



ARTIGO ORIGINAL

Caracterização da clientela de bebês em uma clínica-escola de psicoterapia psicanalítica

Client's profile of babies assisted in a psychoanalytic psychotherapy school-clinic

Karina Recktenvald^a

Manoela Yustas Mallmann^b

Fernanda Munhoz Driemeier Schmidt^c

Guilherme Pacheco Fiorini^d

Camila Piva da Costa Cappellari^e

- ^a Psicóloga, especialista em Teoria Psicanalítica e as Psicoterapias da Infância e Adolescência, Idade Adulta e Psicanálise das Configurações Vinculares (Contemporâneo), mestranda em Psicologia Clínica (UNISINOS), Porto Alegre/RS, Brasil.
- ^b Psicóloga (PUCRS), especialista em Teoria Psicanalítica e as Psicoterapias da Infância e Adolescência (Contemporâneo), Porto Alegre/RS, Brasil.
- ^c Psicóloga, especialista em Teoria Psicanalítica e as Psicoterapias da Infância e Adolescência e Idade Adulta (Contemporâneo), mestre em Psicologia Clínica (UNISINOS) e doutoranda em Psicologia Clínica (UNISINOS), Porto Alegre/RS, Brasil.
- ^d Psicólogo (PUCRS), mestrando em Psicologia Clínica (UNISINOS).
- ^e Psicóloga, especialista em Teoria Psicanalítica e as Psicoterapias da Infância e Adolescência e Idade Adulta (Contemporâneo), mestre em Ciências Médicas: Psiquiatria (UFRGS) e doutoranda em Ciências Médicas: Psiquiatria (UFRGS), Porto Alegre/RS, Brasil.

Instituições: Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade, Porto Alegre/RS

Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo/RS

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre/RS

Suporte financeiro: CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Conflito de interesse: Declaramos que o presente estudo não é atravessado por nenhum conflito de interesse.

Resumo

Objetivo: Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos bebês de zero a 36 meses que foram levados por seus pais ou responsáveis para psicoterapia em uma clínica-escola em saúde mental de Porto Alegre. **Método:** Realizou-se um estudo documental de revisão de prontuários dos pacientes atendidos entre maio de 2009 a maio de 2016. Os responsáveis pelos pacientes que chegaram à instituição nesse período responderam uma ficha sociodemográfica, abarcando dados sobre a criança e seu contexto, e o *Child Behavior Checklist* (CBCL), versão de 1½ a 5 anos de idade. Incluíram-se no estudo todos os bebês triados na clínica-escola e suas respectivas famílias (n=25). **Resultados:** Grande parte dos pacientes cujas famílias procuraram atendimento já tinham completado 2 anos de idade (92%), e pouco mais da metade desses bebês residiam com ambos os pais (52%). Profissionais da área da saúde foram a principal fonte de encaminhamento (44%), seguidos das famílias dos bebês (28%) e das escolas que frequentam (24%). Os motivos de busca para atendimento mais encontrados foram comportamento agressivo (36%), problemas de atenção (20%) e ansiedade/depressão (16%). A partir dos resultados do CBCL, identificou-se que 48% dos bebês apresentaram escore clínico em sua média total, 44% apresentaram escore clínico para problemas internalizantes e 36% para problemas externalizantes. **Conclusão:** Ressalta-se a necessidade de popularizar os conhecimentos acerca da saúde mental dos bebês.

Palavras-chave: Psicoterapia psicodinâmica. Sinais e sintomas. Pacientes ambulatoriais.

Abstract

Objective: To describe the demographic and clinical profile of babies from zero to 36 months old assisted in a mental health school-clinic in Porto Alegre. **Method:** It was performed a documentary research with the clinical records of patients assisted from May 2009 to May 2016. The children's responsables who sought the institution in this period answered a demographic form, covering aspects of the child and its context, as well as the Child Behavior Checklist 1.5-5 (CBCL/1.5-5). In this study, were included all the babies screened in the school-clinic and their respective families (n=25). **Results:** A great quantity of patients whose families sought treatment were already two years old (92%), and more than half of them lived with both their parents (52%). Health professionals were the main referral source (44%), followed by the babies' families (28%) and the schools they attended (24%). The most common reported complaints were regarding aggressive behavior (36%), attention problems (20%) and anxiety/depression (16%). According to the CBCL results, it was identified that 48% of

the babies presented clinical score for Total Problems, while 44% had clinical ratings for internalizing problems and 36% had clinical ratings for externalizing problems. **Conclusion:** It is highlighted the need for popularizing the knowledge on babies' mental health.

Keywords: Psychodynamic psychotherapy. Signs and symptoms. Outpatients.

Introdução

Os três primeiros anos de vida são fundamentais para o desenvolvimento posterior do indivíduo, sendo uma fase importante para a promoção de saúde mental^{1,2}. Diante disso, estudos alertam sobre a significativa persistência das dificuldades apresentadas nesse período, contrariando a ideia de que seriam apenas transitórias^{2,3,4,5}. Nesse sentido, identificar e intervir nas dificuldades observadas nos bebês e suas famílias o quanto antes pode evitar que comportamentos e patologias estruturem-se, sendo a psicoterapia pais-bebê uma das modalidades de intervenção disponíveis⁶. É indicada para bebês que apresentam problemas de saúde mental ou que estão em risco devido a situações adversas, como eventos traumáticos ou doença mental dos pais⁷. Objetiva restaurar o curso normativo do desenvolvimento do bebê e da relação com seus cuidadores¹.

Para compreender os sintomas dos bebês, deve-se considerar o ambiente que os cerca, principalmente o familiar^{1,8}. Nos últimos anos, por exemplo, nota-se um aumento no número de divórcios e de famílias monoparentais^{9,10}. Pesquisas que caracterizam as crianças em atendimento psicológico em clínicas-escola no país refletem essa realidade: 51,8% das crianças de até 4 anos e 5 meses não residiam com ambos os pais na amostra de Raskin e colaboradores¹¹, índice próximo ao de outra pesquisa com crianças de dois a 12 anos (47%)¹².

Conhecer fatores protetores e de risco possibilita que estudos tentem prever o aparecimento e a estabilidade de sintomas^{2,10,14}, ponderando que variáveis do contexto familiar podem ser tanto fatores de risco quanto protetores, dependendo de suas características, da afetividade e da qualidade dos vínculos entre a criança e seus cuidadores^{8,15}. A qualidade da relação entre o casal, por exemplo, é um fator protetor para enfrentar as mudanças acarretadas pela transição à parentalidade e a chegada de um bebê¹³, enquanto os conflitos são um obstáculo, além de fatores de risco para o surgimento de distúrbios no relacionamento pais-bebê⁵.

Investiga-se, também, a escolaridade dos pais^{5,16,17} e sugere-se que, quanto maior sua escolaridade, menores são os fatores de risco aos filhos¹⁶. Pesquisas com bebês apontam que elevados níveis de escolaridade materna são fatores protetores para o aparecimento de sintomas psíquicos aos 2 anos de idade¹⁷, enquanto baixos níveis representam risco para distúrbios no relacionamento entre pais e bebês de 17 a 19 meses⁵.

Outro fator sociodemográfico a ser ponderado é a renda familiar. Dificuldades financeiras costumam gerar estresse na dupla parental, o que, por sua vez, interfere no relacionamento com o filho⁸. A baixa renda familiar também prediz o aparecimento de sintomas em bebês¹⁷. De forma semelhante, uma associação

significativa entre aumento na renda e redução de problemas comportamentais foi encontrada ao avaliar-se bebês aos 18 e 36 meses¹⁸.

Quanto ao atendimento psicológico de bebês, além de dados sociodemográficos, cabe analisar a fonte de encaminhamento para psicoterapia. As escolas costumam ser responsáveis por derivar a maior parte das crianças^{10,12,19}. Seu papel também é importante nos casos de pré-escolares e bebês¹¹. Profissionais da saúde, como pediatras^{3,20} e psicólogos¹¹, igualmente exercem tal função. Por acompanharem bebês periodicamente, pediatras ocupam posição privilegiada na detecção de problemas comportamentais. Sua avaliação atenta pode contribuir para a identificação dos primeiros sinais de sofrimento, bem como informar aos pais que aspectos comportamentais podem ser pauta das consultas pediátricas^{3,20}. Chama atenção que a busca por iniciativa dos pais não está entre as principais fontes^{11,12,19}, com índices que variam entre 9,3%¹⁹ a 25%¹² em amostras nacionais.

Quanto ao adoecimento psíquico dos bebês, identificam-se estudos que almejam investigar sua sintomatologia^{2,5,17,21,22,23,24,25,26,27,28}. Destaca-se uma pesquisa que avaliou 19.850 crianças entre 18 meses a 5 anos em 24 sociedades com o objetivo de comparar os resultados obtidos através do *Child Behavior Checklist* (CBCL) entre as diferentes culturas. Verificou-se que os meninos apresentaram escores de problemas totais sutilmente mais altos do que as meninas. O mesmo ocorreu com as crianças mais novas, que se mostraram ligeiramente mais sintomáticas do que as mais velhas²⁴.

O CBCL também foi empregado em estudos de prevalência em amostras não clínicas^{17,22,28,29}. Em Taiwan, 645 crianças de 2 a 5 anos foram avaliadas e constatou-se que 25,4% delas apresentaram escores totais considerados clínicos²⁸. Já na Austrália, avaliaram-se bebês aos 2 anos (n=1.707) e percebeu-se que apresentaram mais problemas externalizantes (6,9%) em oposição aos internalizantes (4,5%)¹⁷. Crianças entre 24 e 48 meses participaram de um estudo americano, sendo 103 delas selecionadas em serviços de saúde mental e 110 nas comunidades onde tais centros localizavam-se: 20,9% apresentaram escore clínico para sintomas externalizantes e 16,4% para internalizantes²⁹.

Identificam-se, também, estudos realizados exclusivamente com bebês^{2,25,26}. Na Holanda, por exemplo, compararam-se os comportamentos externalizantes de bebês de 24 e 36 meses com os apresentados por bebês de 12 meses. Constatou-se que tais comportamentos eram menos proeminentes nos bebês de 12 meses²⁶. Bebês de 18 meses foram avaliados na Lituânia (n=237): encontrou-se um índice de 9,9% de escore clínico na categoria problemas totais². Conhecer a prevalência de psicopatologias em bebês de 18 meses na Dinamarca foi o objetivo da pesquisa de Skovgaard e colegas²⁵. Para tanto, fez-se uma revisão dos escassos estudos nesse âmbito e encontraram-se índices variando de 10% a 15%. Como resultado de sua pesquisa empírica, os autores descobriram que 16% a 18% dos bebês avaliados (n=237) receberam um diagnóstico pelo menos conforme o manual *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental of Infancy and Early Childhood* (DC 0-3)³⁰. O mesmo é dirigido aos três primeiros anos de vida e é referência na avaliação de bebês^{21,23,27}.

Amostras clínicas provenientes de centros de saúde mental foram alvo de pesquisas que empregaram

o mesmo manual para descrever os diagnósticos de bebês^{21,23,27}. Na França, 102 bebês menores de 1 ano foram avaliados: 76% receberam um diagnóstico do eixo I, sendo transtorno de ansiedade o mais frequente, e 25% manifestaram distúrbios de relacionamento²⁷. Na Escandinávia, 138 crianças com menos de 3 anos e 11 meses participaram de um estudo: o principal diagnóstico recebido por aquelas menores de 24 meses foi problemas regulatórios. As que tinham entre 24 e 35 meses apresentaram distúrbios afetivos e problemas regulatórios em sua maioria²³.

Estudos acerca da saúde mental dos bebês estão em expansão², mas, no contexto nacional, ainda são escassas as pesquisas epidemiológicas que se dedicam à saúde mental de crianças, sendo que bebês não costumam ser incluídos^{31,32}. Já nos estudos de caracterização de crianças atendidas em clínicas-escola, por vezes observa-se sua inserção^{11,19,33}. Ao analisar informações de 2.106 crianças que ingressaram em duas instituições entre 1979 a 2007, descobriu-se que 4,3% delas tinham até 3 anos e 11 meses¹⁹. Outro estudo incluiu as 77 crianças menores de 4 anos e 5 meses triadas em um período de dez anos. A maioria apresentava entre 2 anos e 6 meses a 3 anos e 5 meses (67,5%), sendo que cinco (6,5%) tinham até 1 ano e 5 meses¹¹. Em uma amostra de 103 crianças entre 2 e 6 anos, verificou-se que 33% delas tinham menos de 3 anos. A faixa de maior concentração foi entre os 4 e 5 anos³³.

Nesses estudos, havia mais meninos do que meninas em atendimento^{11,19,33}, assim como apontam outras pesquisas com crianças^{21,27,34}, no entanto, observa-se um aumento do número de meninas^{9,19}. Esse predomínio varia entre 53% a 89% nas clínicas-escola brasileiras³⁴.

Apesar da existência de problemas relacionados à saúde mental em bebês e de tratamentos efetivos, parece haver resistência a buscar auxílio profissional, como indicam Ellingson e colegas²⁰: dentre crianças de 11 a 39 meses que manifestavam problemas de comportamento, somente os responsáveis por 17,7% delas haviam conversado sobre isso com algum profissional. Um possível sentimento de culpa dos pais e a crença de que os sintomas nessa época da vida são transitórios influenciam sua decisão de procurar ajuda^{3,23}. Ademais, a infância ainda é vista como um período de felicidade por alguns, o que justifica parte da dificuldade de perceber o adoecimento psíquico, especialmente o dos bebês³. Há, também, as dificuldades parentais de identificar alterações no desenvolvimento dos filhos²⁰, até porque, às vezes, a diferença entre comportamentos típicos e desviantes em uma mesma faixa etária é questão de intensidade²⁴. O desconhecimento acerca da existência de serviços voltados a intervenções precoces é outro fator a ser mencionado³.

Sugere-se que o principal motivador para que pais conversem sobre os sintomas de seus bebês com um profissional seja sua preocupação acerca do comportamento deles. Logo, conhecer o que é motivo de apreensão a respeito da saúde mental de seus filhos e como os percebem é primordial a fim de ampliar os encaminhamentos para psicoterapia²⁰. Essa percepção é diferente entre os pais devido a sua subjetividade³⁵, à relação estabelecida com a criança^{23,35}, ao tempo que passam juntos, a questões pertinentes à conjugalidade³⁵ e à escolaridade dos pais³³. Como tendem a buscar auxílio ao constatarem que estão com dificuldades de lidar com os filhos, essa consciência representa um fator de proteção à criança²³.

Os problemas externalizantes costumam ser mais frequentemente percebidos pelos pais, em comparação aos internalizantes, pelo incômodo que geram^{8,18,19,23,33,34}. Por isso, crianças com tais sintomas tendem a ser levadas para atendimento antes³³. Quanto às crianças com sintomas internalizantes, pais com maior escolaridade geralmente notam seus problemas mais facilmente³³. Nas amostras de clínicas-escola brasileiras, o comportamento agressivo figura como principal queixa alegada pelos pais^{11,19,33,34}, sendo que problemas de atenção e ansiedade/depressão também aparecem frequentemente^{19,33}.

Quanto aos sintomas detectados pelos profissionais responsáveis pelos atendimentos das crianças nas clínicas-escola, predominam os problemas externalizantes^{9,19,33,34}, apesar de haver certa divergência. Borsa e colaboradores¹⁴, por exemplo, avaliaram 140 escolares com idade média de 10 anos e identificaram a hegemonia de comportamentos internalizantes. Através do CBCL, 103 crianças entre 2 e 6 anos foram avaliadas: o comportamento agressivo foi considerado clínico em 69,5% da amostra, seguido de ansiedade e depressão (66%) e emocionalmente reativo (65,6%)³³.

Alguns estudos de prevalência em amostras não clínicas também identificaram a preponderância de sintomas internalizantes^{22,28}. Na pesquisa de Wu e colegas²⁸, escores clínicos para esses problemas foram obtidos por 25,1% das crianças em oposição a 11,2%. Queixas somáticas (14,9%), retraimento (13,5%) e problemas de sono (8,5%) foram os mais comuns, seguidos por ansiedade/depressão (7,6%), emocionalmente reativo (7%), comportamento agressivo (4,2%) e problemas de atenção (2,5%). Das 512 crianças de 4 a 6 anos avaliadas na Sérvia, os índices de escores clínicos foram de 17% para problemas internalizantes e 14,2% para externalizantes, sendo que o retraimento foi o mais prevalente (9,3%), seguido por problemas de atenção (5,3%), emocionalmente reativo (5,1%) e ansiedade/depressão (4,9%)²². Destaca-se que a presença de ambos os tipos de sintomas varia nas diversas sociedades²⁴.

Pela relevância do tema, aponta-se a necessidade de mais pesquisas e investimentos dirigidos à psicopatologia e ao atendimento de bebês², sendo fundamental investigar e comparar resultados oriundos de pesquisas com essa faixa etária²⁷, ampliando e divulgando o conhecimento. Nesse sentido, o presente estudo objetiva descrever o perfil sociodemográfico e clínico de bebês de zero a 36 meses que foram levados por seus pais ou responsáveis para psicoterapia em uma clínica-escola de Porto Alegre. A partir dessas informações, pretende-se conhecer as características dessa amostra e, assim, pensar sobre a rede de encaminhamentos e apontar direções para novos estudos. Investigações como essas podem ajudar no processo de indicação para psicoterapia, na organização dos serviços e no treinamento de profissionais para melhorar o atendimento^{9,34}. Outro benefício é colaborar com o preenchimento de uma lacuna existente, pois grande parte dos estudos sobre saúde mental de bebês baseia-se em amostras provenientes de países desenvolvidos³⁶.

Método

Utilizou-se o referencial metodológico da pesquisa documental, quantitativa-descritiva e retrospectiva³⁷. A coleta de dados compreendeu os registros dos atendimentos psicoterápicos realizados no ambulatório do

Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (CIPT) entre maio de 2009 e maio 2016. Essa clínica-escola, localizada em Porto Alegre, oferece cursos de formação em psicoterapia psicanalítica e possui um ambulatório de atendimento de variadas especialidades.

Participantes

A amostra foi composta por todos os pacientes entre zero e 36 meses levados para atendimento psicoterápico entre maio de 2009 a maio de 2016. No presente estudo, define-se bebê como a criança pertencente a essa faixa etária. Os responsáveis por todos eles concordaram que os dados relativos aos atendimentos fossem utilizados para fins de ensino e pesquisa, assinando o “Termo de consentimento livre e esclarecido”.

Instrumentos

Utilizaram-se três instrumentos para avaliação das características sociodemográficas e clínicas dos bebês:

1. Ficha de dados sociodemográficos: empregada para coleta e registro das informações sociodemográficas de todos os pacientes que buscam atendimento na clínica-escola. Os dados selecionados para esse estudo foram: sexo, idade do paciente, escolaridade do pai e da mãe do paciente, com quem o paciente residia, frequência à escola e renda familiar.

2. Ficha de triagem: trata-se de um protocolo construído e utilizado no CIPT que é preenchido pelo psicólogo (triador) na primeira entrevista com o paciente e/ou seu responsável. Esse roteiro busca conhecer melhor as especificidades clínicas do paciente e sua família. As variáveis de interesse utilizadas nesse estudo foram: fonte de encaminhamento e motivo de consulta referido pela família. Após relato verbal dos responsáveis pelo paciente sobre o motivo de consulta, o triador categorizava a resposta que melhor refletia o motivo da consulta de acordo com as seguintes opções: 1) Ansiedade/Depressão; 2) Retraimento/Depressão; 3) Queixas somáticas; 4) Problemas de relacionamento; 5) Problemas de pensamento; 6) Problemas de atenção; 7) Comportamento opositor/desafiador/delinquente; 8) Comportamento agressivo; 9) Problemas de aprendizagem.

3. *Child Behavior Checklist* (CBCL): Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência elaborado por Achenbach³⁸, validado e adaptado para o português brasileiro por Bordin, Mari e Caeiro⁴⁰. Trata-se de um instrumento validado internacionalmente e utilizado para investigar manifestações clínicas na infância e adolescência. É um questionário estruturado que avalia competência social e problemas de comportamento em indivíduos de 1 ano e 6 meses até 5 anos, a partir de informações fornecidas pelos pais, utilizando critérios do CID-10. Divide-se em duas escalas: sintomas e problemas internalizantes e externalizantes. Neste estudo, o CBCL será empregado para avaliação de alterações sintomáticas e comportamentais do bebê.

Cada paciente é avaliado no seguinte conjunto de sintomas: emocionalmente reativo, ansiedade/depressão, queixas somáticas, retraimento, problemas de sono, problemas de atenção e comportamento agressivo. Os resultados do instrumento indicam a média do paciente em cada um deles, bem como nas escalas problemas externalizantes e internalizantes. A classificação do instrumento é: clínico (apresenta dificuldades), limítrofe (média do paciente está no ponto de corte entre as duas categorias) e não clínico (não apresenta dificuldades).

Procedimentos de coleta e análise dos dados

Na primeira etapa da entrevista de triagem, os responsáveis foram convidados a preencher a ficha de dados sociodemográficos e o CBCL referente ao bebê. Após, realizou-se uma entrevista inicial conduzida por um psicólogo especializado em triagens, para avaliar a indicação de tratamento e fazer o encaminhamento. Os dados levantados foram coletados através de consulta direta aos prontuários. As variáveis de interesse foram analisadas em termos de frequência, médias e porcentagem, utilizando-se de procedimentos de estatística descritiva, por meio do programa estatístico SPSS (*Statistical Program for Social Sciences*), versão 23.0.

Resultados

De maio de 2009 a maio de 2016, 1.895 crianças e adolescentes foram levados para atendimento psicológico no CIPT. Destes, apenas 1,32% (n=25) tinham idades entre zero e 36 meses. Considerando o total de pacientes atendidos, observa-se que é baixo o número de bebês que chegam nessa instituição.

Na amostra deste estudo (n=25), nota-se um predomínio do sexo masculino (80%). Quanto à idade, os pacientes foram agrupados em seis faixas etárias, divididas de três em três meses, pois nesse período do desenvolvimento as mudanças ocorrem de forma mais rápida do que em outros momentos do ciclo vital^{6,23,30}. Nenhum paciente tinha menos de 16 meses. As faixas foram: 16 a 18 meses (4%), 22 a 24 meses (4%), 25 a 27 meses (24%), 28 a 30 meses (24%), 31 a 33 meses (28%) e 34 a 36 meses (16%). As mães dos pacientes tinham média de idade de 31,5 (DP= 5,5) anos e os pais média de 34,1 (DP=6,9).

Com relação à variável escolaridade, 72% já frequentavam escolas de Educação Infantil. Quanto às mães, observa-se que 48% delas estava cursando ou havia concluído o Ensino Superior, 4% um curso técnico, 36% o Ensino Médio e apenas 8% tinha somente o Ensino Fundamental completo. Não houve registro dessa informação em um caso (4%). Em relação aos pais, 28% cursavam ou tinham concluído o Ensino Superior, 44% o Ensino Médio e 4% o Ensino Fundamental. Em 24% dos casos, a escolaridade do pai não foi informada.

Metade (52%) dos pacientes residia com ambos os pais, 32% somente com a mãe, 8% com mãe e padrasto, 4% com o pai e também 4% com tios. Todos eram oriundos de Porto Alegre ou região metropolitana.

Quanto à média de renda das famílias, 40% recebia de dois a três salários mínimos (SM), 28% de quatro

a seis SM, 16% até um SM, 8% de sete a dez SM e 4% mais de dez SM. Encontramos omissão da informação da renda em 4% dos casos.

A busca por atendimento foi indicada por profissionais da área da saúde em 44% dos casos, sendo divididos em 28% por médicos e 16% por psicólogos. O segundo grupo de encaminhamento é o familiar, formado por 28% dos casos, sendo que em 16% o responsável pelo bebê foi quem tomou a iniciativa de buscar ajuda. A escola encaminhou as crianças em 24% e 4% foram encaminhados por outros.

Os principais motivos de consulta relatados pelos responsáveis dos pacientes foram comportamento agressivo em 36% dos casos e problemas de atenção e agitação em 20% dos bebês (Tabela 1). Os resultados dos CBCL preenchidos pelos responsáveis estão descritos na Tabela 2. Salienta-se que 44% dos casos obtiveram escore clínico para problemas internalizantes e 36% para problemas externalizantes.

Tabela 1. Motivo da consulta segundo relato dos pais ou responsáveis

Motivo	N	%
Ansiedade/Depressão	4	16
Retraimento	2	8
Queixas somáticas	2	8
Problemas de relacionamento	2	8
Problemas de atenção/Agitação	5	20
Comportamento opositor/desafiador/delinquente	1	4
Comportamento agressivo	9	36

N = número de participantes

Tabela 2. Resultados do CBCL dos pacientes atendidos

	Resultados do CBCL			
	Não clínico	Limítrofe	Clínico	Perdas
Emocionalmente reativo	44% (n=11)	32% (n=8)	20% (n=5)	4% (n=1)
Ansiedade/Depressão	64% (n=16)	20% (n=5)	12% (n=3)	4% (n=1)
Queixas somáticas	80% (n=20)	-	16% (n=4)	4% (n=1)
Retraimento	68% (n=17)	8% (n=2)	20% (n=5)	4% (n=1)
Problemas de sono	72% (n=18)	4% (n=1)	20% (n=5)	4% (n=1)
Problemas de atenção	76% (n=19)	8% (n=2)	12% (n=3)	4% (n=1)
Comportamento agressivo	52% (n=13)	24% (n=6)	20% (n=5)	4% (n=1)
Problemas Internalizantes	44% (n=11)	8% (n=2)	44% (n=11)	4% (n=1)
Problemas Externalizantes	44% (n=11)	16% (n=4)	36% (n=9)	4% (n=1)
Média total do paciente	32% (n=8)	16% (n=4)	48% (n=12)	4% (n=1)

Discussão dos resultados

No presente estudo, destaca-se que 25 bebês chegaram para atendimento psicológico, 1,32% do total de crianças e adolescentes na instituição. Revisões de prontuários de clínicas-escola localizadas na mesma cidade encontraram índices próximos, considerando as idades abarcadas^{11,19,33}. Questionam-se as razões disso, tendo em vista os dados de prevalência sobre a saúde mental dos bebês, que variam de 10% a 18%²⁵ e a existência de psicoterapias efetivas²⁰. A literatura aponta que o sentimento de culpa parental dificulta a busca por ajuda^{3,23} e, tratando-se de bebês, pode-se levantar a hipótese de que esse sentimento seja ainda mais intenso, possivelmente pela fantasia de não serem bons pais. O desconhecimento sobre o desenvolvimento emocional dos bebês e a existência de serviços dedicados a essa população merecem referência^{3,20}, o que aponta para a urgente necessidade de popularizar os conhecimentos oriundos dessa área.

Sobre a idade dos bebês, chama atenção que nenhum tinha menos de 16 meses, o que não significa ausência de patologias nessa faixa etária^{23,27}. Além da culpa e da falta de conhecimento, uma crença de que os sintomas infantis são transitórios^{3,23} talvez explique, em parte, o fato de 76% dos bebês que compõem a presente amostra ter entre 25 e 33 meses. É possível que os sintomas houvessem sido identificados anteriormente, mas estivessem sob observação dos pais. Seria interessante que ajuda profissional fosse solicitada mesmo perante a dúvida, por prevenção. Outra hipótese pode ser formulada a partir dos achados de van Zeijl e colaboradores²⁶: bebês de 12 meses apresentam menos comportamentos externalizantes considerados clínicos do que bebês de 24 e 36 meses. Esse tipo de sintoma é um importante propulsor para a busca por atendimento por ser mais facilmente percebido^{8,18,19,23,33,34}. Como parecem manifestar-se mais intensamente em bebês maiores, pode-se entender o fato de apenas dois bebês da amostra terem menos de 24 meses a partir dessa informação.

O predomínio de meninos na amostra (80%) – dado consonante com outros estudos^{11,19,21,27,33,34} – também pode estar associado ao tipo de sintoma. Apesar de divergências na literatura, os problemas externalizantes parecem mais comuns entre os meninos^{24,25,28}, o que pode explicar o fato de a ampla maioria dos bebês e das crianças em atendimento ser do sexo masculino. Entretanto, tal dado precisa ser interpretado com cautela, pois meninos também exibem sintomas internalizantes e meninas problemas de comportamento externalizantes.

Quanto à fonte de encaminhamento para psicoterapia, os profissionais da saúde destacam-se neste e em outros estudos^{11,12,19}. Como os pediatras observam os bebês periodicamente^{3,20}, com um olhar atento e treinado, podem ser os primeiros a identificar dificuldades. Nesse sentido, é mister que as equipes dedicadas à saúde mental dos bebês unam-se a eles, divulguem e troquem informações e aprimorem as redes de encaminhamento. Ademais, sugere-se que trocas de experiências sobre como indicar psicoterapia sejam necessárias, tendo em vista as já citadas resistências parentais.

Escolas foram responsáveis por encaminhar 24% da amostra, um número expressivo, pois nem todos os bebês frequentavam-nas, mas consonante com a literatura nacional^{10,12,19}. Verificou-se que 72% dos bebês estavam matriculados em escolas. A presença constante de profissionais conhecedores de desenvolvimento infantil, como pedagogos, psicopedagogos e psicólogos nessas instituições, pode auxiliar na detecção de

dificuldades incipientes. Assim, destaca-se a necessidade de qualificá-los a identificar possíveis sintomas e a refletir sobre as formas mais adequadas de lidar com os pais e seus bebês nesses casos.

Psicólogos sugeriram atendimento para 16% da amostra, mesmo índice de pais/responsáveis que procuraram auxílio por iniciativa própria, número superior ao encontrado em outro estudo com crianças pequenas (7,8%)¹¹. Conhecer esses adultos e com o que estavam preocupados são questões pertinentes a serem pontuadas, pois tais aspectos refletem na decisão de consultar ou não^{20,23,35}. A escolaridade dos pais é outra variável atuante³³ e, assim como a renda familiar, está associada a menor risco de aparecimento de sintomas nos bebês^{8,18,39}. Portanto, conforme a literatura, tem-se que pais com maior escolaridade e renda, pelo acesso à informação e ao conhecimento que possuem, conseguiriam identificar dificuldades de seus bebês, saberiam onde buscar ajuda e o fariam por iniciativa própria, o que não se confirmou no presente estudo. Nessa amostra, 48% das mães possuem Ensino Superior, mas apenas 16% dos pais buscaram o ambulatório por iniciativa própria. Como hipótese, tem-se que fatores sociodemográficos influenciam, mas, sozinhos, não são determinantes para a busca de ajuda.

O fato de 48% dos bebês desta amostra não residirem com ambos os pais chama atenção, índice semelhante (51,8%) ao encontrado por Raskin e colaboradores¹¹. No presente estudo, não se tem informações sobre as gestações terem sido planejadas ou não, assim como se os pais constituíam um casal e que tipo de relação mantinham antes, durante e depois da gestação a fim de entender esse dado. A literatura indica que uma parte significativa de rupturas familiares ocorre durante a gestação e os três primeiros anos de vida dos bebês, afinal, esse período de transição é crítico pelas mudanças que acarreta¹³. Já que a forma como o casal atravessa-o impacta os bebês⁵, sustenta-se que preparar os casais para essas transformações é um importante trabalho preventivo a ser realizado, pois, se estiverem funcionando de modo saudável, o apoio mútuo facilitará a superação das dificuldades ocasionadas pela chegada do bebê.

Sobre as causas que motivaram os pais/responsáveis a procurar psicoterapia, destaca-se o comportamento agressivo (36%), resultado consonante com outros estudos nacionais^{11,19,33,34}. Na sequência, estão problemas de atenção/agitação (20%) e ansiedade/depressão (16%) – proeminentes em outras clínicas-escola também¹⁹. Problemas externalizantes foram os mais citados na entrevista inicial, o que é coerente com a literatura^{8,18,19,23,33,34}. Pelo incômodo que causam, tendem a ser percebidos mais comumente tanto pelos profissionais da saúde e da educação quanto pelos pais, levando-os a superar suas resistências e pedir auxílio. Imagina-se que essa busca nem sempre esteja atrelada à percepção do sofrimento psíquico do bebê, mas sim a uma tentativa de sanar uma dificuldade de lidar com ele.

Em oposição, problemas internalizantes não perturbam o ambiente diretamente, logo, são de mais sutil percepção. Adultos com maior escolaridade costumam identificá-los mais facilmente³³, por isso sugere-se que possuir conhecimentos sobre desenvolvimento infantil exerce papel importante na sua identificação. Novamente, salienta-se, portanto, ser mister popularizar os saberes científicos acerca da saúde mental dos bebês. Assim, problemas externalizantes poderiam ser vistos como indicativos de sofrimento – o que, por sua

vez, poderia aumentar a tolerância do ambiente ao lidar com eles – e os problemas internalizantes seriam mais facilmente reconhecidos. A consequência esperada seria o aumento dos atendimentos.

É fundamental que ambos os tipos de sintomas sejam reconhecidos, investigados e tratados considerando sua incidência em bebês^{2,17,28,29}. Os resultados desta amostra sustentam tal afirmativa: apesar de os pais queixarem-se de problemas externalizantes em sua maioria, os bebês apresentaram mais frequentemente problemas internalizantes (36% e 44%, respectivamente) conforme o CBCL. Assim, apoia-se a ideia que problemas externalizantes são mais claramente passíveis de identificação e destaca-se a necessidade de capacitar profissionais e pais a reconhecer problemas internalizantes, uma vez que são mais difíceis de serem notados. Ademais, com base em tais achados, ressalta-se que o fato de a hegemonia nas clínicas-escola ser de problemas externalizantes^{9,19,34} não significa que o sintoma mais severo seja, de fato, desse tipo.

Quanto aos sintomas clínicos apresentados pela amostra atual, os quatro mais comuns foram comportamento agressivo, emocionalmente reativo, problemas de sono e retraimento (20% cada), sendo que a literatura refere uma variabilidade da sintomatologia nos primeiros anos de vida^{24,28,33}. A prevalência e a amplitude dos sintomas apresentados pelos bebês, portanto, reforçam a necessidade de que o tema siga sob investigação, principalmente no âmbito nacional. Enfatiza-se, ainda, a necessidade de informar à população sobre o desenvolvimento emocional dos bebês – tanto com relação aos aspectos saudáveis quanto psicopatológicos.

Considerações finais

Este estudo traçou o perfil dos bebês levados para atendimento psicológico, tema ainda insuficientemente debatido na literatura nacional. São escassas as pesquisas de caracterização que tratam, especificamente, de menores de 36 meses, apesar de sua importância para conhecer os sintomas e as famílias dos bebês. Assim, se poderia pensar em estratégias efetivas de divulgação de conhecimentos sobre saúde mental de bebês e informar a população – principalmente os pais – da existência de tratamentos voltados para essa faixa etária. Com isso, almeja-se ampliar o número de bebês em atendimento. Da mesma forma, estudos nacionais de prevalência de sintomas psicológicos em bebês também contribuiriam para reforçar a importância do tema.

Talvez, dificuldades de conduzir avaliações padronizadas com essa população expliquem, em parte, a escassez de investigações acerca da saúde mental dos bebês. Esse aspecto, inclusive, pode ser considerado uma limitação do presente estudo: o instrumento utilizado avalia bebês com idade superior a 1 ano e 6 meses. Caso houvesse algum mais novo na amostra, nenhum instrumento teria sido aplicado no momento de seu ingresso na instituição. Instrumentos autoaplicáveis que avaliem manifestações clínicas em bebês necessitam seguir sendo estudados em amostras nacionais. O fato de a pesquisa ter sido realizada em uma única instituição também é uma limitação, pois a possibilidade de comparar os resultados expostos com dados atuais de outros ambulatórios colaboraria com a expansão de conhecimentos na área. Por fim, cita-se como limitação a dificuldade de melhor discutir o índice de bebês que não residiam com ambos os pais (48%) devido à falta

de informação sobre quando ocorreu a ruptura do relacionamento do casal parental.

Como indicação para futuros estudos, sugere-se que a percepção de psicoterapeutas acerca da sintomatologia dos bebês seja inserida e comparada com a dos pais. Os últimos são fundamentais tanto para iniciar a psicoterapia quanto para mantê-la e, por isso, conhecer como entendem o sofrimento de seu bebê é relevante. Nesse sentido, uma possibilidade seria observar a principal queixa relatada por cada um e os resultados do CBCL. Ademais, poder-se-ia investigar que fatores os motivam a buscar atendimento e qual o perfil dos pais (variáveis sociodemográficas e clínicas) que os fazem por iniciativa própria, por indicação de profissional da saúde ou da escola. Por fim, indica-se acompanhar os processos e resultados das psicoterapias desses pacientes.

Referências

1. Willheim E. Dyadic psychotherapy with infants and young children: child-parent psychotherapy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2013;22(2):215-239.
2. Sirvinskiene G, Zemaitiene N, Jusiene R, Markuniene E. Predictors of emotional and behavioral problems in 1-year-old children: a longitudinal perspective. *Infant Mental Health Journal*. 2016;37(4):401-410.
3. Carter AS, Briggs-Gowan MJ, Davis NO. Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004;45(1):109-134.
4. Mathiesen KS, Sanson A. Dimensions of early childhood behavior problems: stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2000;28(1):15-31.
5. Skovgaard AM, Olsen EM, Christiansen E, Houmann T, Landorph SL, Jørgensen T. Predictors (0–10 months) of psychopathology at age 1½ years – a general population study in The Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(5):553-562.
6. Zeanah CH, Zeanah PD. The Scope of Infant Mental Health. In: Zeanah CH, editor. *Handbook of infant mental health*. New York, NY: The Guilford Press; 2009. p. 5-21.
7. Liebermann AF, van Horn P. Child-Parent psychotherapy: a developmental approach to mental health treatment in infancy and early childhood. In: Zeanah CH, editor. *Handbook of infant mental health*. New York, NY: The Guilford Press; 2009. p. 439-449.
8. Bøe T, Hysing M, Zachrisson HD. Low family income and behavior problems in Norwegian preschoolers. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2016;37(3):213-222.
9. Boaz C, Nunes MLT, Hirakata VN. A problemática do desenvolvimento de crianças assistidas por clínicas-escola brasileiras mudaram no decorrer das décadas? *Psico*. 2012;43(3):334-340.
10. Kruse LM. *Composições familiares e motivos de consulta em crianças em atendimento psicológico [dissertação]*. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.
11. Raskin D, Kruse L, Nunes MLT, Merg M. Perfil dos pacientes do setor de intervenções precoces do Ceapia: um estudo descritivo – 2000 a 2010. *Publicação CEAPIA*. 2012;21:35-46.

12. Cunha TRS, Benetti SPC. Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de Psicologia. *Boletim de Psicologia*. 2009;59(130):117-127.
13. Parfitt Y, Ayers S. Transition to parenthood and mental health in first-time parents. *Infant Mental Health Journal*. 2014;35(3):263-273.
14. Borsa JC, Souza DS, Bandeira DR. Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2011;13(2):15-29.
15. Poletto M, Koller SH. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2008;25(3):405-416.
16. Rocha AC, Ferreira EAP. Queixas identificadas em crianças e adolescentes atendidos pelo serviço de psicologia pediátrica de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 2006;16(1):32-48.
17. Robinson M, Oddy WH, Li J, Kendall GE, de Klerk NH, Silburn SR, Zubrick SR, ... Mattes E. Pre- and postnatal influences on preschool mental health: a large-scale cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(10):1118-1128.
18. Zachrisson HD, Dearing E. Family income dynamics, early childhood education and care, and early child behavior problems in Norway. *Child Development*. 2015;86(2):425-440.
19. Merg MMG. Característica da clientela infantil em clínicas-escola [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.
20. Ellingson KD, Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Horwitz SM. Parent identification of early emerging child behavior problems. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2004;158(8):766-772.
21. Maestro S, Rossi G, Curzio O, Felloni B, Grassi C, Intorcchia C, ... , Muratori F. Assessment of mental disorders in preschoolers: the multiaxial profiles of diagnostic classification 0-3. *Infant Mental Health Journal*. 2013;35(1):33-41.
22. Marković J, Rescorla L, Okanović P, Maraš JS, Bukurov KG, Sekulić S. Assessment of preschool psychopathology in Serbia. *Research in Developmental Disabilities*. 2016;49-50:216-225.
23. Mothander PR, Moe R. Infant Mental health assessment: the use of DC 0-3 in an outpatient child psychiatric clinic in Scandinavia. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2008;49(3):259-267.
24. Rescorla LA, Achenbach TM, Ivanova MY, Harder VS, Otten L, Bilenberg N, ... Verhulst FC. International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2011;40(3):456-467.
25. Skovgaard AM, Houmann T, Christiansen E, Landorph S, Jørgensen T, Olsen EM, ... Lichtenberg A. The prevalence of mental health problems in children 1½ years of age – the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48(1):62-70.
26. van Zeijl J, Mesman J, Stolk MN, Alink LRA, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Koot FJHM. Terrible ones? Assessment of externalizing behaviors in infancy with the Child Behavior Checklist. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47(8):801-810.

27. Viaux-Savelon S, Rabain D, Aidane E, Bonnet P, Montes de Oca M, Camon-Sénéchal L, ... Cohen D. Phenomenology, psychopathology, and short-term therapeutic outcome of 102 infants aged 0 to 12 months consecutively referred to a community-based 0 to 3 mental health clinic. *Infant Mental Health Journal*. 2010;31(2):242-253.
28. Wu YT, Chen WJ, Hsieh WS, Chen PC, Liao HF, Su YN, Jeng SF. Maternal-reported behavioral and emotional problems in Taiwanese preschool children. *Research in Developmental Disabilities*. 2012;33(3):866-873.
29. Briggs-Gowan MJ, Carter AS, McCarthy K, Augustyn M, Caronna E, Clark R. Clinical validity of a brief measure of early childhood social-emotional/behavioral problems. *Journal of Pediatric Psychology*. 2013;38(5):577-587.
30. Zero to Three, National Center for Clinical Infant Programs. *Diagnostic Classification: 0-3, Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Washington (DC): Zero to Three; 1994.
31. Anselmi L, Fleitlich-Bilyk B, Menezes AMB, Araújo CL, Rohde LA. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2010;45(1):135-142.
32. Goodman R, Santos DN, Nunes APR, Miranda DP, Bilyk BF, Almeida Filho NM. The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005;40(1):11-17.
33. Moura CB, Marinho-Casanova ML, Meurer PH, Campana C. Caracterização da clientela pré-escolar de uma clínica-escola brasileira a partir do Child Behavior Checklist (CBCL). *Contextos Clínicos*. 2008;1(1):1-8.
34. Wielewicki A. Problemas de comportamento infantil: importância e limitações de estudos de caracterização em clínicas-escola brasileiras. *Temas em Psicologia*. 2011;19(2):379-389.
35. Borsa JC, Nunes MLT. Concordância parental sobre problemas de comportamento infantil através do CBCL. *Paidéia*. 2008;18(40):317-330.
36. Tomlinson M, Bornstein MH, Marlow M, Swartz L. Imbalances in the knowledge about infant mental health in rich and poor countries: too little progress in bridging the gap. *Infant Mental Health Journal*. 2014;35(6):624-629.
37. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MPB. *Metodologia de pesquisa*. Porto Alegre (RS): AMGH; 2013.
38. Achenbach TM. *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington (VT): Department of Psychiatry, University of Vermont; 1991.
39. Schoppe-Sullivan SJ, Mangelsdorf SC. Parent characteristics and early coparenting behavior at the transition to parenthood. *Social Development*. 2013;22(2):363-383.
40. Bordin IA, Rocha MM, Paula CS, Teixeira MCTV, Achenbach TM, Rescorla LA, Silvares EFM. Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) e Teacher's Report Form (TRF): uma visão geral sobre o desenvolvimento das versões originais e brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29(1):13-28.

Correspondência

Karina Recktenvald

Avenida Iguaçu, 418/1001 – Bairro Petrópolis

90470-430 Porto Alegre, RS, Brasil

karinareck@gmail.com

Submetido em: 07/12/2016

Aceito em: 06/03/2017