a boca, que seriam característicos desta fase inicial de oralidade. Ao demonstrar desconforto, "franze o rosto, geme um pouco, gosta também de ficar de pé".

Algumas vezes a vimos no grupo e nas filmagens dos atendimentos da dupla, insatisfeita, durinha, querendo se erguer, buscando a partir da hipertonicidade e da pseudo-independência uma coesão auto imposta para possíveis sensações de desamparo. Como uma segunda pele (Bick, 1967), o artifício da rigidez muscular substitui a possibilidade de vivenciar um envoltório psíquico.

Assustada com a responsabilidade do cuidado da bebê e da casa, que "é muito" e envolve muitas atividades, Milena se sente às vezes presa e gostaria de sair no fim de semana. Quando o pai sugere, entretanto, ela se esquiva, responsabilizando seu fardo materno, sentido pelo pai como "desculpas esfarrapadas": Queria viajar e "não posso por causa da bebê"; "É como se fosse um peso pra mim"; "Podia passear, agora não posso"; "Depois é que fui ver que filho é responsabilidade muito grande".

Com o decorrer do atendimento, Milena relata estar se sentindo melhor. Saiu do emprego de promotora de vendas e ficará com Bianca em tempo integral. Reconhece a tranquilidade de Bianca como uma característica também de sua subjetividade e reconhece suas demandas: "não chora de

cólica, só chora porque tem fome.” É a fome, portanto, canal instintivo e insistente de expressão de desejo da bebê na busca pelo vínculo, que a move da posição de “anjinho boazinha e maravilhosa” para a posição de “gulosíssima draga” devoradora e voraz: “Só chora quando está com fome!”

Milena ainda tem medo de recair nos sintomas de medo de agressão à filha. Tem tentado se distrair, ver TV para evitar os pensamentos. Está ansiosa para ir ao nordeste visitar a família, em busca de mais apoio, diante de todo o seu impacto e sobrecarga. Só um irmão mora por aqui.

No rastro dos aspectos transgeracionais, o fantasma da depressão pós-parto ronda a família: sua avó materna apresentou este quadro. Relações pais-filhos marcadas por dolorosa perdas e desconexões também comparecem: uma irmã perde um filho com 28 dias e Milena, tal como sua filha Bianca que se oferece para ajudar os fragilizados, se prontifica a vestir o bebê para o enterro. “Acho que isso mexeu comigo”, diz ela.

Poder falar desses aspectos e de seus medos na relação com Bianca e com o marido, trazidos à cena da relação conosco e com outras mães e bebês, possibilitou a Milena se ver e se sentir como alguém que podia ser acolhida em seus afetos, percepções e vivências de desamparo, perda, e expressões de desagrado, contrariedade e oposição mais assertiva. Seus pensamentos assustadores em relação à bebê, anunciados pelo medo da “violência (não só externa, mas também interna) que a separavam da vontade de ter filhos, ao invés de criticados e carimbados como demonstrativos de uma cruel maternagem, puderam ser autorizadas como fantasia pensável e modulável e não como realidade pesada a precipitar-se profética e inevitavelmente de forma desenfreada, sem que ela pudesse se sentir sujeito de suas emoções e elaborações.

Milena brinca conosco, transferencialmente, que por ela, daria todo tipo de comida à filha, mesmo o que ainda não fosse recomendado pelo pediatra. Ela segue as recomendações, é também uma “boa menina anjinha”, mas sua vontade era resolver tudo por sua própria autossuficiência, esperando que a filha, bebê crescida, também pudesse lidar com tudo de maneira (pseudo) eficiente.

Milena conta que seus pais brigavam muito. Na infância, seu pai “era ótimo”. Depois começou a ser agressivo, arrumava outras mulheres. Sua mãe tinha medo de se separar. Milena saiu de casa aos treze anos. Foi morar com uma tia. A irmã mais velha de Milena engravidou e ela foi morar com a irmã para ajudar. Quando o sobrinho tinha um ano pediram para ela sair. Morou com um tio, mas o Conselho Tutelar mandou ir morar com o avô. Depois voltou a morar com os pais. Apanhava do pai, que ameaçava matar a mãe. Milena foi ao Fórum, abriu uma intimação e os pais se separaram. Hoje não tem mais contato. O pai sofreu um acidente e ela foi cuidar dele, tentou contato depois também, mas o pai não foi receptivo.

Ao falar de sua história, Milena se entristece com sua ambivalente disponibilidade para Bianca: Como poderia “dar o que eu não tive”?

Milena enfatiza que o grupo de atendimento pais-bebês teve papel importante em sua melhora. Aos poucos, entrosada com mães que tem modalidades diferentes de expressão, Milena demonstra menos dificuldade para falar sobre o episódio de depressão, de maneira menos superficial.

No trabalho vincular com a mãe, a bebê, e raramente o pai, as duas demonstram gradativamente ir podendo estreitar seu convívio. Bianca mostra-se uma bebê com mais vitalidade do que anteriormente.

Aos poucos, é possível observar que Milena traz para a cena terapêutica, em transferência psicanalítica, algumas angustias que refletem sua proteção exagerada com a filha, o que aparece, por exemplo, quando ela não deixa Bianca brincar com a caixa lúdica, alegando que ela colocaria os brinquedos sujos na boca. Para evitar esse tipo de situação, ela traz alguns brinquedos da sua casa para o atendimento, oferecendo a Bianca o que ela pode pôr na boca, estreitando a livre escolha e exploração da criança dos “alimentos” do mundo e da vida.

Diferente da tendência ao afastamento inicial, buscando equilíbrio no eixo entre o afastamento pela autossuficiência e a proteção pela simbiose, Milena relata não se sentir segura em deixar Bianca aos cuidados de outras pessoas, só confiando em sua própria mãe para cuidar da filha. Parece tentar, como também é bem comum nos percalços, desafios e reparações viabilizadas

pela construção da parentalidade (Solis-Ponton, 2004) reaver um laço de confiança e afeto abalado em seu próprio percurso como criança e filha de seus pais, compartilhando a nova bebê com uma mãe revitalizada e perdoada.

Sobre os cuidados que ela tem com Bianca, conta que tem medo de machucá-la ao andar com ela no “canguru” na rua, por isso prefere deixá-la virada para si mesma, em vez de virá-la para a rua.

Chamam a atenção também os momentos em que ela alimenta Bianca durante os atendimentos, relatando que nunca deixa a filha chorar por fome, demonstrando certa ansiedade para que ela coma toda a comida. Em alguns momentos a mãe parece não reconhecer os sinais de saciedade demonstrados pela filha, continuando a alimentação mesmo após a recusa de Bianca.

Tais comportamentos podem ser vistos como tentativas compensatórias da mãe que antes não se sentia capaz de cuidar da bebê, sentindo receio quanto à sobrevivência da bebê frente à “violência” do que ela poderia fazer com a filha. Ao não deixar que a bebê sofra ou se frustre, Milena acaba tentando suprir suas necessidades a todo o momento, por algumas vezes, de maneira exagerada.

Aos poucos, Milena pôde compartilhar os momentos difíceis que passou com Bianca e os de sua própria história, percebendo como eles se relacionam com o medo que sentiu de perder a filha.

Foi visível a mudança no relacionamento da família desde que começaram a ser acompanhados no Núcleo de atendimento a pais e bebês, e Milena, percebendo esta trajetória, pôde falar também sobre seus planos futuros para a filha e para a sua própria vida, além de passar a delegar alguns cuidados de Bianca ao pai. Jair voltou a comparecer a um dos atendimentos. Eles mostraram-se uma família integrada e ele pôde demonstrar seu cuidado continuado com a esposa e filha.

Acreditamos que Milena e Bianca, fortalecidas após o episódio de depressão e passado o refluxo, que foi se reduzindo ao longo do trabalho, têm se desenvolvido emocionalmente de maneira saudável, superando as vulnerabilidades transitórias sem risco de cristalização das dificuldades e de

prejuízo para o desenvolvimento das relações pais-criança. A amamentação ao seio se regularizou.

Ao final do trabalho regular, a família ainda visitou o serviço para consultas de acompanhamento do desenvolvimento emocional e verificou-se a progressiva possibilidade de integração entre aceitar dependência e crescer com individualidade, evidente na maneira de Bianca se alimentar e brincar. Milena ao invés de se colocar tão distante pela depressão, inacessível aos leves sinais da filha, ou tão próxima pela superproteção, direcionando e limitando sua atividade, permanece disponível, oferecendo suporte físico, postural e psíquico, permitindo-lhe a exploração de "alimentos" nutricionais, brinquedos ou situações.

As terapeutas enfatizam e registram este movimento, amplificando como fala da criança que Bianca conquista e consegue muitas coisas, não exatamente sozinha, mas com ajuda da mãe que está ali em atenta disponibilidade, sem, entretanto, fazer por ela. Bianca, a vigilante menina séria, agora bem mais solta e descontraída, pode solicitar a mãe sem poupá-la da expressão de seus quereres, que já não são mais sentidos como tanta devoração e sobrecarga. Juntas podem compartilhar sorrisos, prazer na alimentação e prosseguir no desenvolvimento com os primeiros esboços de linguagem verbal.

A construção do vínculo, em sessões sucessivas, é de grande aprendizado para a mãe, criança, pai e profissionais. Juntos, podemos perceber nuances e construir "espaços de confidência terapêutica". Isso se dá por acreditarmos que é na interrelação que acontece a construção de novos saberes. (Wechsler e Wechsler, 2013).

Pudemos ver aqui como esta construção de saberes pode transformar um cenário de "não entrada" (Williams, 1997) em abertura para novos sabores. Acreditamos que este relato em caso clínico, em processo de tratamento, além dos flashes anteriores das vinhetas e respostas dos pais, possa ser, além de ilustrativo, uma facilitação para nossa aproximação do próximo passo no estudo, de aprofundamento da compreensão das estruturas significativas no cenário dos aspectos emocionais das dificuldades alimentares.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da rede de sentidos aos fatos selecionados: nosso correlato psicanalítico

Procuramos aqui nos aproximar dos eixos mais estruturais de nossas redes associativas, no contato com os participantes e dados do estudo, refinando categorias e subcategorias. Bion (1962) define como "fato selecionado" o nome da experiência emocional, não de maneira lógica e objetiva, mas de maneira que nos aproxime da possibilidade de compartilhar sentidos que vão se presentificando como significativos no contato.

Foram analisadas as respostas de catorze pais de bebês de zero a dezoito meses acerca de seus filhos e suas dificuldades alimentares. Foram também avaliadas quatro díades de pais e crianças de zero a três anos em interação livre em grupo de atendimento conjunto. Um dos casos, Bianca e seus pais, presente tanto na situação de resposta às questões do questionário, como também nas vinhetas filmadas, foi aqui apresentado como ilustração clínica para localização viva de aspectos emocionais constituintes das categorias em sua versão revisitada e cenário relacional "em carne e osso" para os dramas alimentares aqui referidos.

A formulação revisitada das categorias, após processo de discussão detalhada conjunta com os profissionais corresponsáveis pela orientação do projeto, pôde intensificar a validação externa dos dados, conforme indicam Turato (2003) e Messa (2013), além do compartilhamento inicial das avaliações com colegas psicólogos e pediatras na pré-análise. Foi possível aglutinar, reagrupar e sintetizar as formulações, identificando aspectos estruturais mais representativos e realocando dados para caracterizar, a partir das categorias da pré-análise, o que permaneceria e se aperfeiçoaria como categorias emergentes.

Assim, na pré-análise tínhamos:

- Natureza das ansiedades:
- Recursos psíquicos de proteção:
- Comunicações do bebê/criança no contexto das dificuldades alimentares

- Instrumentos profissionais para fortalecimento dos recursos de proteção e facilitação da comunicação pais-bebê

Em formulação revista, as categorias constituíram-se como:

- **Categoria A:** Ansiedades parentais emergentes
- **Categoria B:** Recursos de proteção para lidar com as ansiedades
- **Categoria C:** Modos de relação "alimentar" (com os "alimentos da vida")

A última categoria da pré-análise (Instrumentos profissionais para fortalecimento dos recursos de proteção e facilitação da comunicação pais-bebê) pareceu se situar no campo das expectativas de desenvolvimentos possíveis a partir da análise dos dados e colaborou para articular a conclusão.

Apresentamos aqui as categorias e sub categorias em sua formulação revista, acompanhadas de exemplos de manifestações sugestivas dos sujeitos participantes em cada campo.

Quadro 2. Apresentação das categorias referentes aos aspectos emocionais das dificuldades alimentares iniciais no contexto das relações Pais-Bebê

A) Ansiedades parentais emergentes

1) Impacto emocional: *"Não tenho palavras"*
2) Insegurança e/ou medo de não dar conta, "pré-ocupações": *"Tenho medo dela ser desnutrida porque eu fui muito desnutrida".*
3) Medo da repetição no contexto da transgeracionalidade: *"...estado de nervos da mãe, ansiedade da avó também ...". "É de família".*
4) Indiferenciação entre os pais e a criança: *"Ele vai me acabando, ele vai se acabando junto comigo".*
5) Angústia de separação: *"Tudo o que ele quer eu dou, não sei dizer não, se ele quer eu dou o peito para ele ficar". "Para onde eu vou tenho que levar ela".*
6) Culpabilização parental: *"Quando estava grávida dele fui usuária de drogas e não fiz pré-natal". "Deve ser decorrente do enjoo da minha gravidez, uma coisa passou para outra". "Saía muito na gravidez, ficava onde tinha som alto".*
7) Expectativa diante de uma relação "de peso" - o ganho de peso do bebê reflete o resultado do investimento e a dedicação dos pais: *"Ele come pouco e mama muito, não ganha peso, é uma sobrecarga".*
8) Medo da dominação ("devoração") pelo bebê: *"Ela é uma draga, gulosíssima".*

B) Recursos de proteção para lidar com as ansiedades

Expressões parentais

1) Intensificação das qualidades físicas, cognitivas, globais e imaginárias do bebê: *"Maravilhosa". "Muito inteligente". "Ela é um anjinho". "Vai dar muita vitória para gente".*

Necessidade de aplacar conflitos, idealização obstrutiva ⟷ Encantamento e idealização constitutiva

2) Valorização de aspectos de simbiose ou autonomia em relação ao bebê: *"Ela é o meu consolo e eu para ela também". Sei o que ele gosta". "Ele se criou muito bem".*

Simbiose ⟷ Autonomia

3) Minimização do desconforto e redução do impacto emocional: *"Não dá muito trabalho".*

4) Busca de explicações causais e/ou diagnósticas - Demanda de soluções prescritivas e concretas: *"Tem refluxo e os médicos falam que não tem relação com as drogas"*

Expressões no Bebê *

1) "Tudo para dentro" ou "Tudo para fora": *"Fica sufocado tão rápido que mama". "Encrenqueira, desce o cacete, monstro".*

Voraz ⟷ Vomitador

2) Grude ou "autossuficiência": *"como fico 24 horas com ela, já se acostumou comigo". "Pro tempo que ele tem, ele é bem esperto, bem precoce mesmo".*

Grude ⟷ Autossuficiência

3) O bebê antropofágico (transformador) x o bebê esponja (deixa tudo entrar): *"Brava e agressiva". "... Fica sufocada de tanto que mama".*

4) O bebê cuidador: *"Ela é um anjinho", "Ela é o meu consolo"*

5) O que fazer com a boca ? *"Está tudo na boca".*

6) O Bebê frágil: *"Ele não está crescendo e nem pegando peso".*

* Segundo o relato dos pais ou de acordo com expressões sintomáticas.

Transformação do *Bebê Imaginário* no *Bebê Real* e reconhecimento das suas necessidades

"Agitado, Graças a Deus"

"Ele é uma pessoa que interage bem com tudo. Muda quando irritado com alguma coisa"

C) Modos de relação “alimentar” (com os “alimentos da vida”)

Expressões no relato parental

1) Dificuldade na colocação de limites: *“A Bianca está só no tetê ! Porque a mãe está seguindo a pediatra (ri), mas a mãe morre de vontade de dar um feijãozinho com arroz também”. “Como ele foi uma criança que deu muito trabalho, a gente tinha medo até de dar comida para ele”.*

Medo de dar comida ⟷ Vontade de oferecer tudo

2) Apoio à capacidade exploratória x receio da fragilidade do bebê: *“A comida dele é muito pouquinho”. “As enfermeiras tinham que pegar ele e ficar forçando o queixinho para ele mamar. Ele só dormia, só dormia”. “É uma criança mais especial que precisa de mais atenção, mais cuidados”. “Coxinha de frango assim, ele come”. “Carne ele pega, mas tem que ser no osso e ele morder”. “Ela descobriu as mãos agora e está triste de bagunceira”.*

Bebê frágil ⟷ Bebê do mundo

Expressões do Bebê a partir das descrições dos pais

1) Voracidade sem limites: *“Se deixar ela no peito ela vai o dia inteiro, ela não para”.*

2) Bebê dita o ritmo e assume o controle: *“Ela bate, belisca, dá cabeçada, ela morde”.*

3) Boca como centralizadora da expressão de braveza ou afeto: *“Ela manda beijo quando ela quer, mas não chega perto dela, não deixa dar beijo nela”.*

4) Recusar comida como um direito de dizer não: *“Quando ela chegar em casa ela não vai falar sim para tudo. Ela vai falar não para comida”. “Criança parece que tem a mãe como fantoche, em casa elas acham que podem fazer tudo”.*

Expressões nas interações observadas

1) Tapar x usar a boca: a chupeta acalma e fecha a boca, mas a boca e a mão querem chamar *“Criança mexe a mão na direção da terapeuta e acena com a cabeça”. ”A chupeta foi um calmante, foi a única coisa que eu achei para poder acalmar”. “Manda beijo”.*

2) A língua guardiã da boca x busca de contato: *“Uma senhora mexeu com ela, ela tirou a chupeta e mostrou a língua”. “A criança empurra a chupeta para fora e mexe a língua em laleio, parecendo querer conversar”*

Nas categorias que foram mantidas (A, B, C) houve significativo reagrupamento e sintetização dos tópicos temáticos, com criação de sub-categorias nas categorias B e C, para contemplar um olhar mais detalhado e próximo aos aspectos emocionais a partir da experiência e expressões dos pais, ou das expressões dos bebês a partir das descrições dos pais e por fim, mas não menos importante, das expressões do bebê em suas manifestações sintomáticas e nas interações observadas. As percepções das interações e intersecções entre os agrupamentos temáticos puderam ser representadas como eixos contínuos indicando ambivalências ou paradoxos em fenômenos emocionais complexos cuja manifestação objetiva, declarada ou explícita é muitas vezes polarizada, como forma de proteção diante de conflitos difíceis de tolerar psiquicamente, tanto para cada indivíduo em questão, quanto para as relações pais-bebês/criança pequena.

Também foi notada por nós a necessidade de buscar maneiras simplificadas e mais esclarecedoras, sugestivas de imagens próximas das vivências infantis e parentais para "batizar" as categorias e suas subdivisões nas categorias A, B e C e suas ilustrações. Incluímos as expressões diretas, a clareza dos dados brutos, material original por excelência com o qual trabalhamos no cotidiano psicodinâmico da clínica, porta de acesso mais potente para as inferências na investigação e prováveis faróis iluminadores para as necessárias intervenções e ações de saúde (última categoria vislumbrada a partir da pré-análise, e retomada na discussão e perspectivas).

Em termos metafóricos, outro de nossos potentes canais para compartilhar sentidos, as modalidades de internalização sugeridas pelos bebês poderiam se estender para caracterizar modalidades de relação como por exemplo, aquela em que há possibilidade singular de transformação do que se recebe e se contem, na vivacidade característica do funcionamento primitivo que poderíamos chamar de "modalidade antropofágica", aquelas em que tudo entra e tudo sai, que poderíamos representar como de "modalidade tubo" e aquelas em que tudo se absorve, que poderíamos considerar como "modalidade esponja", que se encharca e se paralisa. Bianca e Milena por exemplo, transitam de modalidades esponja, em que se misturam na porosidade da depressão materna e na seriedade vigilante da criança, para modalidades de afastamento

em funcionamento tubo sem vinculação, para no contato terapêutico poderem expressar necessidades de dependência afetiva mútua natural e construir uma relação com espaço para que cada uma “use” (Winnicottt, 1971) a relação com a outra de maneira própria e singular, sem negar as necessidades infantis da oralidade e a constituição iniciai dos vínculos (aspecto transformador associado aqui com o elemento metafórico antropofágico).

As manifestações dos pais e dos bebês confirmam como no campo das primeiras relações e na busca de cuidado profissional, as experiências alimentares contêm elementos de rica intensidade que parece se confirmar como significativa baliza para o desenvolvimento.

Evidenciam-se no material, movimentos vivenciados entre pais, bebês e rede de apoio dos profissionais, que podem ser úteis e relevantes para facilitar o contato com estes aspectos conflitivos por vezes inevitáveis no desenvolvimento e crescimento psíquico relacional nos primeiros anos de vida. Tais movimentos são principalmente ilustrados nas vinhetas grupais e suas análises e no que selecionamos como essenciais nas intervenções terapêuticas como forma de fortalecer a utilização dos recursos psíquicos de proteção de pais e bebês diante de ansiedades:

- amplificação e autorização de questionamentos parentais
- favorecimento da observação e de reflexão materna/parental compartilhada
- reconhecimento e promoção de identificações no grupo
- favorecimento da inclusão de aspectos de comunicação dos bebês e crianças
- amplificação das intenções e expressões da criança no diálogo relacional.

No contexto das ansiedades iniciais, o que é visto inicialmente como tendência de vitalidade desejável, pode passar a ser aparentemente ao longo do desenvolvimento do bebê, sentido como ameaça de ruptura de uma relação harmoniosa.

As manifestações do bebê, expressas no campo da relação alimentar, parecem estar desafiando esta atmosfera de unidade pais-bebê/criança

pequena. Paralelamente, idealizam-se as possibilidades de desenvolvimento da criança, que dependem de uma alimentação saudável, a partir de um apetite espontâneo e autônomo, mas também de aceitação como nutritivo do que é oferecido pelos pais.

Do ponto de vista do bebê e da criança pequena, como discriminar esta entrada, esta oferta de expectativas tão diversas, ambivalentes e por vezes confusas? Tal desafio se mostra expresso nas manifestações verbais das descrições parentais, nas manifestações vistas nas vinhetas fílmicas e nos aspectos de consenso sugeridos em nossas avaliações. Por exemplo, nos chama a atenção quando uma "mãe agarrada ao filho agarrado à mãe", em recíproca "marsupialidade", nos convoca ao paradoxo em comunicação verbo-gestual, abrindo e logo fechando passagens e aberturas do enlace, como a dizer: *Vai firme, mas fica por aqui!*

O gestual deste diálogo em dupla mensagem, em vinheta do grupo de atendimento conjunto, se manifesta claro em seu paradoxo de sentido implícito, analisado consensualmente pela pesquisadora e avaliadoras como contraditório, expressão de angústia parental sentida possivelmente como paralisante para a criança, em estreitamento mútuo de possibilidades de autonomia e dependência saudável de um outro diferenciado e provedor de nutrientes. Os dois indivíduos ali, siameses não separados, se auto alimentam, sem nenhum espaço entre os corpos físicos/psíquicos para experimentar novas possibilidades, um enunciando o desejo do outro, como se fosse o mesmo si próprio, sem nem possibilidade de depender e oferecer dependência (Winnicot,1963) e colo psíquico diferenciado rumo a um crescimento.

Isto eu gosto! Coxinha de frango eu gosto! Declara a mãe orgulhosa pelo filho de quase 3 anos, em manhês/mamanhês de suposição do sujeito (Laznik 1997), (Kupfer e Jerusalinsky, 2009) como fazemos com um bebê pequeno que ainda não fala. Aparentemente pouco se dando conta de sua fala pelo sujeito, de fato, neste caso, ao invés de supor o sujeito a advir, se sobrepõe ao sujeito já presente, enquanto a câmera capta também sorrisos aparentemente marotos de outras mães.

Poder enunciar no grupo esta percepção emergente, em metáfora somato - psíquica e linguagem pontual lúdica banal (*a mamãe sabe tudo sobre o que o*

Dani gosta... Vamos perguntar para o Dani também? Do que você gosta, Dani?) ilumina o que todos já podem ver, mas talvez não possam falar, por talvez estarem também enlaçados, compartilhando internamente este silêncio grávido com bebês e mães ainda pouco nascidos como sujeitos individualizados.

Tais instrumentos técnicos facilitadores, são essenciais para o processo terapêutico junto a pais e bebês, para que inclusive tais aspectos não necessitem ser atuados em manifestações corporais de fusão e grude anti-sofrimento, ou expulsão e mobilização da atenção parental por oposição, recusa ou intensa seletividade, que, não raro, se viabilizam pelo canal de expressão de demanda de cuidados via condutas alimentares.

Os achados do estudo ampliam a possibilidade de se considerar aspectos facilitadores de acesso ao sofrimento de famílias diante de dificuldades alimentares como expressão de vulnerabilidades relacionais. Integrando aspectos ressaltados em nossa fundamentação teórica com "evidências" sugeridas pela análise dos materiais aqui detalhados, destacamos:

- a consideração dos aspectos relacionais pais-criança e inter/transgeracionais, em consonância com a relevância destes aspectos verificada na literatura aqui também descrita (Lebovici,1988; Silva, 2003)
- a valorização dos próprios instrumentos de observação subjetiva, mesmo para os profissionais com formação pediátrica
- a consideração dos aspectos que caracterizam o entorno relacional e emocional na interface com o sofrimento físico (necessidades localizadas no corpo em associação com o histórico de "dores" e demandas psíquicas não elaboradas, tais como os "fantasmas" do que não pode ser dito (Fraiberg, Adelson e cols. 1980) ou precisa ainda ser "digerido".
- a atenção aos sinais de necessidade de maior investigação ou intervenção preventiva na área do desenvolvimento global e emocional, demonstrando que a atenção aos aspectos alimentares pode sinalizar, a partir de um contato clínico inicial em "puericultura emocional" uma via de acesso parceira da família no cuidado com a saúde. (Silveira, M.M. e cols. 2000)

- a consideração dos dispositivos de acesso ao mundo interno dos bebês/crianças pequenas e seus pais,
- o olhar atento e o manejo relacional, conforme nos vem indicando os trabalhos contemporâneos na clínica pais-bebê (Parlato, Cohen, 2017).
- a atenção a aspectos relacionais mais do que unipessoais, e a funcionamentos vinculares ao invés de tomar pacientes como identificados individualmente com o problema
- a consideração do bebê como interlocutor ativo e responsivo, conforme nos sinalizam os pesquisadores da interface entre Psicanálise e Psicologia do Desenvolvimento, alinhados com as ideias de Stern (1997) aqui fundamentadas e demonstradas em nossas descrições pelas necessidades expressas dos bebês de se colocarem como agentes na regulação de suas trocas emocionais/alimentares/sociais com seu entorno
- a atenção à comunicação que ocorre também pela via do subjetivo presente nas mensagens e do não verbal, na transmissão pelas micro interações (Stern, 1997) que um estudo como este propicia
- A consideração de que impactos emocionais durante o contato também nos contam a respeito do paciente, tradição psicanalítica contratransferencial (Heiman, 1950) que se prova cada vez mais fonte de material relevante conforme nos aventuramos na área dos estados infantis e primitivos.
- o exame de nossas ressonâncias ao que nos toca (aspectos contratransferenciais)
- a escuta empática, que também trata
- o espaço para acolher apreensões, que não significa “resolver”, mas se propor a acompanhar, o que já se constitui como potencialmente terapêutico

Nota-se que nas complexidades e confluências de ambivalências vivenciadas por pais e bebês, explicitadas nas categorias e sub categorias deste estudo, se encontram áreas preciosas de necessidade de acolhimento profissional, sem que nos precipitemos com julgamentos, escolhas morais ou

priorização de dados que poderiam ser os esperados como mais convenientes. Os conflitos, as ansiedades primitivas não seguem estas regras e o sofrimento está existindo em função das várias necessidades de sobrevivência psíquica, proteção e garantia de subjetivação que se busca garantir. Urge que nos aliemos às tendências de curiosidade dos pacientes, abrindo espaços para dúvidas, visões caleidoscópicas, diferentes perspectivas, participando dos vários níveis possíveis de "cozimento de estados proto-emocionais" (Ferro, 2011) sem pressa em preparar uma refeição pré-pronta ou artificial.

Constatamos a partir das demandas envolvidas nas manifestações dos pais e bebês aqui apresentadas, a utilidade de compartilhar, tanto na Pediatria quanto na Psicologia, uma visão psicodinâmica de saúde integral em que corpo e mente se entrelaçam (Wechsler e Wechsler, 2013), valorizando uma leitura além da pura conduta para uma compreensão dos aspectos relacionais conscientes e inconscientes envolvidos, com atenção aos aspectos não verbais e subjetivos, e a outras formas de expressão como a gestual e a lúdica.

Acredita-se que a consideração dos aspectos de autonomia e reconhecimento de dependência nos vínculos pais-bebês, pode beneficiar integrações na construção de relações facilitadoras em que, ao se buscar e promover individualidade, não se percam as conexões com o reconhecimento da dependência para o desenvolvimento e a aprendizagem (Winnicott, 1963). No campo das dificuldades e condutas alimentares, tal integração favorece o processamento da "nutrição" recebida, sem que se tenha que mobilizar a atenção parental por oposição, recusa ou intensa seletividade como atalho desesperado para um pseudo-reasseguramento de ser alguém com vontade própria, substituindo sentimentos de desamparo e confusão por controle e autossuficiência, culminado em possíveis processos extremos de seletividade, recusa alimentar e evitação de entrada como os descritos por Gianna Williams 1997, 2004) vivenciados aqui por muitos dos participantes em nosso estudo.

Tais vulnerabilidades relacionais, podem ser acompanhadas, em escuta empática e espaço para acolher comunicações de vários níveis, tanto em Pediatria quanto em Psicologia. Nestas parcerias crescem também com mais saúde nossos campos de trabalho, clínica e pesquisa, fertilizados e nutridos pelo diálogo e trocas recíprocas proporcionadas por esta interface.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Condutas e dificuldades alimentares podem ser expressão de dificuldades de processamento psíquico no contexto das relações, substituindo-se tal necessidade por demandas de prescrições pediátricas que substituam a tolerância a processos emocionais por ofertas almejadas como soluções externas “imediatas”, mas que colaboram pouco para a construção de sintonia e experiência de mutualidade no ritmo relacional. Inclui-se aqui a substituição do contato parental quando compreensivamente sensível e vulnerável (em necessidade de “processamento”), pela ênfase, por exemplo, na terceirização dos cuidados, ou na oferta de alimentos “ultraprocessados”.

Como modelo de relação e processos de internalização, matriz viva e dinâmica, relevante não só no início da vida, a área alimentar pode sinalizar necessidades de suporte familiar e profissional para facilitar processamentos psíquicos, ao invés de concretizar soluções pouco mediadas pela relação.

Sugere-se que a oferta de atendimento em contexto pediátrico contemple a compreensão das ansiedades parentais e dos recursos de proteção de pais e bebês (categorias centrais emergentes no estudo) colocando-se como espaço de “processamento” dos elementos que possam estar interferindo na saúde das relações alimentares.

Acreditamos que esta investigação clínica qualitativa contribui para consolidar subsídios e sistematizar possibilidades de operacionalização da interface Pediatria e Psicologia, de maneira mais integrada ao dia a dia do pediatra e do psicólogo/psicanalista no contexto pediátrico em contato com as dificuldades relacionais iniciais.

Pretende-se que tais desdobramentos facilitem o reconhecimento de necessidade de intervenção oportuna a partir da compreensão dos aspectos emocionais expressos nas dificuldades alimentares no contexto das relações pais-bebês, identificando-se casos em que haja riscos desestabilizadores para o desenvolvimento infantil e fortalecendo-se a rede pediátrica de cuidados multiprofissionais de suporte aos vínculos iniciais.

Espera-se que a continência oferecida pelos profissionais no acompanhamento de dificuldades alimentares com potencial de risco e

cristalização possa multiplicar-se e fortalecer a capacidade dos pais para digestão e metabolização de sua experiência emocional, possibilitando o oferecimento de “alimentos mais processados psiquicamente”.

Tal processamento, metaforicamente, mas também cotidianamente na potência das micro relações, pode também constituir-se como alternativa a alimentos mais processados quimicamente (como por exemplo, na terceirização de cuidados, que pode vir frequentemente temperada com elementos de culpa e excessos compensatórios não integrados), ou “multi processados” pela pasteurização e não diferenciação emocional dos ingredientes envolvidos. Ao vivenciar tais possibilidades de processamento conjunto no contato com pais e bebês estamos favorecendo a constituição de bebês-indivíduos com capacidade de também processar, conter e aproveitar os alimentos e nutrientes psíquicos oferecidos, ao longo de toda a vida.

Imagina-se que ainda haja uma grande lacuna a ser preenchida em termos de publicações de alcance a respeito do muito que se faz em assistência e prática cotidiana, integrando profissionais com abordagens psicodinâmicas trabalhando na rede pública e privada em contextos de saúde e de prevenção. A prática clínica demandante de experiência e discutida em espaços de acolhimento supervisionado, e espaços de autodesenvolvimento a partir de análise/psicoterapia pessoal e pertinência a grupos de formação, tem contribuído só muito modestamente para a difusão de nossas práticas nesta tão poderosa interface, que poderia nos beneficiar mutuamente e propiciar terapêuticas de muito maior alcance e consistência.

Estudos como este podem não abarcar um universo de grande significância quantitativa, o que poderia ser qualificado como uma limitação da investigação. Entretanto a possibilidade privilegiada de aprofundamento pela qualificação de dados não numéricos e a disponibilização destes para balizar desdobramentos em mais ampla escala, podem ser complementares e contribuem para favorecer ampliações e replicabilidade.

Além de sua própria constituição como metodologia de pesquisa, a psicanálise, como uma das representantes das abordagens psicodinâmicas, vem tentando dialogar com metodologias reconhecidas pela comunidade científica mais ampla, e se empenhado para traduzir em linguagem

compartilhável as contribuições que acreditamos poder enriquecer a investigação e o desenvolvimento humano em nossas comunidades. Esperamos que este esforço se faça visível neste projeto e que as contribuições por ele oferecidas possam reverberar na continuidade de práticas a serem mais compartilhadas e multiplicadas em nosso meio, como promoção de bases de saúde fundamentais para a criança e a família.

Nesta frutífera parceria entre os campos da pediatria e das abordagens psicodinâmicas em psicologia, acreditamos poder estreitar vínculos e trocas produtivas no campo científico mais amplo, integrando estudos de caso e aprofundamento qualitativo com a formulação de instrumentos úteis no campo pediátrico e comunitário.

Um exemplo vivo e emblemático destes intercâmbios se demonstrou no próprio âmbito deste trabalho de investigação, quando pudemos ver psicólogos e psicanalistas se debruçando de maneira interessada e interessante sobre tentativas de objetivações e sistematizações, e pediatras metaforicamente "enxergando" e mencionando o silêncio em quadrinhos vazios nos registros para avaliação, demonstrando espaço e escuta para aspectos muito além dos explícitos e literais. A nosso ver, ganham com isso, e muito, nossos pacientes!

Metaforicamente, o modelo de oferecimento de alimentação terapêutica regular saudável, de acordo com a necessidades e ritmos dos indivíduos, parece bem mais apropriado do que o modelo anoréxico da total carência solitária de necessidades não notadas, ou do que o modelo bulímico, dos arroubos de preenchimento em momentos de emergência de necessidades sem modulação (Miranda, 2004), ou ainda do que o modelo da obesidade, do inchaço por alimentos artificiais não favorecedores da saúde, comprometendo qualidade psíquica e interferindo na nutrição para aproveitar a vida. Felizmente, nenhum destes três modelos parecem fazer jus ao apetite e desenvolvimento dos profissionais e famílias que se envolveram nas várias fases de processamento deste trabalho. Saúde!

9. ANEXOS

I. Tabela de Indicadores de vulnerabilidade e resiliência
II. Fluxograma do Atendimento ambulatorial, Setor de Saúde Mental para Bebês/Crianças de 0 a 3 anos e 11 meses: Núcleo de atendimento a pais e bebês
III. Detalhamento do programa do Núcleo de atendimento a pais e bebês
IV. Questionário completo aplicado em Triagem de crianças de 0 a 18 meses
V. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa
VI. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VII. Banco de dados com três análises das descrições parentais sobre o bebê e suas dificuldades alimentares
VIII. Banco de dados com três análises das vinhetas do Grupo de atendimento a pais e bebês
IX. Cartaz com a construção e estruturação das categorias

ANEXO I

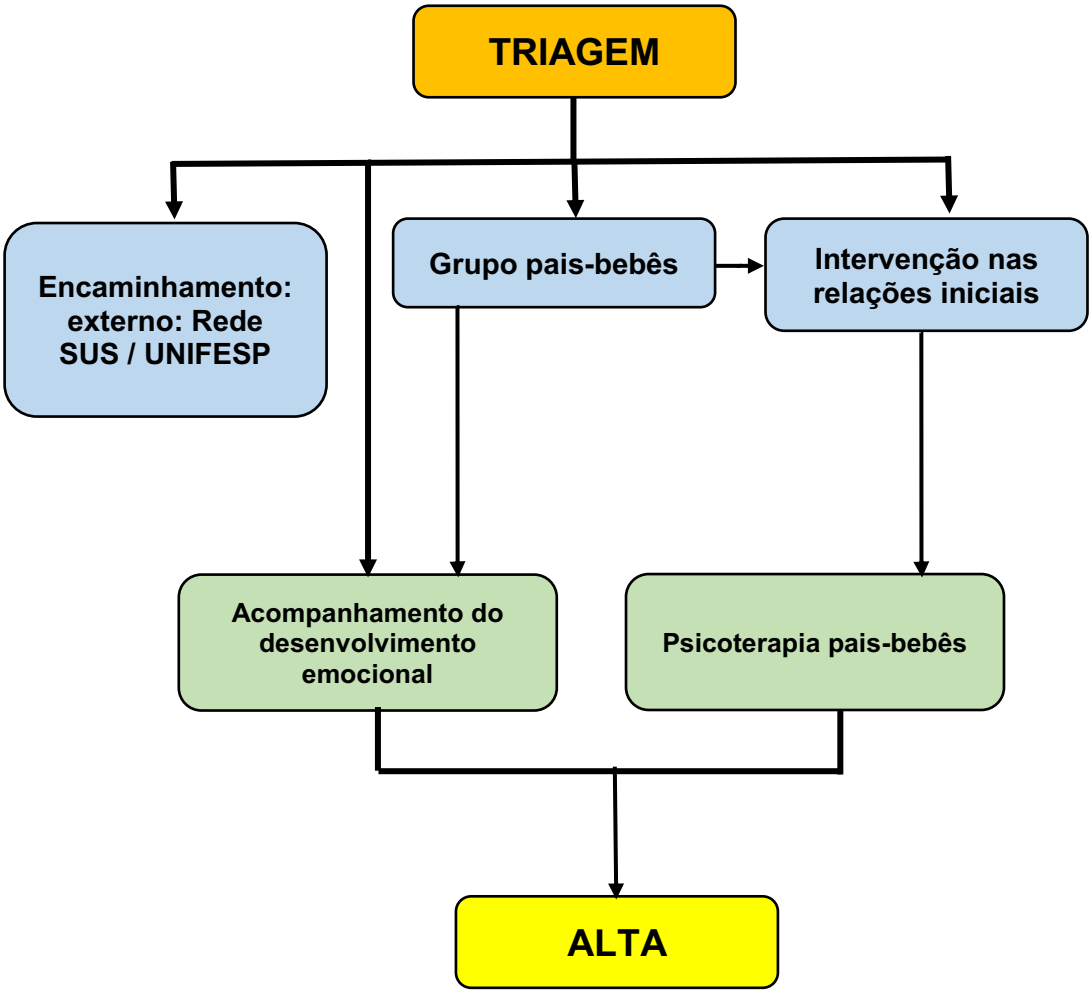
Tabela de Indicadores de vulnerabilidade e resiliência

INDICADORES DE VULNERABILIDADE (V)	INDICADORES DE RESILIÊNCIA (R)
(V1) Gravidez, parto e pós-parto conflituosos, representados como sobrecarga emocional	(R1) Dificuldades não se avolumam como sobrecarga emocional
(V2) Desistência da amamentação ao seio, mudanças no tipo de alimentação ou desmame abruptos	(R2) Acompanhamento do ritmo do bebê, transições graduais
(V3) Estados maternos de tristeza e humor deprimido	(R3) Capacidade do bebê de "reavivar" a relação com a mãe
(V4) Intenso investimento emocional atribuído à questão alimentar	(R4) Investimento emocional comum atribuído à questão alimentar
(V5) Perdas / lutos não elaborados	(R5) Capacidade parental de tolerar a própria dor e se identificar com o bebê
(V6) Desvalorização da figura materna	(R6) Apoio e respaldo à figura materna (ex: por pai e avós)
(V7) Tensão e/ou falta de suporte nos relacionamentos familiares	(R7) Recursos de continência na família - campo de continência
(V8) Tendência do bebê à autossuficiência	(R8) Bebê aceita dependência
(V9) Evitação e defesa contra entradas externas	(R9) Bebê aceita entradas externas. (R9') Cuidadores não invasivos
(V10) Inibição das atitudes exploratórias (orais e gerais)	(R10) Desenvolvimento das atitudes exploratórias, contando com o estímulo dos pais
(V11) Alimento como resposta imediata a qualquer desconforto	(R11) Pais disponíveis para explorar os sinais do bebê
(V12) Modalidades de relacionamento anti – continente (evacuação de ansiedade e ação). Reversão da relação de continência: bebê como receptáculo	(R12) Modalidades de relacionamento continente (receptividade e metabolização de conteúdos emocionais)
(V13) Falta de outros relacionamentos continentes para o bebê	(R13) Suporte de relacionamentos continentes alternativos
(V14) Dificuldade em se ver o bebê real devido à atribuição ao bebê de sentimentos e estados mentais dos pais: projeções intensas de iminência de morte, culpa e hostilidade, difíceis de serem metabolizadas	(R14) Permeabilidade das projeções ao impacto da realidade, da experiência com o bebê de fato (R14') Capacidade do bebê de sustentação de sua identidade
(V15) Estímulo parental à autossuficiência do bebê	(R15) Aceitação da dependência infantil

Legenda: **azul (aspectos parentais), verde (aspectos do bebê) e vermelho (aspectos relacionais)**

ANEXO II

I. **Fluxograma do Atendimento ambulatorial, Setor de Saúde Mental para Bebês/Crianças de 0 a 3 anos e 11 meses: Núcleo de atendimento a pais e bebês**



ANEXO III
Detalhamento do programa do Núcleo de atendimento a pais e bebês

O que é Intervenção nas Relações Iniciais?
São atendimentos terapêuticos conjuntos em que, a partir do sintoma do bebê ou criança pequena (em geral nas áreas relacionadas ao sono, alimentação, vínculo, comunicação, controle esfincteriano, transtornos somáticos ou ansiedade de separação), se facilita a discriminação entre os aspectos constitutivos da identidade da criança, favorecendo a comunicação cuidadores-bebês e relação intrafamiliar.

Como funciona e quando acontece?
Após a realização de triagem de pacientes com idade até 3 anos e 11 meses, a família é encaminhada para o atendimento que acontece semanalmente por 4 ou 5 sessões com a criança e os pais (ou cuidadores). Havendo a necessidade de continuação, o seguimento do atendimento se dará através de uma psicoterapia conjunta chamada Psicoterapia pais-Bebês – a frequência será determinada pelo terapeuta responsável.

Dias e horários:
4ª. feira às 10h30 e 11h30
5ª. feira às 10h30 e 11h30

O que é Acompanhamento do Desenvolvimento Emocional?
É um acompanhamento periódico, regular da criança e de seus pais ou cuidadores, com o objetivo de seguir passo a passo o desenvolvimento do paciente em seus aspectos psicológicos, no contexto da relação, ao longo de seus três primeiros anos de vida.

Como funciona e quando acontece?
Após a realização de triagem de bebês, a família é encaminhada para o atendimento, que acontece inicialmente semanalmente e depois com progressivo espaçamento. São atendidos os bebês e seus pais ou cuidadores.

Dias e horários:
4ª. feira às 10h30 e 11h30
5ª. feira às 10h30 e 11h30

Como é um Grupo Pais-Bebês?
É uma alternativa de encaminhamento imediato para famílias com bebês e crianças pequenas que necessitam (e se beneficiam) de um acolhimento compartilhado para ansiedades e dificuldades que estejam interferindo (ou passam a interferir) no desenvolvimento da criança e/ou no desenvolvimento da função parental dos cuidadores.

Quem pode participar e quando é o grupo?
É um grupo aberto ao qual, após a realização de triagem de pacientes com idade até 3 anos e 11 meses, a família é encaminhada, podendo ser atendida inclusive, enquanto aguarda (ou realiza) outro atendimento no setor. Participam tanto crianças como cuidadores. Tem duração de 01 hora. (Temos grupos organizados para receber crianças de 0 a 2 e 2 a 3

Dias e horários: 5ª. feira às 12h30

ANEXO IV

Questionário completo aplicado em Triagem de crianças de 0 a 18 meses

Questionário Reformulado

Projeto de Pesquisa
Detecção de riscos no desenvolvimento e transtornos iniciais nas relações pais-bebês

Sujeitos: Pais com bebês entre 0 e 18 meses:
. Com dificuldades alimentares não orgânicas
. Com outras dificuldades (sono, humor, contato, desenvolvimento, etc.).
. Sem apresentação de queixa

QUESTIONÁRIO:

Nome do bebê: _____
Nome da mãe: _____
Nome do pai: _____
Data de nascimento do bebê: _____ Idade: _____
Nascimento a termo: ___SIM ___NÃO Prematuro: _____ semanas
Data da aplicação do questionário: _____ Presentes: _____
Local de contato: _____
Dados para contato: _____
_____

Você tem alguma preocupação com o desenvolvimento do seu bebê?
___ NÃO ___SIM

Quais?
_____
_____
_____

1) Como foi a gestação?
___Não teve problemas **___ Teve problemas**

1a) (Se teve problemas)Quais?
_____
_____
_____

2) Como foi o parto?
___Não teve problemas **___ Teve problemas**

2a) (Se teve problemas) Quais?
_____
_____
_____

3) Como foi o pós-parto?

1

___**Não teve problemas** ___ **Teve problemas**

3a) (Se teve problemas) Quais?

_____

_____

_____

4) Como foram as mudanças na forma de aleitamento? Ocorreram dificuldades de adaptação? Ocorreram mudanças bruscas ou necessidade de interrupção inesperada ou conflituosa nas formas de aleitamento?

___**Não teve problemas** ___ **Teve problemas**

4a) (Se teve problemas) Quais?

_____

_____

_____

4b) Como o bebê foi amamentado?

_____

_____

_____

4c) Por quanto tempo?

_____

_____

_____

4d) Por que ocorreu o desmame?

_____

_____

_____

4e) Como foi o desmame?

_____

_____

_____

4f) Quando foi introduzida a mamadeira?

_____

4g) Como se deu a aceitação da mamadeira pelo bebê?

_____

_____

_____

4h) Quando foram introduzidos outros alimentos?

_____

4i) Quais?

4j) Como se deu a aceitação pelo bebê?

5) A mãe sentiu-se deprimida durante a gestação?
___NÃO **___SIM**

5a) Por favor, especifique

5b) A mãe sentiu-se deprimida no pós-parto?
___NÃO **___SIM**

5c) Por favor, especifique

5d) A mãe sente-se deprimida no momento atual?
___NÃO **___SIM**

5e) Por favor, especifique

5e) (Se SIM em alguma das anteriores no item 5) Como o bebê reagiu aos estados de depressão da mãe?

6) Você tem, ou já teve dificuldades alimentares?
___NÃO **___SIM**

6a) Por favor, especifique

7) Ocorreram abortos anteriores?
___NÃO **___SIM**

7a) Por favor, especifique

_____
_____
_____

7b) Houve alguma perda, morte ou ameaça de perda/doença/acidente com alguém significativo próximo ao momento da gestação ou início de vida do bebê?
___NÂO **___SIM**

7c) Por favor, especifique

_____
_____
_____
_____
_____
_____

7d) Você se sente preocupada com alguma perda importante vivenciada em qualquer outro momento de sua vida (pais, irmãos, filhos ou outros relacionamentos significativos)?
___NÂO **___SIM**

7e) Por favor, especifique

_____
_____
_____
_____
_____
_____

8) Como se sente em relação à sua função de mãe? Sente –se criticada desvalorizada, não reconhecida em sua função de mãe?
___NÃO **___SIM**

8a) Por favor, especifique

_____
_____
_____
_____

9) Existem dificuldades no relacionamento do núcleo familiar?
___NÃO **___SIM**

9a) Por favor, especifique

_____
_____
_____
_____
_____

10) Você sente falta de ajuda de outras pessoas no cuidado com o bebê?

_____

10a) Quem ajuda no cuidado com o bebê?

10b) Com quem o bebê mantém bons vínculos?

11) O bebê demonstra excessiva auto-suficiência e autonomia (ex: brinca mais sozinho, solicita pouca ajuda)?
___NÃO **___SIM**

11a) Por favor, especifique

12) (Se respondeu SIM à questão11) O que você acha desta independência?

13) Como o bebê explora brinquedos e objetos através da boca?
___NÃO TEM DIFICULDADE **___TEM DIFICULDADE**

13a) Por favor, especifique

13b) Como está se desenvolvendo a expressão oral do bebê (balbucio, início da fala, exploração de sons?)
___NÃO TEM DIFICULDADE **___TEM DIFICULDADE**

13c) Por favor, especifique

14) Como seu bebê demonstra desconforto?

14a) Como você responde a ele nestas situações?

15) Como você descreveria o seu bebê?

15a) Se existem dificuldades no desenvolvimento de seu bebê (ex: alimentação, sono, humor, etc.), como você entende estas dificuldades?

15b) Há algo que você gostaria de comentar ou acrescentar?

Autorização para a utilização dos dados do questionário para fins científicos de pesquisa

Ass: _____

Indicadores significativos:

1.Gestação conflituosa	Sim ____	Não___
2.Parto conflituoso	Sim____	Não___
3.Pós-Parto conflituoso	Sim____	Não___
4.Dificuld. de adaptação às mudanças de alim.	Sim____	Não__
5.Depressão materna (Nível 1, 2,3)	Sim____	Não___
6. Investimento na questão alimentar	Sim____	Não___
7.Perdas signif./ não elaboradas (Nível 1,2,3)	Sim____	Não___
8. Desvalorização da figura materna	Sim____	Não___
9. Tensão familiar	Sim____	Não___
10. Rede de suporte precária	Sim____	Não___
11. Auto-suficiência do bebê	Sim____	Não___
12. Estímulo à auto-suficiência do bebê	Sim____	Não___
13. Inibição, evitação oral	Sim____	Não___
14. Anti-continência parental	Sim____	Não___
15. Intensas projeções parentais	Sim____	Não___
Total	_____	

Total de indicadores diretos (presença de marcadores positivos SIM para possíveis sinais de risco)

Apreciação qualitativa:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Seguimento:

_____
_____
_____

Pesquisadora: Mariângela Mendes de Almeida, Psicóloga
Local de desenvolvimento da pesquisa: UNIFESP

ANEXO V
Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIFESP - HOSPITAL SÃO PAULO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aspectos emocionais presentes nas dificuldades alimentares iniciais: compreensão e intervenção nas relações pais-bebês em contexto pediátrico

Pesquisador: MARIÂNGELA MENDES DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 85648718.9.0000.5505

Instituição Proponente: Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.580.106

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n:0276/2018

O estudo tem como objetivo, investigar os aspectos emocionais envolvidos nas dificuldades alimentares nos três primeiros anos de vida, de forma a apresentar subsídios conceituais e mediações práticas, que possam fortalecer uma efetiva interface entre pediatras e psicólogos no atendimento a pais e crianças em seus primeiros impasses.

-HIPÓTESE: A ampliação da compreensão dos aspectos emocionais presentes nas dificuldades alimentares infantis pode facilitar o atendimento das vulnerabilidades nas relações iniciais pais-bebê, contribuindo para que a interface entre as disciplinas envolvidas no cuidado favoreça o desenvolvimento da saúde integral da criança.

Objetivo da Pesquisa:

-OBJETIVO PRIMÁRIO: Apresentar subsídios conceituais e mediações práticas, que possam fortalecer uma interface efetiva entre profissionais, familiares e crianças na compreensão integrada acerca dos aspectos emocionais nas relações pais-filhos e suas dificuldades alimentares iniciais.

-OBJETIVO SECUNDÁRIO: - Aprofundar a compreensão dos aspectos emocionais envolvidos nas dificuldades alimentares iniciais. - Oferecer subsídios para facilitar o contato dos profissionais

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

com aspectos emocionais presentes nas dificuldades alimentares na primeira infância. - Demonstrar como o fortalecimento da interface Pediatria e Psicologia/Psicanálise e sua operacionalização interventiva, possível no campo das dificuldades alimentares infantis, favorece o encontro do saber e prática profissional com as necessidades das famílias com dificuldades em suas primeiras relações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-RISCOS: Tempo maior dispendido durante o atendimento para responder as perguntas direcionadas do questionário.

-BENEFÍCIOS: Ampliação do atendimento em aspectos da relação mãe-bebê com enfoque na alimentação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-Trata-se de projeto de doutorado de MARIÂNGELA MENDES DE ALMEIDA. Orientador: Prof. Dr. Dirceu Solé; Co-orientadores: Prof. Dr. Rudolf Wechsler e Profa. Fabíola I. Suano de Souza. Projeto vinculado ao Pós-Graduação de Pediatria e Ciências Aplicadas a Pediatria e ao Departamento de Pediatria, SP-EPM, UNIFESP.

- Todos os dados utilizados para esse trabalho foram extraídos de um projeto anterior já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP sob nº 0423/09 (Detecção de riscos no desenvolvimento e transtornos iniciais nas relações pais-bebês) e será utilizado como material para o desenvolvimento da tese de doutorado da pesquisadora principal. O projeto nº 0423/09 está em nome da pesquisadora do presente projeto e foi referente à sua tese de mestrado.

TIPO DE ESTUDO: Estudo retrospectivo transversal.

LOCAL: Setor de Saúde Mental do Departamento de Pediatria da EPM-Unifesp; Núcleo de Atendimento a Pais e Bebês.

PARTICIPANTES: dados de projeto anteriormente realziado.

PROCEDIMENTOS:Será realizada a coleta retrospectiva de material registrado e selecionado de dezessete unidades pais-bebê, a partir dos seguintes critérios: a) Do universo de pacientes (0 a 18 meses) encaminhados ao Setor de Saúde Mental do Departamento de Pediatria da EPM-Unifesp, no período de 2010 a 2017, selecionaram-se aqueles cujos pais haviam respondido a questionário de

pós-triagem e que indicavam queixas alimentares. Foram localizadas catorze unidades pais-bebê (em sua maioria díades, com algumas tríades, incluindo a presença do pai). b) Quatro mães e seus filhos participantes do Grupo de atendimento a pais e bebês/crianças pequenas, oferecido pelo Núcleo de atendimento a pais e filhos com idade entre zero a três anos e onze meses. Foram selecionadas cinco vinhetas de atendimento destas díades, por se referirem a aspectos relacionados a dificuldades alimentares. (Uma destas mães havia respondido ao questionário de pós triagem apontando dificuldades alimentares, estando portanto, esta díade incluída entre as catorze unidades acima mencionadas) Critério de Inclusão: - Crianças de 0 a 18 meses do Setor de Saúde Mental - Com queixas alimentares Critério de Exclusão: Foram excluídas as crianças que apresentavam doenças capazes de levar a restrições alimentares (alergia alimentar, doença celíaca, erros inatos do metabolismo) e as que não se alimentavam exclusivamente por via oral.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente.

2-TCLE a ser aplicado aos participantes: foi enviado o modelo de TCLE que foi aplicado aos participantes do projeto 0423/09, do qual foram extraído os dados para o presente projeto.

3- outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:

a)- declaração de garantia de sigilo e anonimização dos dados, assinada pela pesquisadora responsável pelo presente projeto (Pasta: Declaração de Pesquisadores- Submissão 5; Documento: CompromissoPDF2018.pdf)

b)- declaração em nome da pesquisadora responsável pelo presente projeto, de ciência de que para o presente projeto serão utilizados dados do projeto 0423/09 (Pasta: outros - Submissão 5; Documento: LiberacaocartaCoEPHSPHU.docx)

c)- carta de aprovação CVEP/UNIFESP do projeto 0423/09 em nome de MARIÂNGELA MENDES DE ALMEIDA (Pasta: Parecer Anterior - Submissão 5; Documento: ParecerCEPanterior.pdf)

Recomendações:

Nada consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem inadequações

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos .

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1069233.pdf	17/03/2018 13:32:45		Aceito
Outros	RelatorioFinal042309.doc	07/03/2018 20:12:04	Fabíola Isabel Suano de Souza	Aceito
Outros	LiberacaocartaCoEPHSPHU.docx	02/03/2018 23:59:39	Fabíola Isabel Suano de Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CEPUNIFESP2018.pdf	27/02/2018 00:11:28	Fabíola Isabel Suano de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmariangela2018.pdf	27/02/2018 00:09:45	Fabíola Isabel Suano de Souza	Aceito
Parecer Anterior	ParecerCEPanterior.pdf	27/02/2018 00:08:04	Fabíola Isabel Suano de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMariangela2018.doc	27/02/2018 00:07:10	Fabíola Isabel Suano de Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CompromissoPDF2018.pdf	27/02/2018 00:06:50	Fabíola Isabel Suano de Souza	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto2018PDF.pdf	27/02/2018 00:01:45	Fabíola Isabel Suano de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

Continuação do Parecer: 2.580.106

SAO PAULO, 04 de Abril de 2018

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

ANEXO VI

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: Detecção de riscos no desenvolvimento e transtornos iniciais nas relações pais-bebês

Estas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que visa investigar a presença de indicadores de risco e de recursos de proteção nas relações iniciais em famílias com pais e bebês de 0 a 18 meses.

Neste estudo serão entrevistadas trinta famílias, nos locais de acompanhamento e assistência freqüentados pelos pacientes (Ambulatório de Saúde Mental e Ambulatório de Prematuros do Depto de Pediatria da UNIFESP).

Não há riscos ou desconfortos decorrentes da aplicação dos procedimentos propostos. A aplicação do questionário e a interação com os pais e bebês a partir do contato na entrevista possibilitam um acolhimento pelo profissional aplicador como representante da rede de suporte que pode vir a ser apresentada à família, aprofundada e ampliada de acordo com as necessidades dos usuários. Famílias em que fica claro na entrevista a necessidade de acompanhamento ou prosseguimento de investigação, receberão atendimento no setor responsável.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa, Mariângela Mendes de Almeida, para esclarecimento de eventuais dúvidas. O profissional poderá ser encontrado no Ambulatório do Setor de Setor de Saúde Mental do Depto de Pediatria da UNIFESP, à Rua do Otonis, 885, fone 5539 1939. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de ética em Pesquisa (CEP), Rua Botucatu, 572, 1° andar, cj. 14, fone 5571 1062, fax 5539 7162, email cepunifesp@epm.br.

É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

O entrevistado tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, ou dos resultados que sejam do conhecimento do pesquisador.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador assume o compromisso de utilizar os dados e o material coletado para fins científicos e somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **Detecção de riscos no desenvolvimento e transtornos iniciais nas relações pais-bebês.**

Eu discuti com a psicóloga Mariângela Mendes de Almeida sobre minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Assinatura do paciente/ representante legal _____
Data___/_____/____

Assinatura da testemunha _____
Data ___/_____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo _____
Data ___/_____/____

ANEXO VII - Banco de dados com três análises das descrições parentais sobre o bebê e suas dificuldades alimentares

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	PREOCUPAÇÃO	COMO DESCREVERIA O SEU BEBÊ	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra "M" A2 - Avaliadora Psicóloga "R" P - Pesquisadora Psicóloga "M"	COMO ENTENDE AS DIFICULDADES	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra "M" A2 - Avaliadora Psicóloga "R" P - Pesquisadora Psicóloga "M"
(1)B.B.B.	2m	ALIMENTAÇÃO, REFLUXO **Preocupação centrada no bebê**	MARAVILHOSA (PAI)	**A1 - Acredito que seja um sentimento comum a muitos pais (e mães), sempre associar ao filho boas características e adjetivos, quase que "profetizando" que seja uma boa criança.** **A2 - Destaca qualidades.** **P - Deslumbramento, apaixonamento, encantamento, intensidade emocional.**	TEM REFLUXO	**A1 - Uma preocupação constante e presente em 99,99% dos pais, principalmente os de 1ª viagem, uma situação em muitas vezes fisiológica, passageira, mas que gera muita angústia e traz muita insegurança – será que meu anjinho é doente???** **A2 - Reconhecem as dificuldades.** **P - Explicação técnica como justificativa.**
			NÃO TENHO PALAVRAS (MÃE)	**A1 - Para as mães a chegada de um bebê, daquele ser que estava em seu ventre, é uma mudança na vida e nos sentimentos muito forte. Os primeiros meses, as primeiras semanas, são de adaptação, conhece-se aquele ser que antes apenas chutava e mexia de uma forma muito diferente, e acredito que isso, inicialmente, pode deixar muitas mães surpresas e até mesmo assustadas, num misto de sentimentos que é até difícil descrever.** **A2 - Parece difícil falar da preocupação e não apenas das qualidades que a bebê tem – mãe fica sem palavras.** **P - Impacto emocional, identificação instintiva.**	TENHO DIFICULDADES PARA LIDAR	**A1 - Situação normal de qualquer ser humano. No dia-a-dia temos dificuldades para lidar com situações e pessoas variadas, porém a cobrança para se lidar com um bebê seu, saído de si, ou escolhido através da adoção, traz aos pais mais angústia e sofrimento.** **A2 - Reconhecem os pontos frágeis, mas parecem não estar associados à bebê.** **P - Dificuldade própria impede o tentar imaginar.**
			ELA É UM ANJINHO, BOAZINHA (MÃE)	**A1 - Os pais procuram sempre adjetivos de carinho para seus filhos e, neste caso, quase que de adoração, remetendo a símbolos religiosos.** **A2 - Destaca qualidades para aplacar preocupações?** **P - Aceita tudo, mas devolve? Adaptabilidade.**	FICO IMPACTADA	**A1 - Esse cenário é quase visível, quase palpável, é fantástico observar essa fala, eventualmente encontramos mães que chegam até com real dificuldade para segurar os próprios filhos, tamanhas as inseguranças, mudanças e dificuldades que encontram e não conseguem resolver – mães com dificuldades no movimento de tomada de decisões.** **A2 - Apesar de reconhecer os pontos frágeis parece não se sentir associada à bebê. Afastamento?** **P - Mãe e bebê ainda pouco diferenciados. Paralização. Resposta evidenciando estado emocional da mãe. Bebê bem novo. Díade recém-formada.**

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	PREOCUPAÇÃO	COMO DESCREVERIA O SEU BEBÊ	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra “M” A2 - Avaliadora Psicóloga “R” P - Pesquisadora Psicóloga “M”	COMO ENTENDE AS DIFICULDADES	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra “M” A2 - Avaliadora Psicóloga “R” P - Pesquisadora Psicóloga “M”
(2)M.D.S.	5m	TEM.QUANDO ESTAVA GRÁVIDA DELE FUI USUÁRIA DE DROGAS, NÃO FIZ PRÉ NATAL. QUANDO ELE FICA DOENTINHO FICO PREOCUPADA QUE ELE POSSA TER ALGUM DESENVOLVIMENTO DE SAUDE - REFLUXO (MÉDICOS FALAM QUE NÃO TEM RELAÇÃO COM AS DROGAS) **Preocupação centrada na mãe**	FORA DO NORMAL	**A1 - Acredito que remeta à fala materna primeira – pré-natal sem acompanhamento adequado e sem cuidados maternos ou fetais – realmente algo “fora do normal” -, não comum. O usual é fazer pré-natal corretamente e tomar vários cuidados. O bebê remete à gestação inadequada – seria ele também inadequado?** **A2 - Parece estar procurando “parâmetros” do que esperar do filho, enquanto personalidade a partir da vivência da gestação. Procura parâmetros.** **P - Exaltação, encantamento.**	NÃO É MUITO	**A1 - Não entendo. Entendo apenas que traz uma ambivalência – “não” e “muito”. Remete à confusão.** **A2 - Adaptação à parâmetros de normalidade.** **P - Aceitação, aplacamento?**
			CRIANÇA AGITADA GRAÇAS A DEUS	**A1 - Remete à saúde, é quase um uníssono que “criança saudável é criança agitada”, nesse caso há símbolo religioso quase de agradecimento por uma saúde não planejada.** **A2 - Parâmetros a partir da gestação?** **P - Valorização da vitalidade**	É DE FAMÍLIA - HISTÓRICO DELA E DOS IRMÃOS	**A1 - Associação com outros irmãos e familiares é muito comum, o que não desperta o olhar para um novo sujeito em formação, mas sim para semelhanças em pessoas próximas apenas, uma forma mais amena em lidar com características que surgem em alguém que se desenvolve.** **A2 - Inclui o bebê na sua linhagem.** **P - Atribuição ao familiar (histórico genético? Social?)**
			MUITO CURIOSA. ONDE CHEGA OLHA BASTANTE, CONVERSADOR	**A1 – A mãe elogia a criança remetendo aspectos de Saúde.** **A2 - Expectativa quanto à personalidade conectada do filho.** **P - Valorização da iniciativa. Valorização da capacidade de contato.**	INÍCIO DO REFLUXO PREOCUPA	**A1 - Teme associação com doença grave e pré-natal descuidados; preocupa a culpa.** **A2 - Demonstra afeto e cuidado.** **P - Ansiedade frente ao que pode evoluir.**
			NÃO É CHORÃO - PARA CHORAR TEM QUE ESTAR COM DOR OU COM FOME	**A1 - Pais têm orgulho em dizer que seu filho é calmo, quase não chora, que é uma criança que requisita pouco. Não entendo isso. Choro é uma das poucas formas de comunicação de um bebê, principalmente recém-nascido.** **A2 - Demonstra querer conhecer o filho** **P - Valorização da resistência. Só dor ou fome como sofrimento.**	MAMA E GOLFA	**A1 - Rotina. Normal. Traz ansiedade e medo.** **A2 - Descreve o movimento funcional do bebê.** **P - Dificuldade descrita no físico funcional.**
			PRO TEMPO QUE ELE TEM ELE É BEM ESPERTO BEM PRECOCE MESMO	**A1 - Orgulho em ressaltar um filho saudável, com desenvolvimento além do esperado, principalmente levando em consideração o cenário gestacional – é um vencedor.** **A2 – Ambivalente.** **P - Valorização da esperteza / precocidade.**		**A1 - O silêncio. Ele é uma boa pista para o não verbal, que profissionais de saúde (alguns) buscam pouco.**

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	PREOCUPAÇÃO	COMO DESCREVERIA O SEU BEBÊ	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra "M" A2 - Avaliadora Psicóloga "R" P - Pesquisadora Psicóloga "M"	COMO ENTENDE AS DIFICULDADES	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra "M" A2 - Avaliadora Psicóloga "R" P - Pesquisadora Psicóloga "M"
(3)G.N.P.	5m	PREOCUPAÇÃO COM O DESENVOLVIMENTO **Preocupação centrada no bebê**	AGORA ELE É UMA PESSOA QUE INTERAGE BEM COM TUDO. MUDA QUANDO IRRITADO COM ALGUMA COISA	**A1 - Agora o ser em formação constitui-se como enfim pessoa, agora dá sinais de que entende, que se relaciona, está "entrando" para a sociedade.** **A2 - Tenta falar de aspectos saudáveis.** **P - Valorização da capacidade de contato/interação. Percepção de que o estado interno gera mudanças na atitude.**	NÃO SEI SE NO COMEÇO FICAR PREOCUPADO COM O COMER TALVEZ TENHA DIFICULTADO	**A1 - Sentimento de culpa e de que o medo possa trazer repercussões ao filho.** **A2 - Sensação de culpa, de não se sentir boa para fornecer o que a criança precisava.** **P - Consciência de que preocupações, ansiedade podem contribuir para dificuldades.**
			TEM HORAS QUE FICA TRANQUILO (NÃO FICA POR UM TEMPO PROLONGADO MAS FICA UM TEMPO RAZOÁVEL)	**A1 - Remete à criança anterior que chora pouco, requisita pouco. Isso é uma fala preocupante, e uma criança que também preocupa.** **A2 - Destaca aspectos de saúde.** **P - Expectativa de que haja tranquilidade.**	TENTAVA DAR COMIDA, CHORAVA	**A1 - Sinal de sofrimento psíquico que precisa ser investigado.** **A2 - Não se sente competente.** **P - Empenho dos pais respondido com reação de incômodo (choro).**
			ESTÁ MAIS TRANQUILO AGORA, ANTES CHORAVA E FICAVA IRRITADO, NÃO QUERIA COMER, O QUE FAZER?	**A1 - Bebês muito jovens têm comunicação mais limitada, e o choro que é atendido, porém não resolvido traz muita angústia.** **A2 - A seleção está presente também na forma como descreve o bebê – tenta falar de aspectos saudáveis, mas coloca em determinados contextos.** **P - Reconhecimento de mudança. Necessidade de obter resposta ou desalento?**	ESTADO DE NERVOS DA MÃE, ANSIEDADE DA AVÓ TAMBÉM	**A1 - O desenvolvimento do bebê e as novas tarefas que isso traz à família podem ser difíceis de lidar, é preciso aumentar o suporte e, se possível, a rede de apoio.** **A2 - Sentia-se insegura para fornecer o que a criança precisava.** **P - Contágio Familiar. Ansiedade materna.**
			ELE É MUITO SELETIVO	**A1 - Surreal imaginar seletividade em um bebê de 5 meses. Introdução alimentar precoce, faltam explicações técnicas do Pediatra.** **A2 - Da alimentação para a personalidade mais ampla?** **P - Descrição de modalidade alimentar da criança.**		

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	PREOCUPAÇÃO	COMO DESCREVERIA O SEU BEBÊ	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra “M” A2 - Avaliadora Psicóloga “R” P - Pesquisadora Psicóloga “M”	COMO ENTENDE AS DIFICULDADES	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra “M” A2 - Avaliadora Psicóloga “R” P - Pesquisadora Psicóloga “M”
(4)K.H.S.	6m	DEVIDO AO PROBLEMA DELE DOS RINS, TEM QUE TER ALIMENTAÇÃO ESPECIAL, DIETA COM NAN 1 POR ALTA DE POTÁSSIO E UM SUPRIMENTO NO LEITE. TEM QUE TER A QUANTIDADE CERTA, NÃO PODE DESIDRATAR, TEM QUE TER CUIDADOS DE SAÚDE E SABEMOS, MEDICAÇÃO **Preocupação centrada no bebê**	O ACHO MUITO ATIVO	**A1 - Criança com grandes necessidades de cuidado que demonstra normalidade em seu comportamento. Ele é tão ativo quanto a todas as atividades e cuidados que o envolvem.** **A2 - O problema de saúde é tão complexo que não surgem na mesma intensidade outros aspectos da vida do bebê.** **P - Valorização da atividade e vitalidade da criança.**	ELE É UMA CRIANÇA MAIS ESPECIAL	**A1 - É mais especial porque envolve muitos cuidados; a excentricidade da criança guarda relação com sua doença.** **A2 - Mais especial, sem trazer aspectos saudáveis, “só” mais cuidados.** **P - Reconhecimento das limitações e da necessidade de cuidados especiais da criança.**
			CALMO, NÃO É AGITADO	**A1 - Remete à criança boazinha.** **A2 - Necessidade de acalmar a complexidade do problema do bebê.** **P - O eixo calma versus agitação é a referência.**	QUE PRECISA DE MAIS ATENÇÃO	**A1 - Devido os cuidados de saúde que demanda.** **A2 - Necessidade de cuidados.** **P - Reconhecimento da necessidade de mais dedicação.**
			AMOROSO	**A1 - Lindo. Remete apenas à normalidade, esquece-se a comorbidade.** **A2 - Apesar do problema destaca-se a relação emocional.** **P - Valorização de qualidade interna.**	DE MAIS CUIDADOS	**A1 - Devido os cuidados de saúde que demanda.** **A2 - Necessidade de dedicação à vulnerabilidade.** **P - E maior cuidado.**

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	PREOCUPAÇÃO	COMO DESCREVERIA O SEU BEBÊ	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra "M" A2 - Avaliadora Psicóloga "R" P - Pesquisadora Psicóloga "M"	COMO ENTENDE AS DIFICULDADES	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra "M" A2 - Avaliadora Psicóloga "R" P - Pesquisadora Psicóloga "M"
(5)A.V.V.B.	7m	PREOCUPAÇÃO COM A CIRURGIA, COM O DESENVOLVIMENTO **Preocupação centrada no bebê**	UMA PRINCESA, UM ANJO, VITORIOSA	**A1 - Uma pessoa tão pequena que já passou por um ato cirúrgico, uma invasão tão grande, um desafio, e venceu.** **A2 - Necessidade de buscar respostas milagrosas.** **P - Atribuições míticas.**	BEBÊ COM REFLUXO	**A1 - Uma preocupação constante e presente em 99,99% dos pais, principalmente os de 1ª viagem, uma situação em muitas vezes fisiológica, passageira, mas que gera muita angústia e traz muita insegurança – será que meu anjinho é doente???** **A2 - Pelo discurso de superação a preocupação parece maior do que apenas o refluxo.** **P - Descrição técnica.**
			VAI DAR MUITA VITÓRIA PRA MUITA GENTE	**A1 - Remete à sua capacidade de superação.** **A2 - Expectativas idealizadas.** **P - Valorização de conquista, expectativa.**		
			ELA É O MEU CONSOLO	**A1 - Ela parece mais forte do que eu.** **A2 - Vínculo simbiótico.** **P - Bebê como o que contém a ansiedade parental.**		
			E EU PARA ELA TAMBÉM	**A1 - Eu sou boa (bom) cuidador. Consegui ajudá-la a chegar até aqui, a vencer a cirurgia.** **A2 - Vínculo simbiótico.** **P - Importância materna garantida pela necessidade da criança.**		
			PRA QUEM ACHOU QUE NENHUMA SOBREVIVERIA, ELA VENCEU	**A1 - Parece ter sido uma gestação complicada. A batalha maior foi da criança, e por isso parece que apenas ela é digna de vitória. Ou talvez o amor seja tão grande e o orgulho da vitória tão intenso que o cuidador (a cuidadora) que o seu próprio sentimento e sua superação são (se tornam) insignificantes.** **A2 - Aparentemente o impacto do risco de vida da bebê fez com que a família buscasse respostas milagrosas, assim como um vínculo simbiótico entre mãe e filha.** **P - Fragilidade infantil. Vulnerabilidade/doença. Superação de expectativas.**		

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	PREOCUPAÇÃO	COMO DESCREVERIA O SEU BEBÊ	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra “M” A2 - Avaliadora Psicóloga “R” P - Pesquisadora Psicóloga “M”	COMO ENTENDE AS DIFICULDADES	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra “M” A2 - Avaliadora Psicóloga “R” P - Pesquisadora Psicóloga “M”
(6)A.K.F.V.C.	9m	NÃO ESTÁ COMENDO NEM MAMANDO MAMADEIRA SÓ FICA NO PEITO **Preocupação centrada no bebê**	TRANQUILA	**A1 - Ambíguo. Criança que requisita o tempo todo, e tranquila ao mesmo tempo?** **A2 - Necessidade de amenização de impacto.** **P - Eixo tranquilidade versus agitação.**	ACHO MUITO RUIM. SE ELA TIVESSE PEGANDO MAMADEIRA...	**A1 - Sempre incentivar o aleitamento materno. Porém nessa relação à um feed-back de “eu alimento” e “ela não sai do meu peito” que precisa ser explorado.** **A2 - Mãe tem expectativa de maior independência da bebê.** **P - Mamadeira como garantia de saúde.**
			COMO FICO 24 H COM ELA ACHO QUE ELA JÁ ACOSTUMOU COMIGO	**A1 - É uma fala estranha. Mães costumam passar muito tempo com seus bebês. Esqueceu-se, nesse cenário, a gestação. Será que eu me acostumei com ela?** **A2 - A sensação é que não é claro o tipo de interação entre as duas.** **P - Eixo presença/ausência, Intimidade, contato, habituação.**	DEMOROU - ACHO QUE DEMOROU PARA ACOSTUMAR ELA	**A1 - É quase como “o tempo que eu perdi” compenso agora com ela “fico 24h com ela”. Precisa explorar a relação mãe-bebê.** **A2 - Mãe se queixa do ritmo da bebê.** **P - Eixo necessidade de habituação.**
			NÃO DÁ TANTO TRABALHO	**A1 - Ambíguo. Criança que requisita o tempo todo, e ao mesmo tempo não dá trabalho?** **A2 - Será que se conectam?** **P - Será que não dá trabalho porque só fica no peito?**	PRA ONDE EU VOU TEM QUE LEVAR ELA	**A1 - Uma dificuldade? Ou uma forma de amenizar a ausência que parece que havia anteriormente.** **A2 - A mãe demonstra frustração por sentir que a bebê ainda não está tão independente quanto gostaria.** **P - Relação funcional. Peito: dependência.**
			É TRANQUILO CUIDAR DELA.NÃO É DIFÍCIL NÃO	**A1 - Ambíguo. Faltam orientações técnicas e suporte da rede de saúde. Um lactente de 9 meses não pode se alimentar exclusivamente de leite materno.** **A2 - Parece mais uma tarefa do que uma filiação.** **P - Mais fácil por estar tão grudada?**		

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	PREOCUPAÇÃO	COMO DESCREVERIA O SEU BEBÊ	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra "M" A2 - Avaliadora Psicóloga "R" P - Pesquisadora Psicóloga "M"	COMO ENTENDE AS DIFICULDADES	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra "M" A2 - Avaliadora Psicóloga "R" P - Pesquisadora Psicóloga "M"
(7)G.A.S.	9m	ELE COME POUCO E MAMA MUITO. NÃO GANHA PESO. SOBRECARREGA. ELE VAI ME ACABANDO ELE VAI SE ACABANDO JUNTO COMIGO **Preocupação centrada na relação**	ELE É BEM ATIVO	**A1 - Visão dúbia. A dificuldade alimentar precisa ser mais explorada na consulta.** **A2 - Percepção do bebê como saudável.** **P - Eixo agitação versus calma. Eixo atividade versus passividade.**	QUE A CULPA É MINHA MESMO	**A1 - Ele não está indo bem em relação à alimentação e a mãe se culpabiliza por isso.** **A2 - Mãe se coloca como responsável pelo que acontece com o bebê.** **P - Auto referência materna.**
			CONVERSA BASTANTE	**A1 - Será que entendo? O desenvolvimento está bom, mas a alimentação vai mal. O que acontece com esse bebê?** **A2 - Visão do bebê como conectado.** **P - Valorização do contato.**	TUDO QUE ELE QUER EU DOU	**A1 - Eu (a mãe) tento ocupar os vazios que não consigo preencher.** **A2 - Necessidade de compensação?** **P - Condescendência materna.**
			PRESTA ATENÇÃO NO QUE A GENTE FALA	**A1 - Bom desenvolvimento novamente.** **A2 - Valorização do contato.** **P - Valorização do interesse do bebê pelos cuidadores.**	NÃO SEI DIZER NÃO	**A1 - Seria isso que atrapalha a alimentação da criança?** **A2 - Receio de Frustrar o bebê.** **P - Condescendência materna, medo de frustrar?**
			BEM ALEGRINHO	**A1 - Parece uma criança sem problemas.** **A2 - Apesar da percepção saudável do bebê isoladamente, fica claro o quanto a interação entre ambos traz sentimentos ambivalentes para a mãe.** **P - Valorização do estado emocional do bebê.**	SE ELE NÃO QUER EU DOU O PEITO PARA ELE FICAR	**A1 - Parece esse um ponto forte da dificuldade alimentar do bebê. É muito mais fácil sugar do que mastigar, a mãe precisa ser orientada quanto a isso.** **A2 - Aparenta insegurança e dificuldade em se separar do bebê** **P - Estratégia de manipulação utilizando o peito/leite/alimentação/oralidade/contato físico primário.**
			RI BASTANTE NUNCA VI ELE TRISTINHO	**A1 - Bom desenvolvimento novamente.** **A2 - Interação pais-bebê vista como saudável em contraste com a descrição do problema.** **P - Valorização do estado emocional e sua expressão. Evitação de estados de tristeza (por medo da presença de tristeza?).**		
			ACHA GRAÇA DE TUDO	**A1 - Parece uma criança sem problemas.** **A2 - Bebê conectado.** **P - Bom humor. Valorização de bom humor do bebê.**		

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	PREOCUPAÇÃO	COMO DESCREVERIA O SEU BEBÊ	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra "M" A2 - Avaliadora Psicóloga "R" P - Pesquisadora Psicóloga "M"	COMO ENTENDE AS DIFICULDADES	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra "M" A2 - Avaliadora Psicóloga "R" P - Pesquisadora Psicóloga "M"
(8)E.A.R.	1a e 1m	MEDO DELA SER DESNUTRIDA PORQUE EU FUI MUITO DESNUTRIDA. ELA NÃO ESTÁ CRESCENDO E NEM PEGANDO PESO **Preocupação centrada na mãe**	INTELIGENTE	**A1 - O neurodesenvolvimento da criança vai bem, o suprimento ao menos mínimo está ocorrendo.** **A2 - Destaque às competências cognitivas.** **P - Qualidades intelectuais valorizadas.**	ACHO QUE ELA NÃO CRESCE POR CAUSA DOS MEDICAMENTOS	**A1 - É preciso dar orientações técnicas à mãe principalmente sobre a doença da criança.** **A2 - Dificuldade em se desvencilhar de momentos anteriores.** **P - O que poderia ajudar está atrapalhando?**
			BONITA	**A1 - A mãe vê beleza mesmo que não haja ganho de peso ou crescimento – seriam dados compatíveis?** **A2 - Destaque ao físico?** **P - Valorização das qualidades físicas.**	E SONO ELA NÃO TEM PORQUE É MUITO ELÉTRICA POR CONTA DA GESTAÇÃO QUE FOI ATRIBULADA	**A1 - É preciso desmistificar isso com a mãe em consulta.** **A2 - Sentimento de culpa em relação a gestação e também aos tratamentos médicos.** **P - Auto culpabilização. Qualidades do bebê explicadas pelo desenvolvimento desde a gestação.**
			UMA CRIANÇA QUE É BRAVA ÀS VEZES, AGRESSIVA	**A1 - Lactentes de 13 meses têm alterações no desenvolvimento que não compreendem e a transmitem com agressividade eventualmente. É preciso explicar à mãe.** **A2 - A mãe tem receio de repetir o seu legado familiar e procura identificar o que de fato é da personalidade da criança.** **P - Valorização de qualidades emocionais evidenciando a capacidade de reação.**	EU SAÍ MUITO DURANTE A GRAVIDEZ, FICAVA ONDE TINHA SOM ALTO	**A1 - Não há relação causa e efeito bem estabelecida tecnicamente para justificar a agitação da paciente.** **A2 - A mãe se sente culpada por situações vividas na gestação.** **P - Auto culpabilização. Sensação de ter feito mal ao bebê.**

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	PREOCUPAÇÃO	COMO DESCREVERIA O SEU BEBÊ	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra “M” A2 - Avaliadora Psicóloga “R” P - Pesquisadora Psicóloga “M”	COMO ENTENDE AS DIFICULDADES	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra “M” A2 - Avaliadora Psicóloga “R” P - Pesquisadora Psicóloga “M”
(9)H.V.S.N.	1a e 1m	ALIMENTAÇÃO (RECUSA) CRIANÇA MAMA NO PEITO E RECUSA ALIMENTOS **Preocupação centrada no bebê**	MUITO HIPERATIVA	**A1 - É preciso orientar a mãe sobre alimentação – não quer perder tempo mastigando.** **A2 - Descrição do bebê de forma orgânica somente, a mãe parece estar tomada por essas questões.** **P - Descrição de excesso.**	ACHA QUE NÃO SENTE SONO PORQUE SENTE FOME	**A1 - A criança pode ter irritabilidade quando não bem alimentada ou sono irregular.** **A2 - É como se a criança não pudesse descansar devido aos problemas de alimentação.** **P - Bebê visto como tendo dificuldade de regulação de ciclos/Auto regulação.**
			TRAQUINA	**A1 - Remete a ambiguidade. Será que a mãe conhece bem sua filha?** **A2 - Contato com o bebê desorganiza?** **P - Oposição simpática e descrição crítica/afetuosa.**	NÃO DORME BEM POR CAUSA DA FOME	**A1 - A criança pode ter irritabilidade quando não bem alimentada ou sono irregular.** **A2 - Identificação materna com este ponto.** **P - Suposição de desregulação. Suposição transformada em certeza sobre o funcionamento interno do bebê.**

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	PREOCUPAÇÃO	COMO DESCREVERIA O SEU BEBÊ	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra “M” A2 - Avaliadora Psicóloga “R” P - Pesquisadora Psicóloga “M”	COMO ENTENDE AS DIFICULDADES	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra “M” A2 - Avaliadora Psicóloga “R” P - Pesquisadora Psicóloga “M”
(10)M.L.S.	1a e 3m	GANHO DE PESO, CRESCIMENTO **Preocupação centrada no bebê**	MUITO INTELIGENTE (PAI)	**A1 - Acriança que “vai bem”.** **A2 - A aparente fragilidade orgânica não combina com a personalidade descrita pelos pais.** **P - Valorização das qualidades intelectuais.**	É DIFÍCIL LIDAR COM ELE	**A1 - O desenvolvimento da criança traz despertares para sentimentos que às vezes nem a criança sabe como lidar; como a frustração.** **A2 – Pais se implicam na necessidade do bebê.** **P - Referência à relação.**
			ATIVO	**A1 - Neurodesenvolvimento parece bom.** **A2 – Contraste com a dificuldade de lidar com o bebê.** **P - Valorização da vitalidade. Eixo atividade versus passividade.**	A ALIMENTAÇÃO É DIFÍCIL	**A1 - Lactentes nessa fase são agitados e é realmente possível que seja difícil. É apenas uma fase.** **A2 - As dificuldades alimentares se misturam com a colocação de limites e problemas na interação.** **P - Referência à relação.**
			NERVOSO	**A1 - Deve-se orientar sobre possíveis “birras”.** **A2 – Irritabilidade permeia as relações.** **P - Valorização do estado emocional (nervosismo).**	É MUITO IRRITADO	**A1 - O desenvolvimento da criança traz despertares para sentimentos que às vezes nem a criança sabe como lidar; como a frustração.** **A2 – Irritabilidade interferindo nos primeiros anos.** **P - Valorização do estado emocional (irritabilidade).**

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	PREOCUPAÇÃO	COMO DESCREVERIA O SEU BEBÊ	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra “M” A2 - Avaliadora Psicóloga “R” P - Pesquisadora Psicóloga “M”	COMO ENTENDE AS DIFICULDADES	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra “M” A2 - Avaliadora Psicóloga “R” P - Pesquisadora Psicóloga “M”
(11)L.R.C.	1a e 4m	COM A DIFICULDADE DE ALIMENTAÇÃO **Preocupação centrada no bebê**	ELE É INTELIGENTE	**A1 - Bom desenvolvimento.** **A2 - Apesar da dificuldade alimentar, a mãe consegue ver os aspectos saudáveis da criança.** **P - Valorização das qualidades intelectuais.**	ACHO QUE A DIFICULDADE ALIMENTAR DEVE SER DECORRENTE DO ENJOO DA MINHA GRAVIDEZ	**A1 - É preciso desmistificar.** **A2 – Pouca diferença Mãe – Criança.** **P - Auto referência. Culpabilização. Estado interno da mãe associado ao estado interno da criança**
			TRANQUILO	**A1 - Bom adjetivo.** **A2 – Valorização da tranquilidade.** **P - Valorização da tranquilidade. Eixo atividade versus passividade.**	"UMA COISA PASSOU PARA OUTRA"	**A1 - Não entendo.** **A2 - Aspectos fusionais entre feto - gestante continuam presentes na interação.** **P - Contágio/Indiferenciação.**
			GOSTA DE BRINCAR	**A1 - Lactentes dessa idade gostam de explorar o ambiente.** **A2 – Valorização da capacidade lúdica.** **P - Valorização dos gostos pessoais.**		

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	PREOCUPAÇÃO	COMO DESCREVERIA O SEU BEBÊ	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra “M” A2 - Avaliadora Psicóloga “R” P - Pesquisadora Psicóloga “M”	COMO ENTENDE AS DIFICULDADES	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra “M” A2 - Avaliadora Psicóloga “R” P - Pesquisadora Psicóloga “M”
(12)G.S.S.	1a e 6m	FICOU UM MÊS SEM SE ALIMENTAR. ANTES COMIA DE TUDO, AGORA ESTÁ VOLTANDO A COMER. ENTROU NA ESCOLA HÁ UM MÊS. É MUITO AGITADA, CAI MUITO. PROBLEMA DE PULMÃO **Preocupação centrada no bebê**	É UMA CRIANÇA ÓTIMA	**A1 - Bom desenvolvimento e bom adjetivo.** **A2 – Contraste com a complexidade dos problemas de saúde.** **P - Apreciação qualitativa.**	ACHO QUE É A FASE DOS DENTES QUE ESTÃO NASCENDO OU SENTIU FALTA PORQUE ANTES NÃO FICAVA SEPARADA	**A1 - Não percebe que a escola trouxe uma separação, é preciso orientar.** **A2 – Hipótese de determinação física** **P - Busca de explicação. Mudanças internas e mudanças na convivência.**
			SÓ AGITADA	**A1 - Faz parte do desenvolvimento dessa idade, principalmente com as mudanças que vem passando.** **A2 - Os problemas da saúde parecem dissociados da forma como a mãe a percebe. Ainda assim nota-se uma grande preocupação.** **P - Eixo agitação versus tranquilidade.**	ACHO QUE A AGITAÇÃO NÃO É NORMAL	**A1 - É preciso orientar sobre desenvolvimento e situá-la(o) no cenário e nas mudanças que estão ocorrendo.** **A2 - Procura causas orgânicas e também da própria interação para compreender o que não considera normal.** **P - Normal versus anormal. Calma versus agitação.**

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	PREOCUPAÇÃO	COMO DESCREVERIA O SEU BEBÊ	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra “M” A2 - Avaliadora Psicóloga “R” P - Pesquisadora Psicóloga “M”	COMO ENTENDE AS DIFICULDADES	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra “M” A2 - Avaliadora Psicóloga “R” P - Pesquisadora Psicóloga “M”
(13)M.L.R.L.	1a e 6m	PREOCUPAÇÃO COM PESO, TAMANHO - MÉDICA FALA QUE PODE SER DE ALIMENTAÇÃO, DENTES TARDIOS **Preocupação centrada no bebê**	INTELIGENTE	**A1 - Como todos os pais trazem o adjetivo.** **A2 – Valor cognitivo.** **P - Valorização de aspectos intelectuais.**	FICO PENSANDO SE É POR MINHA CAUSA OU AS VEZES É DELA MESMO	**A1 - Explorar a relação mãe-bebê.** **A2 - Mãe ainda está reconhecendo o que é de si e o que é próprio da bebê, assim como o que ocorre na relação entre elas.** **P - Oscilação/dúvida entre auto referência a si ou autonomia da criança.**
			ACHO MUITO CHATA, CHORONA, MAS ALEGRE	**A1 - Orientar desenvolvimento.** **A2 - Mãe aparentemente com dificuldades em entender as necessidades da filha, tanto físicas quanto emocionais.** **P - Valorização de aspectos emocionais e de aspectos de ressonância para os pais/chata.**		
			BRAVA	**A1 - Orientar desenvolvimento.** **A2 – Será que se aproximam?** **P - Valorização de aspectos emocionais. Braveza.**		

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	PREOCUPAÇÃO	COMO DESCREVERIA O SEU BEBÊ	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra "M" A2 - Avaliadora Psicóloga "R" P - Pesquisadora Psicóloga "M"	COMO ENTENDE AS DIFICULDADES	COMENTÁRIOS A1 – Avaliadora Pediatra "M" A2 - Avaliadora Psicóloga "R" P - Pesquisadora Psicóloga "M"
(14)J.A.L.C.G.R.	1a e 6m	ACHO ELE PEQUENO, MAGRINHO COM POUCA RESISTÊNCIA A DOENÇA **Preocupação centrada no bebê**	UMA CRIANÇA LEVADA	**A1 - Ambiguidade.** **A2 - Aparente fragilidade orgânica que traz dificuldades comportamentais. Ao mesmo tempo a criança demonstra uma personalidade oposta à fraqueza física.** **P - Crítica simpática afetuosa.**	ACHO QUE ELE QUER CHAMAR MINHA ATENÇÃO	**A1 - É possível, a mãe precisa ser orientada.** **A2 - Associa as dificuldades de interação e alimentar com a atenção que solicita da mãe.** **P - Auto referência.**
			DESOBEDIENTE	**A1 - Orientar desenvolvimento.** **A2 – Oposição.** **P - Visto na relação.**	NO COMPORTAMENTO, NA COMIDA	**A1 - É possível, a mãe precisa ser orientada.** **A2 - Necessidade de desafio corporal?** **P - Dificuldade de alimentação como forma de contato.**
			MAL CRIADO	**A1 - Orientar desenvolvimento.** **A2 – Reatividade.** **P - Hostilidade?**		

ANEXO VIII - Banco de dados com três análises das vinhetas do Grupo de atendimento a pais e bebês

Grupo Pais-Bebês **Participantes**: Terapeuta 1e 2: Psicólogas, Terapeuta 3: Pediatra. Lorena (1 ano e 3 meses) e sua mãe Dulce Daniel (3 anos) e sua mãe Rosana Bianca (3 meses) e sua mãe Milena Tânia (2 anos e 8 meses) e sua mãe Marisa	**A3: Psicóloga "S"** **A4: Psicóloga "F"** **P: Pesquisadora Psicóloga "M"**
Vinheta 1 Gêmeos, braveza e beijos	
T1: Como é que estão as coisas? Dulce: Ela tem um aninho, ela tem o irmão dela, eles são muito ativos ela é muito séria, ela é quieta... T1: Está olhando aqui para a gente... Dulce: ela é muito encrenqueira, ela bate... T1: Tudo isso Lorena? ... Uma criança pequenininha faz tudo isso, gente? Dulce: Desde 5 meses que ela desce o cacete! Milena: Parece um monstro! Dulce: Sério, ela bate, belisca, ela dá cabeçada, ela morde T1: É mesmo, Lorena? Dulce: Ela é 8 ou 80. T1: O que será que deixa esse sorriso bravo? Dulce: Não dorme, de jeito nenhum, tem dificuldade para dormir... Deixa eu ver que mais que eu posso falar dela... Ela manda beijo, quando ela quer, mas não chega perto dela, não deixa dar beijo nela (T1 manda beijo para Lorena) T1: Manda beijo? Dulce: Manda beijo! T1: Essa boquinha está servindo para outra coisa agora, não é? Dulce: Ela é bem observadora, ela observa bem ... T2: Eu estou vendo pelo seu colar que você tem mais dois... Dulce: É, são gêmeos... Eu tenho um menino e tenho um de quatro anos. T1: Gêmeo da Lorena... Dulce: É, ela é um parzinho, é um menininho. ... T1: A gente está vendo que as crianças estão bem aconchegadinhas no colo das mamães... T2: É, pois é... T1: O Daniel no colo da Rosana. E a Bianca está no colo da Milena... a Lorena no colo da Dulce e a Tânia que estava no colo mas que cada vez mais está indo brincar, não é? Tudo bem Tânia? Marisa: Está tudo na boca! T1:É? Marisa: Tem que ser na boca! T1: E a mamãe do Daniel estava falando que ele está bravo também? Estava falando de braveza, como é que é essa braveza? Rosana: Não, ele ficou bravo comigo, porque ele queria comprar batata, e eu falei que não iria comprar agora que eu iria comprar depois, aí ele ficou quieto. T1:Ficou bravo porque não ia dar para ter o que você quer, Daniel? Rosana:E um pouco é o sono... é que é o horário dele dormir.	A3: Lorena parece comunicar através de seus gestos seus desejos e vontades, se colocando como uma criança que tem vontades próprias. Mãe da Lorena consegue apenas atribuir a filha intenções bastante hostis sem conseguir dar outros significados para seus gestos. Dani nessa cena olha os brinquedos, aparece certa curiosidade, mas a mãe o mantem preso em seu colo sem ser capaz de antecipar algo a ele. Dani também manifesta seus desejos ao ficar frustrado por não ser atendido. Mães com dificuldades de compreendê-los. A4: A mãe dos gêmeos foca nos aspectos negativos de sua filha, também fala coisas ambíguas, como, que a filha é quieta, mas ativa. As outras mães só participam quando solicitadas pela terapeuta. P: Eixo atividade versus passividade. Tranquilidade versus agitação. Intervenção Terapêutica (I.T): Relação com o que ocorre no aqui – agora. Hostilidade (encrenqueira, desce o cassete, monstro), vista como se fosse adulto. I.T.: Amplificação do questionamento. I.T.: Fala direta ao bebê compartilhada com o grupo. "Ela é um parzinho": difícil a criança ser individualizada, é um parzinho, se mistura com a mãe. Valorização da capacidade de escolha do bebê. I.T.: Relação corpo função, no desenvolvimento, no físico, e no psíquico. I.T.: Favorecimento da observação e reflexão materna/ parental. I.T.: Descrição do gestual e da atmosfera do grupo. I.T.: Reconhecimento e promoção de identificações no grupo. Observação materna: tudo na boca. Braveza como reação a frustração. Boca para mandar beijo e expressar braveza, abrir/fechar.

Grupo Pais-Bebês **Participantes**: Terapeuta 1e 2: Psicólogas, Terapeuta 3: Pediatra. Lorena (1 ano e 3 meses) e sua mãe Dulce Daniel (3 anos) e sua mãe Rosana Bianca (3 meses) e sua mãe Milena Tânia (2 anos e 8 meses) e sua mãe Marisa	**A3: Psicóloga "S"** **A4: Psicóloga "F"** **P: Pesquisadora Psicóloga "M"**
Vinheta 2 **Nojo, escolhas familiares, contato com mãos**	
Rosana: Aqui o problema mais é que ele não come, né?! A comida dele é muito pouquinho... T1: O David tem dificuldade de comer? Como é que é? Rosana: Assim, Tem coisas que ele gosta, tem coisas que ele não gosta. A comida que ele mais gosta é pão de queijo, pão de queijo ele gosta. T2: Você tinha comentado macarrão, não é? Rosana: Macarrão, pão de queijo... pão molhado no café com leite ele gosta... T1: Ele gosta de escolher a comidinha gostosa, Daniel? Rosana: Agora ele não gosta de arroz, feijão, carninha... nem pensar... coloca feijão no prato dele, ele fala assim: mamãe eu tenho nojo, mamãe. Aí fica difícil! T1: E por que vocês acham que isso pode acontecer...ás vezes a criança achar que algumas coisas não podem vir para dentro dela, tem que deixar longe... outros falam de ter nojo... o que vocês acham que acontece? Rosana: Acho que é falta de costume... de desde pequenininho, né? Porque para os outros, sempre dei comida para eles desde pequeno, desde os quatro meses eu já dava comida e esse aqui eu já tinha medo de dar comida, por que como ele foi uma criança que deu muito trabalho, então a gente tinha medo até de dar comida para ele. Milena: Vou ser bem sincera: lá no Norte o pessoal com 4 meses já dá ossinho de frango para os bebês. T1: Ah, é? Milena: Meu sobrinho de um ano, ele come de tudo, Ele veio de lá com 4 meses. Eu estava falando com a minha mãe, é loucura você dar ossinho de frango. Coxinha de frango para ele chupar? Ah, Imagina, tem que acostumar comer de tudo... Ele é uma draga. Ele come arroz, feijão, come carne, come legume, tudo! T1: e a Bianca? Milena: A Bianca tá só no tetê! Por que a mãe está seguindo a pediatra. (Ri...) Mas a mãe morre de vontade de dar um feijãozinho com arroz também... T1: Ela mama bem? Milena: Muito bem!!! Ela é gulosíssima... T2: Você come feijãozinho com arroz? Milena: Eu! Bastante! T2: Então deve ir um pouquinho, para ela...! Milena: É, dá vontade de dar alguma coisa... Só peito, peito, peito! Mas já dá vontade de dar. Ela não pode porque ela tem refluxo. Eu não vou ter que me preocupar em dar alimento. Mas aí na próxima consulta vou pedir umas receitinhas para a pediatra. T1: Mas ela aceita bem, ela tem interesse, mas aí volta... Como é que é o refluxo? Conta para gente. Milena: Ela mama bem. Antes ela estava tendo mais refluxo. Ela mal mamava já colocava o leite para fora. Agora não. Agora ela regurgita bastante, mas só quando vai dormir. Se deixar ela no peito, ela vai o dia inteiro. Ela não para, ela tem hora que ela fica sufocada, de tão rápido que ela mama.	A3: Rosana mãe de Dani conta as preferências alimentares de Dani e a rejeição por outras comidas. Em seu relato Rosana também fala que tinha medo de dar comida para Dani quando era menor, por ser uma criança que deu trabalho desde o início. Mãe de Bárbara mostra ansiedade - quer que o filho coma - "vontade de oferecer de tudo". Bárbara mama muito, mas depois vem o refluxo. Como são vivenciadas essas entradas, o que não pode entrar, e o que tem que deixar de fora? A4: O assunto da alimentação parece mobilizar mais as mães, parece fluir mais naturalmente, Rosana e Milena mostram-se interessadas no assunto. As angústias das duas são diferentes, uma procura entender os hábitos alimentares do filho enquanto a outra, baseando-se no comportamento alimentar de um sobrinho mais velho, anseia para que a filha, ainda muito nova, possa comer outras coisas, não apenas mamar no peito, aparentemente sem demonstrar preocupação com o refluxo da bebê, o que causa estranhamento. Esta preocupação começa a aparecer depois que as terapeutas questionam sobre o refluxo. P: Seletividade. Orgulho de oferecer alimentos selecionados pela criança (evitando-se reações?). Reação da criança a deixar entrar o alimento. Falta de costume? Extra cautela dos pais. Medo protetor de vulnerabilidade. Aproximação pelo saber sobre a criança através de suas escolhas. "Sei o que ele gosta". O adulto como origem das escolhas. Sugestões culturais.

Grupo Pais-Bebês **Participantes**: Terapeuta 1e 2: Psicólogas, Terapeuta 3: Pediatra. Lorena (1 ano e 3 meses) e sua mãe Dulce Daniel (3 anos) e sua mãe Rosana Bianca (3 meses) e sua mãe Milena Tânia (2 anos e 8 meses) e sua mãe Marisa	**A3: Psicóloga "S"** **A4: Psicóloga "F"** **P: Pesquisadora Psicóloga "M"**
Vinheta 3 **Daniel, evitação e se letividade**	
Rosana: Daniel foi para a UTI, lá ele não mamava, ele foi mamar já faz o que... faltava uns ...5 , 6 dias que estava na UTI depois que foi tentar mamar. T1:É mesmo? Rosana: Eles davam na mamadeira e ele vomitava, punha tudo para fora... T1: Era um pouco parecido com este refluxo que a Bianca falou que tinha, de engolir rápido e voltar rápido? Rosana: Não, ele não mamava, as enfermeiras tinham que pegar ele, ficar forçando o queixinho para ele mamar. T3: Ele foi prematuro? Rosana: Ele? Ele nasceu quase aos nove meses. Acho que ele estava com 36 semanas, mas ele foi mais para a UTI por causa do peso. T3: Ele nasceu com quanto de peso? Rosana: Ele nasceu com 2 kg 40g. Mas o médico falou que até pelo peso não pegaria... Mas ele não mamava, porque ele teve hipoglicemia... daí ele não pegava mesmo. T3: Eles ficam mais molinhos, mais sonolentos... Rosana: Ele só dormia, só dormia. Aí depois disso ele melhorou, saiu da UTI, nunca mais voltou para o hospital, nada... mas algo foi dificuldade... T3: Em casa ele continuou com isso, ele tinha refluxo? Rosana: Não, só que assim, foi orientado que sempre deixasse ele assim... Comprei ate o travesseirinho para criança que tem refluxo. Eu deixava sempre assim de barriguinha pra cima, o travesseiro mais alto para não ter perigo. E assim, ele se criou muito bem. Mas o problema é que quando chegou em 6 meses a medica mandava dar fruta, mandava dar banana, que já estava na hora, não é, nada disso ele aceitava. Ai colocava, vomitava. O outro leite ele nunca quis. T3: Ai você percebeu que era mais com coisas que não eram liquidas. Ou só fruta, ou coisas mais sólidas...? Ele tinha preferência por alguma coisa? Rosana: É, eu até hoje eu tenho preferência por fruta, não é? Fruta ele come muito bem. T3: As coisas mais pastosas assim, ou... Rosana: Banana, maca, fruta qualquer. Qualquer fruta ele come. T1: O que você gosta de comer, Daniel? Rosana: Ele gosta de pão, macarrão e café. T1: Vamos perguntar para o Daniel também Rosana: ... bolacha, refrigerante eu gosto muito. Dulce: As coisa melhores ele gosta, não é? Rosana: A bronca do Daniel é arroz, feijão... arroz quando é branquinho ele come, não é, umas duas colherinhas. Mas não vira no feijão. Carne o dia que ele dá vontade... Ele pega, mas tem que ser com osso e ele morder, ele sempre come. Coxinha de frango assim, ele come. Dulce: Você tem que dar com osso. Rosana: Mas tem que ser com osso, nada de carne esmagada, essas coisas, cortadinha, não. Tem que ser assim. Mas isso é hoje, ele come. Aí passa 3, 4 dias ele não come. É assim. Na creche, diz que ele come um pouquinho. Dulce: Acho que é por causa dos coleguinhas, aí incentiva mais. T1: Mas olha s, a mamãe sabe tudo então o que você gosta, Daniel? É? A mamãe que fala por você, tudo. E se a gente perguntasse um pouquinho para ele também para ele contar para gente : O que você gosta, Daniel? O que você gosta de comer? Rosana: Vai conversar com a tia, vai, você conversa, brinca lá!	A3: Rosana comenta a recusa e a seletividade na alimentação por Dani. Comportamento da mãe na relação com Dani é sempre mantê-lo agarrado em seu colo e falando por ele. Mãe diz: "conversa com a Tia, vai brincar" – mas o mantem agarrado a ela. A4: Fico pensando sobre o início de vida de Daniel, distante da mãe (na UTI) e com dificuldades de alimentação. Me parece que este período deixou marcas até esse momento de vida. Ao mesmo tempo, ele parece um bebê mais novo, grudado na mãe (será que sendo um bebê menor estaria tudo bem ele não comer de tudo?) e a mãe parece confortável nesta posição, posição esta que combina com o fato de ela responder as perguntas que são feitas a ele, ela reforça a posição de bebê que ele está. P: Mãe e criança parecem uma mesma pessoa. Bebê "dentro" da mãe. Bebê interno no psíquico expresso no corpo único mãe/bebê. Onde está o pai? Mãe fala pela criança. Preferências parecem da mãe. Mãe parece não se dar conta da sobreposição ela/filho. Criança não responde como si própria, está fechada no colo da mãe como se fosse uma só pessoa. Parece muito menor do que o correspondente a sua idade. Todas as crianças no colo, parece uma conversa de grávidas, filhos "não nascidos". "Autorização" para se relacionar com o mundo é ambivalente, solta mas traz para si novamente.

Grupo Pais-Bebês **Participantes**: Terapeuta 1e 2: Psicólogas, Terapeuta 3: Pediatra. Lorena (1 ano e 3 meses) e sua mãe Dulce Daniel (3 anos) e sua mãe Rosana Bianca (3 meses) e sua mãe Milena Tânia (2 anos e 8 meses) e sua mãe Marisa	**A3: Psicóloga "S"** **A4: Psicóloga "F"** **P: Pesquisadora Psicóloga "M"**
Vinheta 4 **Boc a, dedo e chupeta**	
T1: Muitas coisas que a gente faz com a boca, não é? Tem chupeta, tem mamadeira, tem linguinha mexendo, tem a boquinha falando, não é, Tania? Rosana: Não, O Daniel, ele não toma mamadeira nem chupa chupeta. Milena: Nossa! Ela descobriu as mãos agora e "está triste"! T1: É? Milena: Nossa! Ela pega este dedinho aqui e põe a mão fechadinha e aí ela abre o dedo dentro da boca, enfia até a goela e ela fica querendo vomitar. E eu fico: "Tira, Bianca, não pode!". Aí meu marido fala: "Não pode falar não para ela! Aí eu falo ah, tem que aprender o não e o sim. Não tem o sim? Tem o não também. Fico brincando. Mas está terrível. Ontem eu até fiquei com dó dela porque eu briguei com ela, falei tira a mão da boca e ela chorou. Aí eu falei : "Tá, a mamãe está brigando com você para o seu bem. Aí eu ficava tirando a mão da boca e ela põe de novo aí eu tive que dar chupeta. Não teve jeito. Porque a chupeta é mais fácil de tirar, já o dedo não tem como. T1: Mas você acha que é um sugar, como é que é? Milena: Ela fica direto com a mãozinha na boca, assim. Aí ela põe o dedo assim... T1: Sugando? Milena: É, sugando... Acho que ela está descobrindo as mãos. T3:É, exatamente... Faz parte do desenvolvimento, mesmo... Milena: Ela fica assim, olhando... T3: Ela leva as mãozinhas juntas, e depois leva a mãozinha na boca e você vai vendo que quanto mais fica excitada coloca mais ainda a mão na boca Milena: Mas está difícil tirar, viu? Nossa... T1: O Daniel nunca precisou do dedinho, então para se consolar? Rosana: ele chupava o dedinho também, depois ele parou. Dulce: E a Lorena, como vocês já viram, tem hora que ela fica no dedo, ele também começou a enfiar o dedo na goela, mas ela ia exatamente para isso, pelo menos por 1 mês ela ficou assim e a gente tirava porque ela fazia força. Aí depois, ela parou. Teve também ... esqueci a palavra... Refluxo... Ela teve pouquinho, o outro teve mais. Mas ela também nasceu de 9 meses, gêmeos não nascem, mas ela nasceu. Ela foi para a UTI porque nasceu com 2 quilos e 100 gramas e como, por serem gêmeos, nasceu abaixo do peso, não é? Então ela teve ... como é que chama... intolerância à lactose, ela rejeitou o leite e ... teve algumas complicações mas graças a Deus melhorou, ela ficou apenas 5 dias na UTI..	A3: Milena conta como Bianca tem uma preferência em sugar o dedo. Bianca está descobrindo sua mão e procurando formas de se satisfazer e se acalmar. O mesmo ocorre com Lorena. Ambas as mães repreendem esse comportamento nas crianças. Com Lorena parece mais a intenção de vomitar. Como essas entradas estão sendo sentidas por essas crianças? A4: Mães percebem a importância que a boca tem para acalmar seus filhos e para explorar o ambiente também, vão contando como os bebês usam a boca, com chupetas, sugando os dedos. Me chama a atenção que Rosana apenas nega que Daniel use mamadeira ou chupeta e parece se desinteressar pelo assunto (diferentemente de quando foi falado sobre alimentação), Milena conta sobre seus medos referentes à filha por a mão na boca e Dulce começa falando sobre isso e termina contanto um pouco da história de Lorena, 3 respostas bastante diferentes a um assunto. P: I.T.: "Teatro" da boca. Mão na boca com função de preenchimento. Aparece o relato sobre o marido (para dizer que não se pode dizer não para o bebê!) Sim e Não, por e tirar, bebê tomando contato com o dentro e fora e mãe tomando contato com tolerar formas próprias do bebê "de fora" se manifestar. Termos técnicos médicos do que a criança tem (refluxo, intolerância), parecem sugerir distâncias entre a mãe e o "problema". Linguagem "crua" : "Enfiar o dedo na goela".

Grupo Pais-Bebês **Participantes**: Terapeuta 1e 2: Psicólogas, Terapeuta 3: Pediatra. Lorena (1 ano e 3 meses) e sua mãe Dulce Daniel (3 anos) e sua mãe Rosana Bianca (3 meses) e sua mãe Milena Tânia (2 anos e 8 meses) e sua mãe Marisa	**A3: Psicóloga "S"** **A4: Psicóloga "F"** **P: Pesquisadora Psicóloga "M"**
Vinheta 5 **Gêmea, Língua e chupeta**	
T1: Dulce, sabe o que a gente estava percebendo como aqui no grupo ela está sempre muito com a chupeta. E agora a Cecilia estava com ela e ela estava com a linguinha atrás da chupeta querendo mexer a língua e querendo conversar com a Cecilia do jeitinho que uma criança pequena conversa. Dulce: Ela fala bastante. T1: Por que ela precisa tanto de chupeta? T2: A gente está falando de chupeta e ela está escondendo a chupeta com o paninho, não é? Dulce: A chupeta foi um calmante ... que eu... Foi a única coisa que eu achei para poder acalmar, porque por serem dois, é tudo junto e eu precisava dar um jeito de acalmar os dois. Então, foi na chupeta. E quando, principalmente quando eles estão com sono, eles seguram a chupeta e o cheirinho ou quando eles não conhecem, eles também ficam segurando. E a língua, ela fica muito com a língua assim porque a gente acha que como ficou entubada, não é?... Para poder aceitar o leite, ela ficava empurrando, então a gente acha que essa linguinha ficar para fora, fazendo foi por causa disso. T1: É? Dulce: Porque desde que ela ficou no hospital, que ela fica fazendo assim. T1: Mas essa língua também é um jeito de ... Hum !!! (T1 move sua língua ao redor da boca). Ela estava fazendo Hummmm!!!... É uma maneira de mostrar: "Eu quero conversar!!!" Dulce: Eu estava no ponto com ela, uma senhora mexeu com ela, ela tirou a chupeta e mostrou a língua. Aí eu mudei de ponto. No outro, entrei no ônibus, uma senhora do lado estava assim, ela beliscou a senhora, deu uma risadinha, só que ela beliscou. Uma, ela mostrou a língua, a outra ela beliscou, mas deu uma risada. Então, ela... mas ela assim, conversa bastante. T1: Mas olha como é interessante, não é? Às vezes a gente tem uma situação tão, tão difícil, tão sofrida com os filhos pequenininhos e bebês que depois a s coisas vão mudando e eles vão crescendo e a gente ainda às vezes fica muito tomado por como foi quando eles eram pequenos, não é? Como agora, a Lorena está usando a língua para outras coisas também, não é? (a partir daí, mãe e criança acompanham a fala concordando com a cabeça) Para falar de como tudo é gostoso, para conversar e a gente talvez fique pensando: olha, a língua era para se defender daquela situação difícil lá atrás (referindo-se à entubação relatada pela mãe), mas também ela está descobrindo um outro jeito de mexer com a língua agora. Inclusive a língua vai ser muito importante para comer outras coisas, para ela mastigar, para aceitar outras coisinhas que vão chegar, gostosas, não é, Daniel? Dulce: Verdade. T1: O Daniel já experimentou outras coisas, só que às vezes o Daniel também prefere as coisas que ele sabe que vai ser gostosinho, do que coisa nova, não é , Daniel? Rosana: Você gosta de comer Daniel? Daniel movimenta a cabeça, discordando. Rosana: Por que não? Dulce: Você manda eles fazerem assim (movimento de cabeça concordando), eles fazem assim (movimento de cabeça discordando) T1: Eles querem mostrar que eles tem um jeito próprio deles de pensar, não é? O que você tinha falado Milena? Você comentou alguma coisinha agora. Milena: Ah, eu não lembro... Agora, quando ela chegar em casa ela não vai falar sim para tudo. Vai falar não para comida... T1: Será que vai falar não para a comida? Milena: Eu acho que fala. É que é assim, criança parece que tem a mãe como fantoche, não é? Em casa elas acham que podem fazer tudo. Com o vizinho ficam tudo quietinhos, comportadinhos...	A3: Mãe de Lorena conta de sua dificuldade em acalmá-lo – e a chupeta foi a forma que encontrou. Ao ser questionada sobre os movimentos da língua e do uso da chupeta – mãe atribui as experiências difíceis passadas – quando foi entubado. A terapeuta ao dar novos significados para o movimento da boca e língua. Lorena acena afirmativamente com a cabeça, demonstrando o quanto estava sendo compreendido e que realmente existem outros significados para seus comportamentos. A4: Dulce conta um pouco da sobrecarga de ter gêmeos e como usou a chupeta para acalmá-los, por uma necessidade dela. Associa o uso da língua da filha com sua história difícil (intubação, internação na UTI) e, depois que as terapeutas podem mostrar outro lado deste uso da língua, não apenas ela pode concordar com isso como Lorena, também. Neste momento também é dirigida uma pergunta a Daniel, sua mãe ajuda a perguntar e ele pode responder. Me chamou a atenção a participação das crianças no assunto, achei importante. P: Observação do não verbal da criança. I.T.: Reconstituição do que se observa para o grupo. I.T.: Amplificação da vontade de se expressar da criança. Movimento de expressão tomado como oposição. Recusa da alimentação como "falar não". "Comer nada" ao invés de não comer algo. Atitude de subjetivação. "Mãe- fantoche". Ora a criança "domina" ora a mãe. Nem sempre estão "em relação".

Bases para a construção das categorias, inseridas nos itens 5.5.2.1 e 5.5.2.2

A) DESCRIÇÃO DA CRIANÇA

1)QUALIDADE GLOBAL GENÉRICA
Maravilhosa (bebê 1, Feminino, idade 2m)
Fora do normal (bebê 2, Masculino, idade 5m)
É uma criança ótima 12 F 1,6
Questão temática emergente: Qual a função do enaltecimento? Fruto do encantamento ou necessidade de aplacar conflitos?

2) DESTAQUE ÀS QUALIDADES COGNITIVAS
Inteligente 8 F 1,1
Muito inteligente (sic pai) 10 M 1,3
Ele é inteligente 11 M 1,4
Inteligente 13 F 1,6

3) DESTAQUE ÀS QUALIDADES FÍSICAS
Bonita 8 F 1,1

4) RELATO DE IMPACTO EMOCIONAL
Não tenho palavras 1 F 2

5) METAFORIZAÇÃO - Atribuições míticas
QUADRO DE IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS DAS DESCRIÇÕES PARENTAIS: QUADRO DE IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS DAS DESCRIÇÕES PARENTAIS:
Ela é um anjinho 1 F 2
Uma princesa, um anjo, vitoriosa 5 F 7

6) QUALIDADE EMOCIONAL MANIFESTA NA CONDUTA
Boazinha 1 F 2
Agitado, graças a Deus 2 M 5
Só agitada 12 F 1,6
O acho muito ativo 4 M 6 Ele é bem ativo 7 M 9
Tranquila 6 F 9
Tranquilo 11 M 1,4
Bem alegrinho 7 M 9
Uma criança que é brava às vezes agressiva 8 F 1,1
Muito hiperativa 9 F 1,1
Traquina 9 F 1,1
Nervoso 10 M 1,3
Brava 13 F 1,6
Acho muito chata, chorona, mas alegre 13 F 1,6
Uma criança levada 14 M 1,6
Desobediente 14 M 1,6
Malcriado 14 M 1,6
Questão temática emergente: O contato com o bebê desorganiza? A vitalidade é bem vinda, mas assusta? Cativa, mas desafia?

Aparece o eixo tranquilidade x agitação. O saudável é pendular, a vitalidade ambígua: ora ligados à tranquilidade/passividade ora à agitação/atividade
É o bebê ou o momento de vida para a família que é agitado?
A plasticidade de humor da criança espelha a sensibilidade do momento parental e familiar?
A expressão de vontade/ assertividade da criança pode ser desafiadora, sentida como opositiva? Isto pode se manifestar nas trocas alimentares.
"O desenvolvimento do bebê e as novas tarefas que isso traz à família podem ser difíceis de lidar, é preciso aumentar o suporte e se possível a rede de apoio." Residente Pediatria UNIFESP

7) QUALIDADE EMOCIONAL RELACIONAL
Amoroso 4 M 6
Conversador 2 M 5 Conversa bastante 7 M 9
Presta atenção no que a gente fala 7 M 9
Acha graça de tudo 7 M 9
Gosta de brincar 11 M 1,4

8) QUALIDADE JUSTIFICADA POR OBSERVAÇÃO
Muito curioso, onde chega olha bastante 2 M 5
Ele é uma pessoa que interage bem com tudo. muda quando irritado com alguma coisa 3 M 5
Temática emergente: valorização do contato, bebê visto como sujeito em relação

9) QUALIDADE RESSALTADA PELA COMPARAÇÃO (Indicação da pré-visão subjacente)
Pro tempo que ele tem ele é bem esperto, bem precoce mesmo 2 M 5

10) QUALIDADE RESSALTADA PELA NEGAÇÃO (indicação da pré-visão subjacente)

Não é chorão – para chorar tem que estar com dor ou com fome 2 M 5
Tem horas que fica tranquilo (não fica por um tempo prolongado mas fica um tempo razoável) 3 M 5
Tá mais tranquilo agora, antes chorava e ficava irritado, não queria comer, o que fazer? 3 M 5
Calmo, não é agitado 4 M 6
Não dá tanto trabalho 6 F 9
É tranquilo cuidar dela, não é difícil não 6 F 9
Ri bastante, nunca vi ele tristinho 7 M 9

Questão temática emergente: O que se quer evitar? (Leitura psicanalítica do aspecto latente não manifesto, mas expresso por sua negação, do que se tenta manter reprimido, distante da experiência consciente) Evitação de estados de tristeza?

11) ATITUDE DIANTE DA ALIMENTAÇÃO DEFINE/DESCREVE A CRIANÇA
Ele é muito seletivo 3 M 5

12)IDEALIZAÇÃO , EXPECTATIVAS DIRIGIDAS À CRIANÇA
Vai dar muita vitória pra muita gente 5 F 7
Ela é o meu consolo 5 F 7

13) CIRCUITO FECHADO (Ela é o meu consolo) e eu para ela também 5 F 7
Como fico 24 hs com ela, ela já acostumou comigo 6 F 9
Ele vai me acabando... Ele vai se acabando junto comigo 7 M 9
Questão temática emergente: importância materna garantida pela necessidade da criança, simbiose do vínculo

14) INDIFERENCIAÇÃO PAIS/CRIANÇA
Tenho medo dela ser desnutrida, porque eu fui muito desnutrida. Ela não está crescendo e nem pegando peso 8 F 1,1

15) SUPERAÇÃO (influência de forças milagrosas)
Prá quem achou que nenhuma sobreviveria, ela venceu 5 f 7

B) COMPREENSÃO DAS DIFICULDADES:(Como você entende as dificuldades de seu filho?)

1) EXPLICAÇÃO TÉCNICA FUNCIONAL COMO JUSTIFICATIVA
Tem refluxo 1 F 2
Mama e golfa 2 M 5
Bebê com refluxo 5 F 7

2) SUPOSIÇÕES INTERPRETATIVAS
Não cresce por causa dos medicamentos
Não sente sono porque sente fome
Não dorme bem por causa da fome
Acho que é a fase dos dentes que estão nascendo ou sentiu falta porque antes não ficava separada

3) IMPLICAÇÃO PARENTAL
Tenho dificuldade para lidar 1 F 2
Fico impactada 1 F 2
Quando estava grávida dele, fui usuária de drogas, não fiz pré-natal. Quando ele fica doentinho, fico preocupada que ele possa ter algum desenvolvimento de saúde. Refluxo (médicos falam que não tem relação com as drogas 2 M 5
Estado de nervos da mãe, ansiedade da avó também 3 M 5

4) CULPABILIZAÇÃO PARENTAL
(Como você entende as dificuldades?)
Que a culpa é minha mesmo.Tudo que ele quer eu dou. Não sei dizer não. Se ele quer eu dou o peito para ele ficar. 7 M 9
Gestação foi atribulada
Saí muito na gravidez, ficava onde tinha som alto
Deve ser decorrente do enjoo da minha gravidez, uma coisa passou para a outra
Fico pensando se é por minha causa ou as vezes é dela mesmo

Questões temáticas: Auto referência, ocupação de vazios, condescendência materna, receio de se separar e frustrar o bebê , primazio do contato físico primário como garantia do vínculo. Dificuldade com os processamentos relacionais: Ou nada processado (tudo dentro) ou muito "processado"(tudo fora)

5) ATRIBUIÇÃO À FRAGILIDADE DA CRIANÇA
Ele é uma criança mais especial que precisa de mais atenção de mais cuidados 4 M 6
É muito irritado

6) ATRIBUIÇÃO A HISTÓRICO FAMILIAR
É de família (mãe e irmãos) 2 M 5
Questões temáticas em 1, 2, 3, 4, 5.,7: Aplacamentos?

7) MINIMIZAÇÃO DO DESCONFORTO
Não é muito 2 M 5

8) ANSIEDADE FRENTE AO QUE PODE EVOLUIR
Início do refluxo preocupa 2 M 5
Preocupação com o desenvolvimento 5 M 7
Não sei se no começo ficar preocupado com o comer talvez tenha dificultado 3 M 5
Questão temática emergente: Preocupa a culpa

9) ATRIBUIÇÃO AO CONTEXTO RELACIONAL
Tentava dar comida, chorava 3 M 5
Acho que ela quer chamar minha atenção

10) DIFICULDADE FRENTE ÀS MUDANÇAS
Não está comendo nem mamando mamadeira só fica no peito 6 F 9
(Como você entende as dificuldades?) Acho muito ruim. Se ela tivesse pegando mamadeira... 6 F 9
Demorou... Acho que demorou para acostumar ela 6 F 9
Ele come pouco e mama muito. Não ganha peso. Sobrecarrega
Questões temáticas: a importância do Ritmo e da regulação de ritmos entre pais e crianças

11) CIRCUITO FECHADO
Prá onde eu vou tem que levar ela 6 F 9
Proteção ou evitação de angústia de separação?

12) ESPAÇO PARA O NÃO SABER
Quadro em branco comentado pela residente em Pediatria

Prévia da revisão das categorias mais estruturais para a Terceira Fase
Processamento psíquico e relacional x compensação pelo processamento externo nas ofertas alimentares
Tudo dentro ou tudo fora
Como facilitar mediações e transições entre:

O psíquico e o concreto
A vitalidade construtiva não ameaçadora de quem se alimenta e a receptividade/disponibilidade/continência não invadida e não ameaçada de quem oferece a alimentação - Necessidade de discriminações e diferenciações x necessidades projetivas
Psicodinamismos x necessidade terapêutica de prescrição de soluções

5.4.2.2 Análise de conteúdo das vinhetas relacionadas às dificuldades alimentares em grupo de atendimento a pais e bebes (tabela em anexo)

Vídeos
Conforme apresentado no capitulo de recursos metodológicos destacamos que trata-se de vinhetas filmadas de um grupo semanal aberto a famílias que frequentam o serviço do Núcleo de atendimento a pais e bebes. O grupo, de abordagem terapêutica dirigida ao vínculo pais-criança, conta com a participação de duas psicólogas e uma pediatra. Nesta sessão específica, estão presentes quatro famílias, em que comparecem as mães e seus filhos com idades de 3 meses, 1 ano e três meses, 2 anos e 8 meses e 3 anos.

Vinheta 1 : Braveza e beijos
Nesta vinheta, a partir da apresentação ao grupo de uma das crianças presentes, de um ano e três meses, vemos e ouvimos por parte de todas as mães presentes descrições de aspectos infantis ativamente voltados à expressão de desejos instintivos e necessidade simultânea de garantir um espaço físico de acolhimento no colo das mães, mas também de se discriminar como um indivíduo com vontades próprias na expressão de afetos amorosos e hostis, na regulação de proximidade e distância dos cuidadores.
No imaginário construído no diálogo grupal, as crianças-bebês aparecem como pequenos tiranos encrenqueiros que batem, beliscam, dão cabeçadas, mordem, "descem o cacete", exigindo a realização de seus anseios com braveza. A boca assume destacado papel na expressão simultânea de necessidade de contato afetivo (beijo) e de armadura de defesa protetora (mordida), porta de entrada pronta para o ataque demarcando "território" e distâncias necessárias.
É neste cenário que as questões alimentares vão se desenrolar, na medida em que representam o encontro entre três necessidades: as instintivas nutricionais de sobrevivência, as de acolhimento afetivo pelo cuidador que alimenta o crescimento pelo vínculo e as de individuação e valorização das próprias iniciativas do bebê em diferenciação.

Agrupamento temático:
Intencionalidades monstruosas ("encrenqueira, desce o cacete, monstro")
Vontades próprias opositivas
Frustrações provocam reações de braveza
Boca como centralizadora da expressão de braveza ou afeto (Mordida ou Beijo)
"Está tudo na boca", "Tem que ser na boca"
Atividade x passividade
Tranquilidade x agitação

Difícil a criança ser individualizada, se mistura com a mãe. “Sei o que ele gosta”

Vinheta 2: O que o bebe quer, o que a mãe sente e o que o terceiro manda
Nojo, escolhas familiares, contato com mãos
Nesta vinheta, os protagonistas da cena são duas crianças, uma de 3 meses e outra de 3 anos presentes ao grupo com suas mães. As mães relatam as preferências alimentares das crianças, com os filhos em seu colo, o de 3 anos muito pouco diferenciado da bebê de 3 meses, apesar da diferença evidente quanto ao desenvolvimento físico. Enquanto a bebê dorme, o garoto “hiberna” amoldado ao corpo da mãe.
As mães abordam as dificuldades quanto à restrição alimentar, localizando nas crianças os sintomas de seletividade, recusa/nojo, refluxo e regurgitação. Demonstram por um lado, inquietação e desejo de introdução de novos alimentos além do leite materno, como forma de liberação de um “sufoco” sentido na relação exclusiva mãe-criança, e por outro lado, receio de trazer algo mais “externo” como risco frente à vulnerabilidade infantil.
O clima da vinheta sugere uma tentativa de encontrar um ritmo entre as necessidades das crianças (suas preferências, busca por autonomia e regulação) com as das mães (de se protegerem de serem “dragadas”, “devoradas”, “engolidas” pela voracidade infantil) e as prescrições do pediatra (a Bianca - 3 meses - tá só no tetê! Por que a mãe está seguindo a pediatra (Ri ...)

Agrupamento temático:
Medo de dar comida x vontade de oferecer de tudo
Comer de tudo: ser uma draga, gulosíssima, fica sufocada de tão rápido que mama
(Fantasias de devoração)
Por tudo para fora x por tudo para dentro
Desejos/percepções singulares/distintos

Vinheta 3: Eu e você somos um só
Daniel, evitação e seletividade

Aqui a mãe do garoto de três anos explica detalhadamente aos outros participantes do grupo, com total certeza, sem espaço para investigações e curiosidades, o que seu filho aceita e o que recusa.
Dita o menu com “propriedade” como mãe “canguru” que carrega em sua bolsa o filho ainda a se desenvolver.
A escuta terapêutica dos profissionais se orienta para que o filho possa nascer da bolsa materna, indagando diretamente à criança sobre sua identidade.
A expressão facial das outras mães que presenciam o diálogo sugere um reconhecimento da dificuldade de deixar falar a criança-filho. A mãe ao lado, em olhar e riso maroto, parece denunciar, em parceria com a fala da terapeuta, que a mamãe sabe tudo sobre o que o Dani gosta e não gosta e fala tudo por ele.
Esta mãe, apesar de escutar e estimular (conscientemente) o garoto a falar diretamente conosco: *Vai, fala com a tia!*, no registro corpóreo, não verbal

(inconsciente) aponta paradoxalmente outro caminho. Ao mesmo tempo em que pergunta e abre para uma alimentação a partir do externo, abraça o garoto fechando novamente seus braços em torno do filho (na autossuficiência de seu cuidado e certeza).
Que criança fala aí? Que criança interna materna vulnerável sofre a ponto de ter que proteger tanto seu filho de possíveis frustrações, adaptações e novos desafios?

Agrupamento temático:
Autossuficiência: "Ele se criou muito bem"
Ambivalência materna para a autonomia
Bebê dentro da mãe, corpo único mãe-bebê
Expressões corporais de manter o filho dentro de si
Projeções de dano recíproco caso a sintonia não seja perfeita
Transgeracionalidade
Simbiose

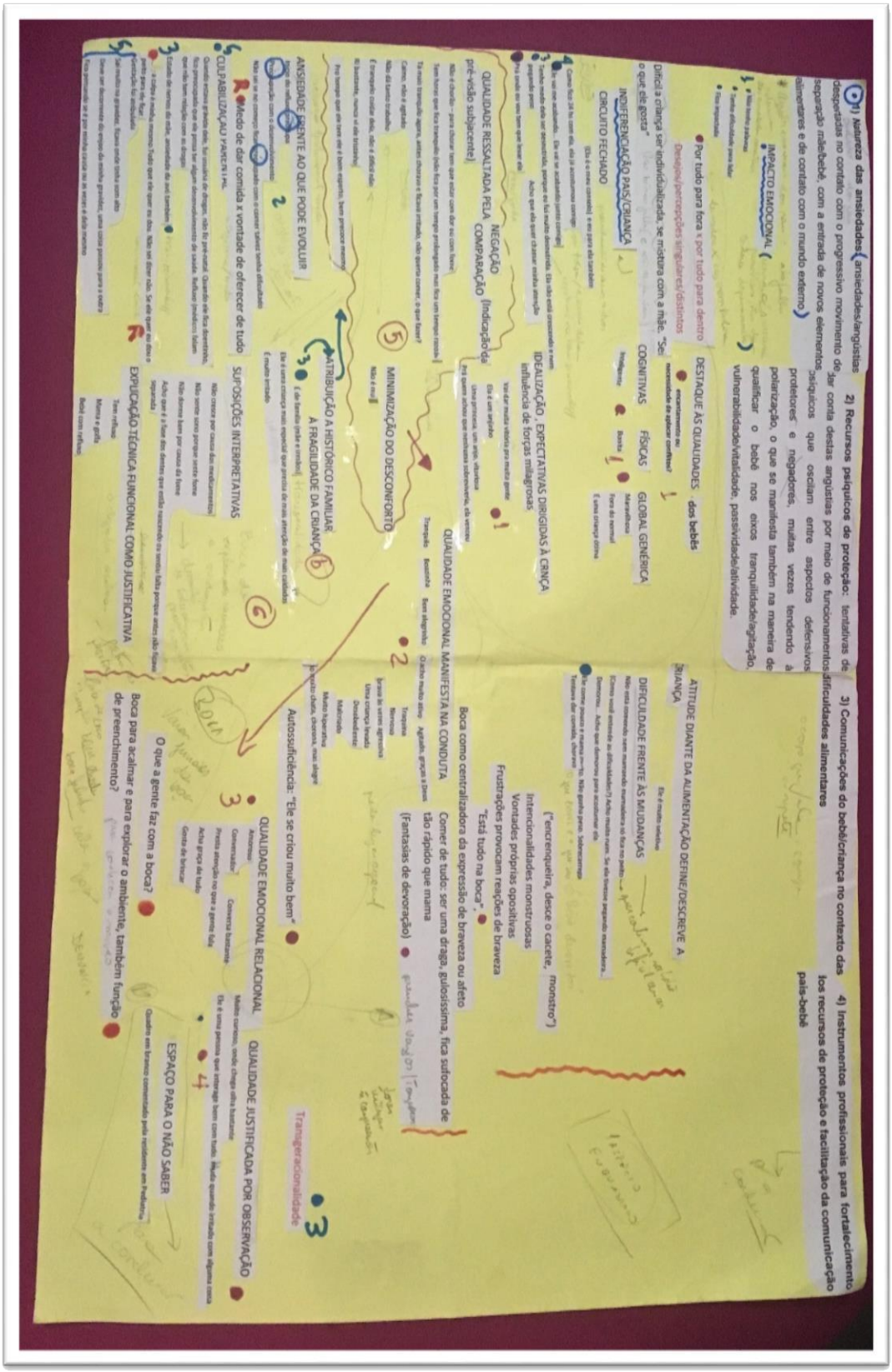
Vinheta 4: Entradas e saídas
Boca, dedo e chupeta
Nesta vinheta as mães conversam sobre entradas e saídas:
o dedo e o alimento que entram, a mão na boca e o dedo na "goela" para preencher e, em outros momentos, para provocar vomito.
Esta estranho ....
A língua e alimento que saem, o sugar e o refluir, o aceitar poder receber "alimentos" e se consolar (com dedo, mão, chupeta, leite, mamadeira) e o se "estranhar" com o que vem de fora, o recusar do refluxo, das intolerâncias.
Uma batalha sutil se insinua, a força e a necessidade de descoberta da criança, quando se manifesta e é impedida, traz culpa e oposição. *Está terrível! Descobriu as mãos! Não pode falar não para ela!*
Agrupamento temático:
O que a gente faz com a boca?
Sugar, enfiar dedo na goela
Imagens primitivas terroríficas? (linguagem crua/concreta)
Boca para acalmar e para explorar o ambiente, também função de preenchimento?

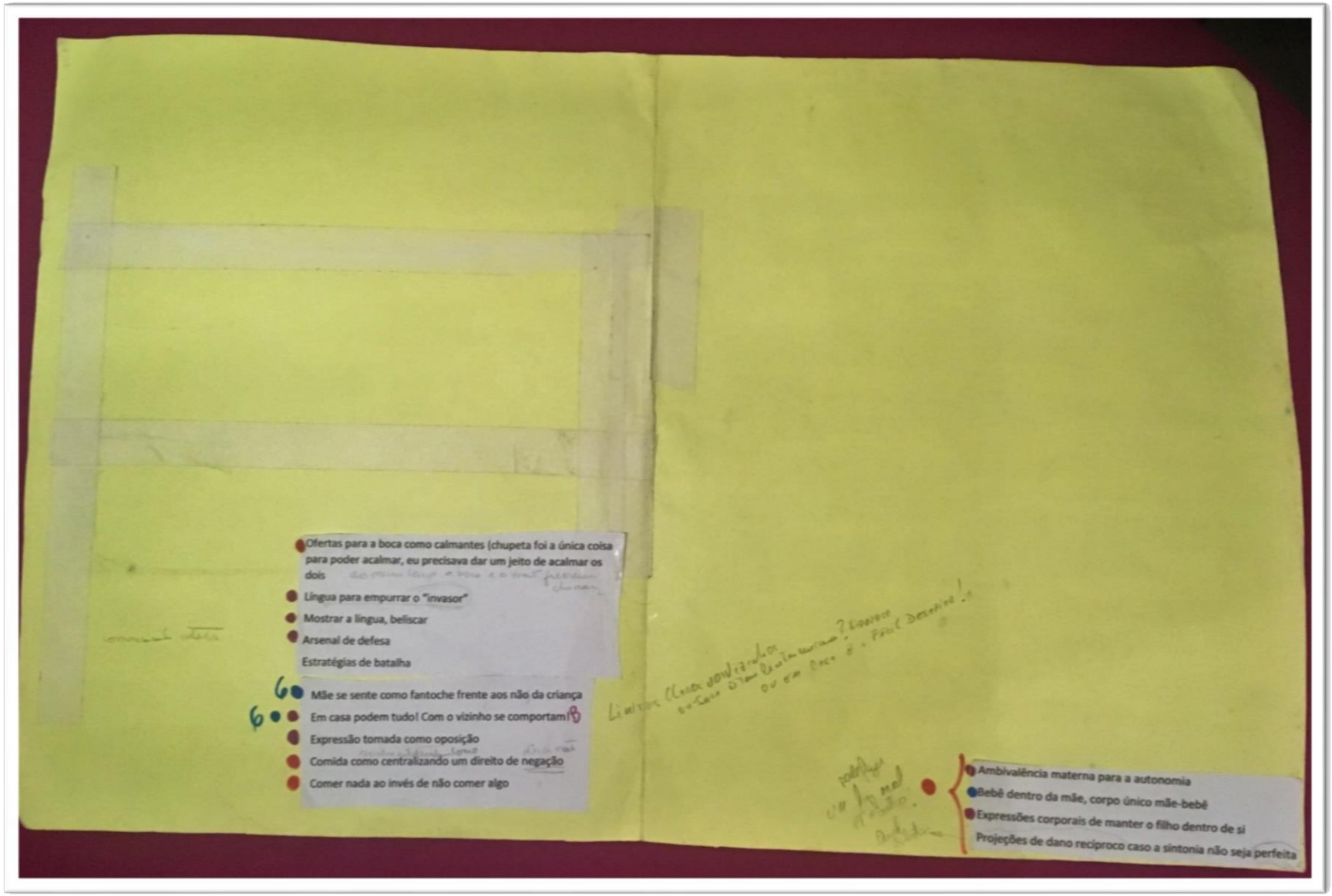
Vinheta 5: Confrontos
Língua e chupeta
No grupo, as expressões faciais, a disposição física para o contato por meio de olhares e a atitude corporal das crianças demonstram o grau de atividade e participação delas no diálogo com seus pais sobre o que elas recebem e sobre o que e como querem aproveitar.
As mães se reconhecem como campo de ensaio para batalhas no mundo mais amplo.
As terapeutas enfatizam como o desafio que se desenvolve por exemplo no empurrar da língua, na adaptação à aceitação da comida, podem não ser rejeições críticas, mas experiências de regulação de ritmos e de ser ativo (senso de ser agente) nestas trocas do que entra e do que sai.
Agrupamento temático:

Ofertas para a boca como calmantes (chupeta foi a única coisa para poder acalmar, eu precisava dar um jeito de acalmar os dois
Língua para empurrar o “invasor”
Mostrar a língua, beliscar
Arsenal de defesa
Estratégias de batalha
Mãe se sente como fantoche frente aos não da criança
Em casa podem tudo! Com o vizinho se comportam!
Expressão tomada como oposição
Comida como centralizando um direito de negação
Comer nada ao invés de não comer algo

ANEXO IX

Cartaz com a construção e estruturação das categorias




Ofertas para a boca como calmantes (chupeta foi a única coisa para poder acalmar, eu precisava dar um jeito de acalmar os dois
Língua para empurrar o "invasor"
Mostrar a língua, beliscar
Arsenal de defesa
Estratégias de batalha
Mãe se sente como fantoche frente aos não da criança
Em casa podem tudo! Com o vizinho se comportam!
Expressão tomada como oposição
Comida como centralizando um direito de negação
Comer nada ao invés de não comer algo
Ambivalência materna para a autonomia
Bebê dentro da mãe, corpo único mãe-bebê
Expressões corporais de manter o filho dentro de si
Projeções de dano recíproco caso a sintonia não seja perfeita

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, T. W., (2005). Tradição e originalidade na obra de D.W.Winnicott. Dissertação de Mestrado: Instituto de Psicologia da USP. São Paulo.

BARANDON, T.; BROUGHTON, I.G. and cols., (2005). *The practice of psychoanalytic parent-infant psychotherapy – claiming the baby.* Londres: Routledge.

BARDIN, L., (1977/1988). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BATISTA, I.B.A., MENDES DE ALMEIDA, M.A. e col., (2013). Aspectos emocionais presentes nas queixas pediátricas. Em Morais, M.B., Campos, S.O. e cols. *Pediatria: Diagnóstico e Tratamento,* p. 101 – 104. São Paulo: Manole.

BATISTELLI, F.V & GOMES DE AMORIM, M.L. e cols., (2014). *Atendimento Psicanalítico do Autismo*. São Paulo: Editora Zagodoni.

BENTZEN, M. e HART S., (2015). *Through windows of opportunity: a neuroaffective approach to child psychotherapy*. London: Karnac.

BION, W. R., (1962*). Learning from experience,* London: Heinemann.

BICK, E., (1963/1984). Notes on infant observation in psychoanalytic training, em International Journal of Psychoanalysis, vol. 45.

BRAZELTON, B. e CRAMER, B.,(1991*). The earliest relationship: parents, infants and the drama of early attachment*. London: Karnac.

BRIGGS, S., (1993). Psychological insights from infants with eating disorders, Tavistock Clinic Paper 135. London.

BRIGGS, S., (1997). *Growth and risk in infancy.* London: Jessica Kingsley Publishers.

CAETANO, M.C., ORTIZ, T.T. e cols., (2010). Complementary feeding: inappropriate practices in infants. *J Pediatr* (Rio J.). May-Jun;86(3):196-201.

CRESPIN, G. C., (2004). *A Clínica Precoce: O Nascimento do Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

CRESPIN, G. C., (2007). *Clínica e prática da prevenção do autismo*. São Paulo: Instituto da Família.

CUNHA, I., (2014). Princípios básicos do crescimento do cérebro em desenvolvimento. Em Marin, I.K. E Aragão, R.O. (Orgs.). *Do que fala o corpo do bebê,* p. 279 – 285. São Paulo: Escuta.

DENZIN, N.K. e LINCOLN, Y.S., (1994). *Handbook of qualitative research.* Thousand Oaks, CA: Sage.

DOLTO F., (1939/1972). *Psicanálise e Pediatria.* Rio de Janeiro: Zahar.

DOWNE – WAMBOLDT, B., (1992). Content analysis: method, application and issues. *Health Care Women Int*. 13 (3), p. 313-321.

FACCINI, L; NOGARA, L. e col., (2013). Possibilidades interventivas diagnósticas e de tratamento em saúde mental. Em Morais, M.B., Campos, S.O. e cols. *Pediatria: Diagnóstico e Tratamento,* p. 129 – 133. São Paulo: Manole.

FERNANDES, W.J.; SVARTMAN, B. e cols., (2003). *Grupos e configurações vinculares.* Porto Alegre: Artmed.

FOLINO, C.G.S., (2008). Encontro entre a psicanálise e a pediatria: impactos da depressão puerperal para o desenvolvimento da relação mãe-bebê e do psiquismo infantil. Dissertação de mestrado – Instituto de Psicologia da USP. São Paulo.

FRAIBERG, S.; ADELSON, E. e cols., (1980). Ghosts in the Nursery: A Psychoanalytic Approach to the Problems of Impaired Infant-Mother Relationships em FRAIBERG, S. (ed) *Clinical studies in infant mental health: the first year of life.* London: Tavistock.

FREUD, S., (1917/2010). Sobre transformações dos instintos, em particular no erotismo anal. Em *Obras completas*, vol. 14. São Paulo: Companhia das Letras.

HEIMANN, P., (1950). On counter-transference. Int. J. Psycho-Anal., 31:81-84.

KLEIN, M., (1936/1988). *Love, Guilt and Reparation and other works*. London: Virago Press.

KUPFER, M.C.M.; JERUSALINSKY, A.N. e cols., (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Lat.Am.Journal of Fund. Psychopath.* Online, v. 6 , n.1, maio, p. 48-68.

LAZNIK, M. C., (1997). Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? Em VANDERLEY, D. de B. (Org.) Palavras em torno do berço. Coleção de Calças Curtas. Salvador: Ágalma.

LAZNIK, M.C., (2013). *A hora e a vez do bebê.* São Paulo: Instituto Langage.

LEBOVICI, S., (1988). *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Buenos Aires: Amorrutu.

LISONDO, A. B.D.; BATISTELLI, F.V. e cols., (2017a). Clínica e pesquisa em psicanálise: apresentando o PRISMA – Protocolo de investigação psicanalítica de sinais de mudança em autismo. Pelo GPPA: Grupo Prisma de Psicanálise e Autismo. *Revista de Psicanálise: Reverie*. Vol 10, n 1,nov. Fortaleza.

LISONDO, A. B.D.; BATISTELLI, F.V. e cols., (2017b). Sinais de mudança em autismo. Prisma, um instrumento de pesquisa. GPPA – Grupo Prisma de Psicanálise e Autismo. *Revista Brasileira de Psicanálise: vol.* 51, N.4, p. 225-44

LUDKE, M. e ANDRÉ, M.E.D.A., (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.

MAGAGNA, J., (2015). *El Niño en Silencio - la comunicación más allá de las palavras*. Karnac: London.

MÉLEGA, M.P. e SONZOGNO M.C., (2008). *O olhar e a escuta para compreender a primeira infância.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

MENDES DE ALMEIDA PINHEIRO, M., (1993). Clinical Study of Early Feeding Difficulties: Risk and Resilience in Early Mismatches within Parent-Infant Relationship: Tese de Mestrado, Tavistock Clinic Paper. Londres.

MENDES DE ALMEIDA PINHEIRO, M., (2004). Feeding difficulties in infancy: Faruk and Shereen. Em *Exploring feeding difficulties in children,* ed. Gianna Williams et al., London: Karnac.

MENDES DE ALMEIDA, M., MARCONATO, M. e col., (2004) Redes de Sentido: evidência viva na intervenção precoce com pais e crianças. *Rev. Bras. Psicanál.,* 38 (3): 637-648.

MENDES DE ALMEIDA, M., (2007) Transicionalidade numa Consulta Terapêutica Filmada: Resgatando a Capacidade de Dormir e Sonhar -

Intervenção Precoce no vínculo pais-bebê sob o víde(o)lhar do observador. Em Ferreira, A.M. (Org.), *Espaço Potencial Winnicott – Diversidade e Interlocução*, São Paulo: Landy Editora.

MENDES DE ALMEIDA, M., (2008 a) Intervenção Clínica e Investigação Terapêutica com Pais e Bebês: Vulnerabilidade e Resiliência em Dificuldades Alimentares Infantis. Em Sonzogno, M.C. e Mélega, M.P. (Orgs.), *O Olhar e a Escuta para compreender a Primeira Infância*, p. 317-325. São Paulo: Casa do Psicólogo.

MENDES DE ALMEIDA, M., (2008 b) Risco e resiliência em problemas de alimentação infantil – um olhar para a digestão da experiência emocional na relação pais/bebê. Em Atem, L.M. (Org.), *Cuidados no início da vida – Clínica, instituição, pesquisa e metapsicologia*, p. 263-280. São Paulo: Casa do Psicólogo.

MENDES DE ALMEIDA, M., (2010). Diferenciando a qualidade de projeções parentais na interface com dificuldades alimentares infantis: intervenção clínica e investigação psicanalítica com bebês. Em Bruno, C. (Org.), *Distúrbios alimentares – uma contribuição da Psicanálise*, p. 169-189. Rio de Janeiro: Imago.

MENDES DE ALMEIDA, M., (2013) Aspectos emocionais das dificuldades alimentares no contexto da relação pais-bebê. Em Morais, M.B., Campos, S.O. e cols. *Pediatria: Diagnóstico e Tratamento,* p. 121-125. São Paulo: Manole.

MENDES DE ALMEIDA, M., (2016). Meu filho não come. Em Barros, V.F.R.B. *A saúde mental na atenção à criança e ao adolescente: os desafios da prática pediátrica*, p. 174 -183. São Paulo: Atheneu.

MENDES DE ALMEIDA, M.; ZIMMERMAN, V. e cols., (2017). Vias alternativas para o desenvolvimento no atendimento psicanalítico a crianças pequenas em risco psíquico: o corpo em cena. Em Parlato-Oliveira, E. e Cohen, D. (Orgs.*), O bebê e o outro – seu entorno e suas interações, p. 141 – 154.* São Paulo: Instituto Langage.

MESSA, A.A., (2013). Aspectos Psicológicos relacionados à qualidade de vida de crianças com retinopatia da prematuridade. Tese de Doutorado – Programa de Pós Graduação em Oftalmologia e Ciências Visuais, UNIFESP. São Paulo.

MINAYO, M.C.S., (1993). *O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo*:* Hucitec - Abrasco.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, (2014). Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde. 56 p.: il.

MIRANDA, M.R., (2004). O mundo objetal anoréxico e a violência bulímica em meninas adolescentes. *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. 38 n 2., p.309-333.

MORENO, J.L., (1946/1984). *Psicodrama.* São Paulo: Cultrix.

MURATORI. F., (2014) *O diagnóstico precoce no autismo: Guia prático para pediatras.* Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce de Bahia: Salvador.

OLIVEIRA, F.L.C., KOBINGER, M.E.B.A. e col. (2013). Alimentação do lactente. Em Morais, M.B., Campos, S.O. e cols. *Pediatria: Diagnóstico e Tratamento,* p. 8 – 14. São Paulo: Manole.

ONG e GUEST, P., (2018). Nutritional Programming Effects on Development of Metabolic Disorders in Later Life. *Methods Mol Biol*.;1735:3-17.

PEDROSO, G.C. e PUCCINI, R.F., (2013) Aleitamento materno. Em Morais, M.B., Campos, S.O. e cols. *Pediatria: Diagnóstico e Tratamento,* p. 3 - 8. São Paulo: Manole.

PARLATO, e COHEN, D. (Orgs.*).* (2017)*. O bebê e o outro – seu entorno e suas interações.* São Paulo: Instituto Langage.

PERESTRELLO, D., (1987 a). *Trabalhos escolhidos – Psicologia Médica, Psicossomática, Psicanálise.* Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu.

PERESTRELLO, D., (1987 b). Atualidade da Patologia Digestiva Psicossomática. Em *Trabalhos escolhidos – Psicologia Médica, Psicossomática, Psicanálise.* Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu.

POSTERNAK, L., (2002). 9ª carta - para uma criança que não come. Em *O direito à verdade: cartas para uma criança,* p. 129-138. São Paulo: Globo.

SILVA G.A., COSTA K.A., GIUGLIANI E.R., (2016). Infant feeding: beyond the nutritional aspects*. J Pediatr* (Rio J). May-Jun;92 (3 Suppl 1): S2-7.

SILVA, M.C.P., (2002). Um self sem berço. Relato de uma intervenção precoce na relação pais-bebê. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 36,n.3., p. 541-565.

SILVA, M.C.P., (2003). *A herança psíquica na clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

SILVA, M.C.P., (2007). Identificação mórbida: comunicação transgeracional traumatizante. Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre. v.14, n. 1. p. 137-165.

SILVA, M.C.P., (2010). A depressão transmitida através da relação de dependência revertida da díade mãe-bebê. Revista Percurso, v.44. p 125-132.

SILVA, M.C.P., (2013). Indicadores de risco psíquico e do desenvolvimento infantil: avaliação e intervenção nas relações iniciais pais-bebê. Em Morais, M.B., Campos, S.O. e cols. *Pediatria: Diagnóstico e Tratamento,* p. 105 – 110. São Paulo: Manole.

SILVEIRA, M.L.M., (2000) Aplicação da Psicanálise em Saúde Pública Sistematização de um serviço preventivo no desenvolvimento do bebê. Trabalho apresentado no 31º Congresso Brasileiro de Pediatria, Fortaleza 2000.

SILVEIRA, M.L.M. e SCAPPATICCI, A.L.S.S.S., (2013). Aspectos do desenvolvimento emocional da criança: questões frequentes trazidas pelos pais ao profissional de saúde. Em Morais, M.B., Campos, S.O. e cols. *Pediatria: Diagnóstico e Tratamento,* p. 135 – 139. São Paulo: Manole.

SOLIS-PONTON, L., (2004) *Ser pai, ser mãe: parentalidade – um desafio para o terceiro milênio.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

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

SZEJER, M., (2017). Questões sobre a anorexia: da anorexia neonatal àquela dos adolescentes. Em Parlato-Oliveira, E. e Cohen, D. (Orgs.*). O bebê e o outro – seu entorno e suas interações, p. 172 – 186.* São Paulo: Instituto Langage.

TADDEI, J.A.C., (Org.), (2004). *Sofrimento psicológico e baixa estatura na infância.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

TEPERMAN, D.W., (2005). *Clínica Psicanalítica com Bebês – uma intervenção a tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo; Fapesp.

TURATO, E. R., (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas.* Rio de Janeiro: Vozes.

VIEIRA, D.A.; CASTRO, M.A, e cols., (2017). Nutritional quality of dietary patterns of children: are there differences inside and outside school? *J Pediatr* (Rio J). Jan - Feb;93 (1) : 47-57.

WECHSLER, M.P.F., (2007). Pesquisa e Psicodrama. *Revista Brasileira de Psicodrama.* Vol.15. N.2 . p. 71-78.

WECHSLER, R. E WECHSLER, M.P.F., (2013). Aspectos sociais, afetivos e cognitivos do desenvolvimento da criança e do adolescente. Em Morais, M.B., Campos, S.O. e cols. *Pediatria: Diagnóstico e Tratamento,* p. 97-100. São Paulo: Manole.

WILLIAMS, G., (1992). Reversal of the container/contained relationship, *Acts of the American Academy of Child Psychiatry.*

WINNICOTT, D. W., (1958/2000) *Da Pediatria à Psicanálise.* Rio de Janeiro: Imago.

WILLIAMS, G., (1997) *Internal landscapes and foreign bodies – Eating disorders and other pathologies*, London: Duckworth.

WILLIAMS, G.; WILLIAMS, P. e cols., (2004). “Exploring feeding difficulties in children – The generosity of acceptance”, vol.1. London: Karnac.

WINNICOTT, D. W., (1963). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo, p. 79. Em *O Ambiente e os processos de maturação.* Porto Alegre: Artes Médicas.

WINNICOTT, D. W., (1965/2000). A preocupação materna primária. Em *Da pediatria à Psicanálise – obras escolhidas.* Rio de Janeiro: Imago.

WINNICOTT, D. W., (1965). O valor da consulta terapêutica, em Winnicott, C., Shepherd. R. & Davies, M.*, Explorações Psicanalíticas: D.W. Winnicott*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 244 – 248.

WINNICOTT, D. W., (1971/1984) *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*, Rio de Janeiro: Imago.

WINNICOTT, D. W., (1971). The use of an object and relating through identifications. Em “Playing and reality” p. 101 - 111. London: Penguin Books.