



Ajustamento conjugal, relação mãe-bebê e sintomas psicofuncionais no primeiro ano de vida

Marital adjustment, mother-infant relationship and psychofunctional symptoms in the first year of life

Rafaela Campos Peruchi

Tagma Marina Schneider Donelli

Angela Helena Marin

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Resumo

Considerando-se a importância das primeiras relações pais-bebê, este estudo teve como objetivo compreender a interação entre o ajustamento conjugal, a relação mãe-bebê e a manifestação de sintomas psicofuncionais na primeira infância. Participaram quatro díades mãe-bebê, sendo que duas mães avaliaram seu relacionamento conjugal como desajustado e duas como ajustado (Escala de Ajustamento Diádico - R-DAS) e todos os bebês apresentaram sintomas psicofuncionais (Questionário *Symptom Check-List*). As mães também responderam a Entrevista sobre a gestação e o parto, a Entrevista sobre a experiência da maternidade e foram filmadas em interação com seus bebês, utilizando-se o roteiro do *Interaction Assessment Procedure* (IAP). Com os dados é plausível supor que o ajustamento conjugal pode afetar a qualidade da relação mãe-bebê, contribuindo para a manifestação de sintomas psicofuncionais na criança. Percebe-se a necessidade de investigar as relações conjugais e parentais, a fim de prevenir o surgimento e/ou agravamento de sintomas na infância.

Palavras-chave: Conjugalidade; Parentalidade; Relação mãe-bebê; Sintomas psicofuncionais

Abstract

Considering the importance of the first parent-baby relationships, this study aims to understand the interaction between marital adjustment, the mother-infant relationship and the expression of psychofunctional symptoms in early. Four mother-infant dyads were participants and two of these rated their marital relationship as maladjusted and two as adjusted (Dyadic Adjustment Scale - R-DAS) and all infants had psychofunctional symptoms (Symptom Check-List Questionnaire). Mothers also responded interviews about pregnancy and childbirth, about the experience of motherhood and were videotaped interacting with their babies, using the Interaction Assessment Procedure protocol (IAP). Results show that it is plausible to assume that the marital adjustment can affect the quality of the mother-infant relationship, contributing to the manifestation of psychofunctional symptoms in children. In this sense, we see the relevance of the analysis of marital and parental relationships in order to prevent the onset and / or worsening of symptoms in childhood.

Keywords: Psychofunctional Symptoms; Conjugalities; Parenthood; Mother-Infant Relationship

Introdução

A formação do casal constitui-se como uma das fases do ciclo de vida familiar que se inicia quando duas pessoas se unem por meio de laços de natureza afetiva e sexual que as levam a desejar uma vida compartilhada, independentemente dos fins de procriação e da institucionalização dessa união (Valle & Osório, 2004). Cada membro do casal traz consigo um conjunto de expectativas, sendo algumas delas explícitas e outras inconscientes. Portanto, são necessários ajustes para que possam compartilhar sua intimidade física e psicológica.

Após a união, a transição para a parentalidade é uma das principais mudanças que ocorrem ao longo do ciclo de vida familiar porque é o momento em que os cônjuges, antes apenas um casal, tornam-se pais, progenitores de uma nova família (Carter & McGoldrick, 1995). Nessa transição são incorporados novos papéis que devem ser aprendidos e as relações já existentes precisam se reordenar, o que pode levar a alguns desajustes conjugais (Hernandez & Hutz, 2009). O ajustamento conjugal, ou diádico, é entendido como um processo dinâmico, resultado da interação, tensão, satisfação, coesão e consenso sobre o que é importante para o funcionamento do casal, fatores que vão se alterando ao longo de sua história (Hernandez 2008). Destaca-se que há uma ampla variedade de conceitos que se referem à qualidade conjugal, compreendida como um processo dinâmico e interativo do casal que depende da avaliação que cada cônjuge tem de sua união (Mossman, Wagner, & Féres-Carneiro, 2006), tais como ajustamento, satisfação, estabilidade, consenso, entre outros, mas um dos conceitos mais avaliados é o ajustamento conjugal, que tem sido entendido como complementar à satisfação conjugal (Scorsolini-Comin & Santos, 2010).

No início da relação parental, o casal está muito voltado para sua nova função, assim, a coexistência da parentalidade com a conjugalidade, que antes era função central do casal, torna-se uma tarefa complexa (Menezes, 2001). Para Donald Woods Winnicott (1960/1997), a construção da parentalidade se inicia a partir do desejo que cada cônjuge expressa sobre a possibilidade de vir a ter um filho, bem como quando se abre espaço para a chegada de um novo membro na família. Dessa forma, constituem-se novos padrões de

comunicação e interação, tanto entre o casal como na construção da relação com o filho. Os membros do sistema parental são responsáveis por cuidar, proteger e socializar a criança, assim como por manter a relação do casal, e para isso, devem determinar o papel que o filho ocupará no funcionamento familiar (Minuchin & Fishman, 1990).

Segundo Iara Camaratta Anton (1991), o modo como o casal vai corresponder às demandas de seu filho fornecerá condições básicas para o desenvolvimento da criança. O bebê nasce desprovido de condições psíquicas para suportar falhas que venham do ambiente (Winnicott, 1960/1997). Portanto, quando o ambiente não proporciona condições favoráveis para o seu desenvolvimento, é possível que haja prejuízos que não levarão, necessariamente, a uma doença clínica, mas a um amadurecimento prematuro, por vivenciar situações que extrapolam sua capacidade psíquica de lidar com tais experiências. Assim, o bebê poderá utilizar o seu sistema somático como meio de descarga das angústias não metabolizadas pelo seu aparelho psíquico (Edelstein, 2000).

As manifestações somáticas e do comportamento da criança, próprias do início da vida, podem ser entendidas como sintomas psicofuncionais, pois estão ligadas às principais funções de regulação do organismo da criança: sono, alimentação, digestão, respiração, problemas de pele e de comportamento (Pinto, 2004). Tais manifestações podem estar indicando alguma falha nas primeiras relações, sinalizando problemas na interação mãe-bebê ou mãe-pai-bebê (Pinto, 2004), que podem estar relacionadas, ou não, à qualidade do relacionamento conjugal. A estreita relação entre conjugalidade e parentalidade indica que a forma como o casal se relaciona irá influenciar a relação com seus filhos (Boas, Dessen & Melchiori, 2010; Braz, Dessen & Silva, 2005; Mosmann, 2007; Mosmann, Zordan & Wagner, 2011). Assim, supõe-se que o ajustamento conjugal pode afetar a relação com o bebê, produzindo nele manifestações somáticas que servem como denúncia dos desencontros entre pais e bebê.

Frente ao exposto, o objetivo do presente estudo foi compreender a interação entre o ajustamento conjugal, a relação mãe-bebê e a manifestação de sintomas psicofuncionais na primeira infância. Com a realização deste

estudo, pretendeu-se responder às seguintes questões norteadoras: 1) Como se apresenta a relação mãe-bebê em duplas cujas mães avaliam o ajustamento conjugal como desajustado e naquelas que avaliam o relacionamento conjugal como ajustado? e 2) Como se manifesta a sintomatologia de bebês cujas mães avaliam o ajustamento conjugal como desajustado e de bebês cujas mães avaliam o relacionamento conjugal como ajustado?

Método

Delineamento

O presente estudo deriva de uma pesquisa interinstitucional intitulada *Sintomas psicofuncionais em bebês: mapeamento e avaliação* (Levandowski, Frizzo, Donelli, Marin & Lopes, 2012), cujo objetivo era identificar os sintomas psicofuncionais em bebês de seis a doze meses, bem como avaliar aspectos emocionais, desenvolvimentais e comportamentais de díades mãe-bebê, cujos bebês apresentassem algum tipo de sintoma psicofuncional. Para fins deste estudo derivado, utilizou-se um delineamento de estudo de casos múltiplos (Yin, 2001), de comparação entre grupos (Stake, 2005), enfatizando a compreensão da interação de algumas das variáveis investigadas.

Participantes

As mães participantes foram identificadas a partir do estudo maior, cujos critérios de inclusão eram: ter idade mínima de 18 anos; não apresentar deficiência intelectual e/ou fatores severos de psicopatologia, como esquizofrenia, transtorno de personalidade *borderline* ou antissocial, regressão psicótica, risco de suicídio e abuso de substâncias químicas, identificados a partir da aplicação do M.I.N.I. [(*Mini Mental Neuropsychiatric Interview*, elaborado por David Sheehan e colegas (1998) e traduzido por Patrícia Amorin (2000)]. Já os seus bebês deveriam ter entre seis e 12 meses de vida e não apresentar malformação e outros quadros clínicos, para evitar distorções entre sinais e sintomas próprios do diagnóstico e os indicativos de sintomas psicofuncionais.

Para a realização deste estudo, os casos foram selecionados por conveniência. Em um primeiro momento, foram separados os casos de mães casadas ou em união estável com o pai do bebê há pelo menos um ano, que possuíam como resultado da Escala de Ajustamento Diádico (EAD - *Revised Dyadic Adjustment Scale* - R-DAS, Spanier, 1976) relações conjugais ajustadas e desajustadas. Destes, foram excluídos os casos cujos bebês não apresentavam sintomas. Entre os bebês com sintomas, foi realizado um sorteio para selecionar quatro casos almejados, dois cuja conjugalidade foi avaliada pela mãe como ajustada (Grupo 1) e dois como desajustada (Grupo 2), conforme consta na Tabela 1.¹

Dados	Grupo 1		Grupo 2	
	Caso 1 Maria e Isabela	Caso 2 Letícia e Joana	Caso 3 Fernanda e Felipe	Caso 4 Aline e Vicente
Idade mãe (anos)	24	35	27	27
Ano de início coabitação	2001	2005	2004	2011
Escolaridade mãe	Médio completo	Pós- Graduação	Médio completo	Médio completo
Emprego remun- erado da mãe	Sim	Sim	Não	Sim
Idade gestacio- nal bebê ao nascer (semanas)	38	39	40	39
Idade bebê (meses)	07	07	09	12

Tabela 1. Dados Sociodemográficos da Mãe e do Bebê

As mães participantes tinham em média 28 anos. Todas as mães eram casadas ou moravam com seus companheiros há pelo menos dois anos, sendo que o tempo médio de casamento era de sete anos. Três mães tinham ensino médio completo, e uma era pós-graduada. Os bebês, por sua vez, nasceram a termo e tinham idades variadas, com média de sete meses. Dois eram meninos e duas, meninas. Todos apresentavam sintomas psicofuncionais, avaliados pelo *Symptom Check-list - Avaliação dos Transtornos Psicofuncionais*

¹ Foram utilizados nomes fictícios para os participantes com a finalidade de manter o sigilo e preservar a privacidade dos informantes.

da *Primeira Infância* (Robert-Tissot et al., 1989), sendo que dois tinham sintomas de sono (Grupo 1) e os demais, sintomas respiratórios (Grupo 2).

Instrumentos e Procedimentos

A pesquisa maior, da qual o presente estudo deriva, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), uma das instituições parceiras. Portanto, foram observados todos os procedimentos éticos requeridos pela pesquisa com seres humanos.

Inicialmente, foi realizado contato inicial com as mães, assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aplicados os instrumentos previstos para a primeira etapa do estudo, de abordagem quantitativa e transversal. Desse instrumentos, foram utilizados para este trabalho a Ficha de Dados Sociodemográficos e a Ficha de Dados Clínicos, a fim de coletar dados sociodemográficos da família e do bebê, além de identificar sua condição de saúde. Nesta etapa, para fins de seleção dos participantes, também utilizou-se o Questionário *Symptom Check-List* (Robert-Tissot et al., 1989), que avalia de forma qualitativa e quantitativa transtornos psicofuncionais de crianças com idades entre seis semanas e 30 meses de vida. Ele é composto por perguntas de tipo fechado (com a escolha de uma resposta em uma escala padrão), perguntas abertas, de escolha múltipla (número limitado de respostas) e por um conjunto de perguntas abertas em lista. O conjunto de perguntas fechadas avalia a presença, frequência, intensidade e duração das manifestações sintomáticas da criança durante as últimas quatro semanas. Os demais blocos, que incluem as perguntas abertas, de escolha múltipla e em lista, fornecem informações sobre a história dos transtornos, as circunstâncias da ocorrência, as explicações propostas pelo ambiente, as reações e as tentativas para sanar os transtornos. Ao todo, o questionário é composto por 84 perguntas que permitem explorar os seguintes aspectos: sono, alimentação, digestão, respiração, pele, alergias, comportamento, medos, separação, utilização de cuidados médicos e mudanças na vida da criança. Este instrumento foi traduzido pela Prof^a Dr^a Elizabeth Batista Pinto Wiese e revisado pela Prof^a Dr^a Jaqueline Wendland, e foi utilizado mediante autorização da tradutora e da revisora. O manual indica uma pontuação em algumas

questões, mas não aponta nenhuma interpretação em relação à pontuação final. Assim, no presente estudo fez-se uma assessoria com um profissional de estatística a fim de elaborar um ponto de corte para cada área investigada, indicando um intervalo de pontuação considerada elevada para cada sintoma, a saber: sono (21 a 35 pontos); alimentação (21 a 35 pontos); digestão (9 a 15 pontos); respiração (9 a 15 pontos); alergias (12 a 20 pontos); e comportamento (24 a 40 pontos).

Ainda para fins de seleção dos participantes utilizou-se a *Escala de Ajustamento Diádico - R-DAS* (Spanier, 1976), adaptada por Dean Busby, Clark Christensen, D. Russell Crane e Jeffry Larson (1995), que avalia quatro dimensões do ajustamento diádico: consenso (13 itens, amplitude dos escores variando de 0 a 65 pontos), coesão (cinco itens, amplitude dos escores variando de 0 a 24 pontos), satisfação (10 itens, amplitude dos escores variando de 0 a 50 pontos) e expressão do afeto (quatro itens, amplitude dos escores variando de 0 a 12). Os itens são respondidos considerando escalas do tipo Likert (de cinco a sete pontos), sendo que, em geral, os pontos extremos significam “nunca” e “todo o tempo”. Além disso, dois itens apresentam opções, “sim” ou “não”. O escore total do instrumento pode variar de 0 a 151 e é obtido pela soma dos escores nas suas dimensões. De acordo com Graham Spanier (1976), os indivíduos que obtiverem 101 pontos ou menos devem ser classificados como na vivência de um relacionamento de sofrimento ou desajustado. Por outro lado, os sujeitos que alcançarem 102 pontos ou mais estariam vivenciando um relacionamento sem sofrimento ou bem ajustado. A versão em português teve uma tradução pelo método *back translation* e uma validação fatorial e de critério, que indicaram que o teste pode ser considerado uma medida confiável e válida para avaliar ajustamento conjugal em estudos brasileiros (Hernandez, 2008). As propriedades psicométricas, no que se refere à consistência interna da escala foram: alpha de Cronbach de 0,86 (consenso diádico), 0,76 (satisfação diádica), 0,76 (coesão diádica) e 0,62 (expressão do afeto).

Para as mães das duplas que atenderam aos critérios de inclusão foram consideradas as respostas da Entrevista sobre a gestação e o parto e a Entrevista sobre a experiência da maternidade. As duplas mãe-bebê também

foram filmadas em interação, utilizando-se o *Interaction Assessment Procedure* - IAP (Wi-ese & Leenders, 2006), que é um roteiro de observação padronizada e estruturada que objetiva investigar, de forma quantitativa e qualitativa, a interação pais-bebê a partir de categorias de comportamentos parentais e infantis. As categorias parentais são: a) sensibilidade, que pode ser externalizada na expressão fácil e na voz durante a interação; b) estruturação, que se refere à capacidade de estruturar a situação e o comportamento da criança, objetivando uma interação bem sucedida; c) não-intrusividade, que diz respeito à habilidade para interagir com a criança em seu espaço, tempo, ritmo e nível de envolvimento; e d) não-hostilidade, que é a habilidade para interagir com a criança, revelando emoções positivas na interação. No comportamento da criança são observados: a) responsividade, que diz respeito ao seu nível de satisfação na interação com a mãe; e b) envolvimento, que diz respeito ao seu nível de participação na interação com a mãe. Nessa pesquisa, considerou-se a interação mãe-bebê nas seguintes atividades: 1) jogar sem brinquedo: a mãe deve interagir e brincar com o filho sem utilizar brinquedos e por um curto período de tempo; 2) brincar com brinquedos: é ofertada uma caixa com brinquedos para ela poder brincar com o filho; 3) ensinar: após um sinal da pesquisadora, a mãe deve ensinar a criança a montar um brinquedo que está na caixa; 4) ignorar: após novo sinal, a mãe senta em uma cadeira, finge não prestar atenção no bebê enquanto realiza a leitura de uma revista; 5) separar: após outro sinal, a mãe sai da sala por um período breve, deixando a criança brincando; 6) atender: a mãe volta à cena para atender a criança. É importante ressaltar que o tempo em cada cena não é rígido, ajustando-se à dupla, conforme a idade da criança e os objetivos da observação. Para este estudo, o tempo aproximado de filmagem da interação foi de 30 minutos. Esses instrumentos foram aplicados em uma segunda etapa da pesquisa maior.

Os instrumentos utilizados na primeira etapa da coleta de dados (Ficha de Dados Sociodemográficos, Ficha de Dados Clínicos, Questionário *Symptom Check-List* e Escala de Ajustamento Diádico) foram corrigidos e analisados de acordo com os seus protocolos. Já as entrevistas sobre a gestação e o parto e sobre a experiência da maternidade foram gravadas e

transcritas na íntegra e posteriormente analisadas por meio de análise de conteúdo. O IAP foi avaliado por dois juízes independentes, sendo inserido um terceiro juiz caso necessário para estabelecer um consenso entre os resultados para codificação das respostas de comportamento.

Cada caso considerado foi construído individualmente e, posteriormente, foi realizada a comparação em dois grupos com a finalidade de identificar os aspectos comuns dos casos em que a mãe avaliou seu relacionamento conjugal como ajustado e dos casos em que o relacionamento conjugal foi avaliado como desajustado, configurando o procedimento de estudo de casos múltiplos (Yin, 2001), de comparação entre grupos (Stake, 2005).

Resultados e Discussão

Descrição dos Casos de Relacionamento Conjugal Ajustado (Grupo 1)

Caso 1 - Maria e Isabela

Isabela tinha sete meses e era a primeira filha de Maria e Caio. Foi amamentada no peito e não frequentava escolinha, sendo cuidada apenas pela mãe, que trabalhava em casa, com artesanato. Seus pais tinham cerca de 28 anos de idade e possuíam ensino médio completo. Maria teve uma gestação não planejada, confirmada com seis semanas, após sintomas de atraso menstrual e dor no seio. O casal mantinha relacionamento há cerca de 10 anos.

Maria e Caio se conheceram na adolescência e se casaram cerca de três anos depois. Maria se refere a Caio como um bom marido, bom pai e homem trabalhador. Contudo, pontua que decidiu não contar quando soube que estava grávida e que não deixa Isabela sozinha com ele. Ela também destacou que não esperava nenhum tipo de apoio ou envolvimento de Caio durante a gestação e, posteriormente, com Isabela, mas foi surpreendida por ele. Entretanto, Maria relatou que ele participa da tríade como um filho mais velho, demonstrando, inclusive, ter ciúmes da relação mãe-bebê e disputando atenção e espaço com Isabela.

Na avaliação do instrumento IAP, Maria apresentou boa sensibilidade, por ter um comportamento emocional positivo, falando de forma carinhosa durante toda a interação com a bebê. A mãe também se apresentou parcialmen-

te intrusiva na relação, escolhendo brincadeiras e mudando o foco em diversos momentos. Em uma situação da interação ela disse: “Tu não deixa a mãe brincar! Tu pega tudo na mão! Eu quero te ensinar a brincar e tu pega na mão” (Mãe Maria, Caso 1, 30 de agosto de 2013). Quanto à não-hostilidade, a mãe apresentou hostilidade encoberta por aparentar impaciência ao trocar diversas vezes de brincadeira e aborrecimento ao perceber que a filha não correspondia da forma desejada aos seus estímulos, o que ficou evidente no momento em que foi solicitado que ela ensinasse Isabela a brincar com um determinado brinquedo. Quanto ao comportamento da criança na interação, Isabela apresentou responsividade fraca por raramente responder às tentativas de interação da mãe, o que foi possível observar ao longo da aplicação do IAP. O envolvimento de Isabela foi moderado, considerando que não apresentou muito interesse na interação com a mãe, mas sim com os brinquedos.

Isabela possuía sintoma na área do sono, com 26 pontos de um total de 35 possíveis segundo o *Symptom Check List*. A mãe referiu que a dificuldade que a filha apresentava para dormir sozinha estava associada ao fato de ela ter acostumado Isabela a dormir com ela, pois assim dormia mais rápido. Isabela ia dormir sempre no mesmo horário, porém, antes de ser colocada no berço, Maria precisava niná-la na cama do casal. Esse ritual costumava demorar no máximo 30 minutos. Isabela tinha como hábito dormir com a chupeta e tocando o rosto ou segurando a mão da mãe. Maria relatou que a filha não demonstrava medo, mas tinha o sono agitado, acreditando ser porque ela tinha pesadelos em algumas noites. Maria relatou que o pai gostava de brincar com ela à noite, quando chegava do trabalho, e acreditava que isso fazia com que ela se agitasse antes de dormir, provocando um sono mais inconstante. Isabela acordava todas as noites, pelo menos duas vezes, para mamar e demorava, em média, uma hora para voltar a dormir. Leon Kreisler (1999) afirma que os distúrbios do sono estão relacionados com o excesso de excitação no bebê, sendo essa uma das respostas psicossomáticas mais precoces que costumam aparecer nessa fase.

Caso 2 - Letícia e Joana

Joana tinha sete meses e era a primeira filha de Letícia e Marcos. Foi amamentada no peito

e não frequenta escolinha, sendo cuidada pela mãe, pai e avó. Seus pais tinham cerca de 30 anos, possuíam curso superior completo e atuavam na área da saúde. Letícia relatou que trabalhava até dez horas por dia. Sua gestação foi planejada e descoberta após sintomas de mal-estar e vômitos frequentes. O casal mantinha a relação há oito anos.

Letícia referiu que Marcos sempre desejou ser pai, então tentaram engravidar ainda no primeiro ano de relacionamento. Porém, Letícia teve uma perda gestacional e o mesmo se repetiu alguns anos depois. A gestação que transcorreu sem intercorrências foi a de Joana, que nasceu quando o casal estava completando oito anos de relacionamento.

O relacionamento conjugal foi avaliado por Letícia como ajustado. Letícia referiu ter uma boa relação com o marido, descrevendo-o como acolhedor. Destacou que ele foi seu suporte também no período puerperal, pois sua mãe ficou hospitalizada e não pode ajudá-la quando Joana nasceu. Marcos auxiliava, inclusive, nos choros noturnos, pois, em alguns momentos, percebiam que ela tinha dificuldade para dormir e não fome. Atualmente, era ela quem atendia a filha quando acordava durante a madrugada, pois o choro começou a cessar apenas ao ser colocada no peito. Joana foi descrita como uma criança de personalidade forte, mas Letícia referiu que não tinha dificuldade de compreender a maioria de suas solicitações e costumava atendê-las.

Na avaliação do instrumento IAP, Letícia mostrou boa sensibilidade com sua filha, pois falava de forma afetuosa com Joana e demonstrou interesse e prazer genuíno por meio de olhares e busca de contato corporal com a bebê. Em relação à estrutura, Letícia apresentou comportamentos interativos inconsistentes, tentando, por diversas vezes, estruturar tarefas para a criança que não foram bem-sucedidas. Por exemplo, tentou, repetidamente, ensinar Joana a ninar a boneca, enquanto ela demonstrava interesse por outros brinquedos. Demonstrou, também, um comportamento intrusivo, caracterizado pela hiperestimulação, pois oferecia muitos brinquedos ao mesmo tempo, não permitindo que Joana agisse de forma autônoma, além de retirar de forma abrupta alguns brinquedos pelos quais a bebê se mostrava interessada, mas que não haviam sido ofertados por ela. Contudo, não apresentou comportamento de hos-

tilidade, falando gentilmente o tempo todo com Joana. Quanto à análise do comportamento de Joana, ela demonstrou responsividade moderada, considerando que respondeu de forma afetiva e prazerosa à maioria das propostas de sua mãe. Contudo, precisava do estímulo da mãe e, por vezes, Letícia chegava a insistir, como, por exemplo, quando propôs bater nas panelas e Joana ficou apenas observando. Somente após alguma insistência da mãe é que ela começou a bater os objetos, demonstrando satisfação com a brincadeira. Joana apresentou envolvimento moderado por ter demonstrado maior interesse pelos objetos e sons emitidos do que pela interação produzida com a mãe através deles.

Joana apresentava o sintoma de sono, com pontuação 24 de um total possível de 35 pontos no instrumento *Symptom Check List*. Letícia relatou que Joana era colocada na cama sempre no mesmo horário, mas até esse momento ficava cerca de 45 minutos no colo ou no peito da mãe. Letícia destacou que a filha foi acostumada desde muito pequena a dormir no colo dela ou do pai, pois perceberam que assim ela dormia mais rápido. Nos relatos de Letícia pôde-se perceber algum grau de angústia frente aos problemas relacionados ao sono de Joana, conforme indicado na fala:

Na hora do sono é mais difícil de entender porque que eles fazem tanta manha para dormir. É tão fácil só fechar os olhos. O ritual para fazer ela dormir, eu levo uma hora mais ou menos. (Mãe Letícia, Caso 2, 12 de setembro de 2013)

Em diversos momentos da entrevista, Letícia referiu que não se sentia preparada para ser mãe nas suas gestações anteriores, mesmo sendo gestações planejadas, mas que com Joana se sentia diferente, possivelmente por ter se preparado, diferente das gestações anteriores, as quais pouco vivenciou em decorrência das perdas. Letícia mostrou-se ambivalente frente ao seu desejo de estar com a filha e de manter a sua rotina de trabalho anterior. Ela retomou o trabalho quando Joana tinha 15 dias de vida e, atualmente, chegava a trabalhar 10 horas por dia. A ambivalência da mãe pode ser um dos fatores que estavam fazendo com que ela superestimulasse a filha, tentando oferecer tudo o que pode durante o tempo que tem para se dedicar a ela. Para Elisabeth Pinto (2004), tal comportamento é fator de risco para desenvolver sintoma de sono na criança.

Descrição dos Casos de Relacionamento Conjugal Desajustado (Grupo 2)

Caso 3 - Fernanda e Felipe

Felipe tinha nove meses e era o segundo filho de Fernanda e Luiz. Ele tinha uma irmã de seis anos chamada Luiza e frequentou a escolinha dos seis aos nove meses de idade, mas, no momento, estava sendo cuidado apenas pela mãe. Fernanda e Luiz tinham cerca de 28 anos de idade e possuíam ensino médio completo. Luiz ocupava cargo público e Fernanda não estava trabalhando. Fernanda relatou que conheceu Luiz no trabalho e logo que começaram a namorar foram morar juntos. Alguns anos depois, Fernanda engravidou da primeira filha, Luiza. A gestação de Felipe foi planejada e descoberta nas primeiras semanas. Fernanda afirmou ter tido uma gestação tranquila.

Fernanda referiu que durante a gestação de Felipe, Luiz mostrou-se bastante disponível e participativo, conforme a fala:

Ah, (ele) me apoiou, assim, em tudo. Por exemplo, mudou toda a escala de horário dele do serviço pra poder me levar de manhã pro trabalho, levar a Luiza pra creche (...) Então teve presente em tudo. Em ecografia que eu fui fazer ele teve presente (Mãe Fernanda, Caso 3, 29 de agosto de 2013)

No entanto, ele não a auxiliava em relação às tarefas domésticas tanto quanto ela gostaria. Fernanda percebia que sua relação conjugal havia mudado em termos de disponibilidade, pois reconhecia que passava a maior parte de seu tempo cuidando das crianças e da casa. Mesmo com algumas mudanças, a cultura ainda faz com que a mãe seja a principal responsável pela criação dos filhos, não recebendo muitas vezes, suficiente apoio social, inclusive do cônjuge (Carter & McGoldrick, 1995; Viera et al., 2014). Outra questão que precisa ser considerada nesse caso é a chegada do segundo filho.

O relacionamento conjugal foi considerado desajustado. Também se percebeu insatisfação frente à relação parental. Fernanda sentia-se responsável pela maior parte do cuidado com os filhos e culpada frente à falta de disponibilidade para o marido.

Na análise do IAP, foi possível observar que Fernanda apresentava uma excelente sensibilidade ao expressar, no tom de voz, prazer nas trocas com o filho. Entretanto, a estru-

ra mostrou-se inconsistente e destacaram-se as diversas tentativas de brincar com o bebê, não dando tempo para a criança explorar aquele brinquedo. O comportamento materno era não intrusivo, por interagir de forma suave com o bebê. Fernanda também não apresentava comportamentos de hostilidade. Felipe apresentava responsividade moderada, pois expressava prazer nas trocas com a mãe, respondendo às brincadeiras sem pressa, mostrando por quais brincadeiras tinha mais interesse em participar. Também tinha envolvimento excelente por conseguir se expressar com qualidade por meio de troca de olhares com a mãe e sinais físicos sem demonstração de tensão.

Felipe apresentou pontuação 13 na área de respiração no instrumento *Symptom Check List*, de um máximo de 15 pontos, caracterizando sintoma respiratório. Felipe apresentava quadros de bronquiolite desde os seis meses, fase em que começou a frequentar a escolinha, sendo necessária intervenção medicamentosa. Em função disso, Fernanda parou de trabalhar para tomar conta do bebê para que não tivesse novas crises. Leon Kreisler (1978) afirmou que os sintomas respiratórios estão associados a uma dependência extrema do bebê em relação à mãe, ao mesmo tempo em que esta mostra-se superprotetora, mantendo o bebê no seu controle. O aparecimento da sintomatologia nesta área surgiu na época em que o bebê precisou separar-se da mãe, o que pode ajudar a entender tal manifestação. Ao mesmo tempo, o fato de passar a conviver em um ambiente diferente do lar, e frequentado por muitas crianças, também exacerba o risco de contaminação por vírus. Assim, somando-se a maior vulnerabilidade emocional do bebê (que estava tendo que lidar com a separação da mãe e com a inserção em um novo ambiente, com outra rotina de cuidados), ao contato com um ambiente em que circulam mais vírus, pode-se compreender a manifestação do sintoma de Felipe na área da respiração.

Caso 4 - Aline e Vicente

Vicente tinha um ano e era o primeiro filho de Aline e Pedro. Ele frequentava a escolinha desde os seis meses de idade. O casal tinha cerca de 30 anos de idade e possuía ensino médio completo. Aline teve uma perda gestacional com cinco semanas, cerca de um ano

antes de engravidar de Vicente, e a gestação levado a cabo foi bastante conturbada.

Aline e Pedro eram casados há dois. Depois que começaram a namorar, logo passaram a morar juntos. Precisaram morar na casa da família dela, pois a avó de Aline estava com problemas de saúde. Aline referiu irritação com o parceiro durante a maior parte da gestação e, após o nascimento de Vicente, percebia-se incomodada com sua postura, pois considerava que ele não tinha autoridade e isso fazia com que ela fosse rígida com o filho, conforme expressa a fala abaixo:

Ele não tem ação, ele não tem aquela voz de comando de pai sabe? Daí se ele faz alguma coisa errada ele diz: 'não faz assim nenê', com aquela voz bem calma. Daí eu xingo ele: 'tu tem que te impor com ele, pra ele te ouvir' e ele diz: 'ah mas eu falo'. Ele ouve mais eu que o pai dele. (Mãe Aline, Caso 4, 25 de novembro de 2014)

O relacionamento conjugal foi avaliado por Aline como desajustado. Ela disse confiar em Pedro em relação aos cuidados com o filho, percebendo ele como bastante carinhoso e atencioso, mesmo que claramente não concordasse com sua postura parental de não estabelecer limites a Vicente, que foi descrito como manhoso e teimoso.

Os resultados do instrumento IAP indicaram que Aline tinha boa sensibilidade com o bebê, pois buscava compreender os sinais de Vicente e mostrava algum grau de interesse na interação com o bebê. Já a estrutura mostrou-se inconsistente uma vez que não estabelecia limites claros para as brincadeiras, tentando estruturar diversas formas de brincar sem sucesso, assim como se mostrava parcialmente intrusiva, tentando dirigir as brincadeiras e propondo mudanças. A mãe apresentava comportamento não hostil e mostrou-se atenta e paciente com o bebê. Vicente apresentou responsividade moderada, considerando que demonstrava prazer nas brincadeiras, após algum estímulo da mãe. O mesmo resultado foi obtido quanto ao envolvimento, pois o bebê se envolvia mais com os brinquedos do que propriamente na relação com a mãe.

Vicente apresentou pontuação 11 na área de respiração no instrumento *Symptom Check List*, de um máximo de 15 pontos, caracterizando sintoma respiratório. As crises respiratórias aconteciam, geralmente, quando ocorria alguma alteração na temperatura ambiente. Aline relatou que o bebê começou a apre-

sentar crises respiratórias, perda de peso e um episódio de estomatite quando começou a frequentar a escolinha. Antes disso, ele era cuidado por um familiar e não tinha apresentado nenhum sintoma. Assim como no Caso 3 (Felipe), os sintomas na área da respiração surgiram na época em que o bebê precisou separar-se da mãe, em função de sua entrada na escola. Além de ser a escola um ambiente mais propício para a contaminação por vírus, em função do convívio com diferentes pessoas e com outras crianças, entende-se que Vicente, assim como Felipe, estava lidando com uma situação nova, a separação da mãe, para a qual ainda não havia desenvolvido defesas psicológicas suficientes que o habilitasse a lidar com a angústia produzida pela situação. Assim, a via de expressão de sua vulnerabilidade emocional, naquele momento, se deu pela via somática.

Síntese dos Casos Cruzados

Nos casos 1 e 2, do grupo de mães que avaliou sua relação conjugal como ajustada, os bebês apresentavam sintomas de sono, eram do sexo feminino e tinham sete meses de idade. Nenhum deles frequentava a escolinha, sendo cuidados pela família. Para Eduardina Tenenbojm e colegas (2010), os problemas relacionados ao sono podem estar ligados a hábitos impróprios, excesso de estimulação mental, física ou emocional. Em ambos casos houve relatos de hábitos impróprios, como agitação motora provocada por brincadeiras e pela superestimulação antes da hora de dormir.

Em relação ao trabalho das mães, havia comportamentos opostos. A mãe do caso 1 trabalhava em casa e não permitia que a criança fosse cuidada por outra pessoa, nem mesmo o marido, pois agia de forma que dificultava a relação entre os dois. Já no caso 2, a mãe trabalhava até dez horas por dia desde os 15 dias de vida do bebê, porém, no tempo que estava com a filha, tentava se apropriar de todas as tarefas com a criança e esta representava ser satisfeita apenas pelos cuidados maternos. Nos dois casos, independente de a mãe estar mais ou menos tempo com o bebê, havia excesso de estímulo na interação, o que, segundo Leon Kreisler (1978; 1999), é um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas na área do sono.

Outro aspecto importante se refere à dificuldade de separação entre as duplas. No caso 2,

tal dificuldade parece estar acompanhada de um sentimento de culpa por parte da mãe por ficar longe de sua filha desde os primeiros dias de nascimento, em função do retorno ao trabalho. Esse retorno ao trabalho, após o nascimento do bebê, pode gerar conflitos para a mãe, fazendo com que seja necessário o desenvolvimento de estratégias para conciliar os múltiplos papéis, o que em alguns momentos pode gerar ansiedade e insatisfação frente aos cuidados com o filho, que pode ser causado pela crença de ser a única pessoa capaz de cuidar adequadamente do bebê (Beltrame & Donelli, 2012).

É fundamental observar que as mães deste grupo estão, de modo geral, satisfeitas com seus maridos no aspecto conjugal, mas em suas falas ficaram implícitas dificuldades relativas à parentalidade, pois os pais estavam afastados dos cuidados com o bebê. Quando isso não acontecia, a própria mãe fazia o movimento de afastá-lo, mesmo que de forma não intencional, como relatado no caso 2. Destaca-se que, por mais que existisse uma queixa das mães frente à manifestação de sintoma do bebê, também havia um ganho secundário em perceber que seus filhos se acalmavam apenas com o seu contato. Esse ganho parece ter contribuído para o afastamento do pai, o que consequentemente tornava a relação da díade mãe-bebê mais simbiótica.

No Grupo 1, é interessante observar que, apesar de as mães avaliarem seu relacionamento conjugal como ajustado, os seus bebês estavam manifestando sintomas somáticos. Isso faz pensar que a relação conjugal, por si só, não determina a maior fragilidade emocional do bebê. Entretanto, o relacionamento conjugal e, mais especificamente, a avaliação que a mãe faz de seu companheiro como pai, parece interferir na sua disponibilidade para estar com o bebê, sendo menos estruturadora na interação, e com indícios de intrusividade na relação com o bebê.

Nos casos 3 e 4, do grupo de mães que avaliou seu relacionamento conjugal como desajustado, os bebês apresentavam problemas respiratórios, os quais iniciaram perto dos seis meses, quando começaram a frequentar a creche. Essa idade também está normalmente associada à introdução de novos alimentos, além do leite materno. Tanto a entrada na creche quanto a introdução de novos alimen-

tos representam um afastamento da díade mãe-bebê. Em ambos os casos, foi possível perceber uma relação marcada pela superproteção da mãe em relação ao bebê, fazendo com que ele vivesse em um estado de elevada tensão, o que está relacionado ao surgimento de sintomas respiratórios (Kreiser, 1978). Estes também podem funcionar de forma a favorecer a manutenção da dependência entre mãe e bebê, impedindo que, na ausência materna, a criança crie seu espaço de subjetivação e defesas psíquicas adequadas.

Quanto à relação conjugal, essas mães queixaram-se da sobrecarga devido aos maridos não colaborarem ativamente com os cuidados da casa e do bebê. No caso 3, esse discurso apareceu como um sentimento de culpa, pois a mãe percebia que não conseguia mais se dedicar ao marido como antes do nascimento do filho. Já no caso 4, o discurso assumiu uma conotação permeada por irritação e frustração com o parceiro. É sabido que a vida do casal, e especialmente da mãe, sofre grandes mudanças após a chegada do bebê, e que o apoio social nesse momento é fundamental, o que inclui o auxílio nas tarefas domésticas e cuidados com a criança (Rapoport & Piccinini, 2006).

Uma das diferenças entre os casos do grupo 2 diz respeito à configuração familiar, pois um casal tinha um filho de 12 meses e o outro tinha dois filhos, sendo o mais novo com nove meses e o mais velho, seis anos. Essa diferença na idade dos filhos pode ir ao encontro da divergência entre os relacionamentos conjugais entre os dois grupos, considerando que os pais dos bebês mais novos e com apenas um filho, vivenciavam a menos tempo a experiência do papel de pais, e consequentemente sua relação conjugal pode ter sido menos afetada por essa vivência.

Em todos os casos analisados houve uma frustração da mãe quanto à postura parental do marido, o que vai ao encontro dos dados de José Augusto Hernandez e Cláudio Hutz (2009) que realizaram uma pesquisa com 62 mulheres, utilizando a Escala de Ajustamento Diádico (DAS), e constataram que entre o pré e o pós-natal, os casais sofreram declínio no ajustamento conjugal, o que pode estar associado à sobrecarga das mães, que se veem responsáveis por grande parte das tarefas relativas aos filhos. Por exemplo, no caso 1, a mãe estimulava o afastamento do pai, que não insis-

tia em se manter próximo ou se apropriar dos cuidados com o bebê, e no caso 2, o pai se afastava espontaneamente da relação com o bebê. Já nos casos 3 e 4, existia uma queixa em relação aos cuidados da casa e do bebê, que era justificada pelo fato de os pais trabalharem e não conseguirem estar mais presentes. Esses fatores podem proporcionar que a díade mãe-bebê mantenha uma relação mais estreita, gerando tanto um ganho secundário para a mãe, que se satisfaz com o fato de o bebê se confortar mais facilmente com ela, como um desgaste físico e emocional. As frustrações da mulher com o companheiro podem estar afetando a percepção dele como cônjuge, impactando, consequentemente, na avaliação da relação conjugal. Por outro lado, o desajuste na relação conjugal pode contribuir para um afastamento inconsciente do companheiro como pai, levando a uma frustração frente ao relacionamento da dupla parental.

Frente ao exposto, é plausível supor que o sintoma do bebê pode estar denunciando desencontros na relação entre a díade mãe-bebê, a qual pode estar sendo influenciada por aspectos do ajustamento conjugal e dificuldades parentais. Marcela Braz, Maria Auxiliadora Dessen e Liana Silva (2005) referem que relações conjugais consideradas boas estão associadas à sensibilidade parental, assim como relações conjugais consideradas ruins estão associadas à baixa sensibilidade parental por parte dos genitores. Dessa forma, a sintomatologia do bebê não estaria diretamente relacionada ao tipo de ajustamento conjugal, mas sim à forma como a mãe se relaciona com o bebê, o que também se evidenciou neste estudo.

Considerações Finais

Considerando que os sintomas psicofuncionais em bebês podem ser sinais de problemas na interação entre pais-bebê, o acompanhamento do casal torna-se relevante dada a sua implicação na parentalidade, tanto para redução dos sintomas como para prevenir possíveis agravamentos. Ainda que a relação mais próxima do bebê se dê nos primeiros meses com a mãe, é fundamental a interação entre a tríade mãe-pai-bebê, o que pode ser facilitado com o investimento na relação conjugal.

Destaca-se que, por se tratar de um estudo qualitativo, considera-se que cada relação se desenvolve de forma singular e única, portan-

to, não existe a pretensão de antever uma causa e sua consequência. Como limitação, pontua-se a não participação direta dos pais dos bebês na pesquisa realizada. Todas as informações sobre o pai e sobre a conjugalidade foram obtidas por meio do relato e das percepções da mãe do bebê. Sugere-se, portanto, que novos estudos investiguem a influência da mãe para inibir ou incentivar a participação paterna, o que tem sido nomeado de *maternal gatekeeping*. Além disso, estudos que envolvessem a observação da tríade (mãe-pai-bebê) com vistas a avaliar a interação com a criança e entre o casal também seriam interessantes e enriquecedores para compreensão da temática. Percebeu-se, ainda, que seria importante acompanhar as famílias por um período de tempo mais longo, considerando que os sintomas psicofuncionais em bebês são sinais de problemas que podem ser passageiros ou não (Pinto, 2004), com a intenção de analisar se as dificuldades no ajustamento conjugal são decorrentes da adaptação à chegada do bebê e à transição que a família está vivendo (Carter & McGoldrick, 1995).

Espera-se que este trabalho venha a contribuir para uma reflexão acerca da temática dos sintomas psicofuncionais dos bebês e as implicações do ajustamento conjugal após o nascimento dos filhos na produção desta sintomatologia. A ampliação de estudos nessa área possibilita repensar em novas formas de trabalho para auxiliar na melhoria das relações familiares, prevenindo e promovendo saúde na primeira infância.

Referências

- Amorin, Patrícia (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462000000300003>
- Anton, Iara Camaratta (1991). *A escolha do cônjuge: Motivações inconscientes*. Porto Alegre: Sagra.
- Beltrame, Greyce Rocha & Donelli, Tagma Marina Schneider (2012). Maternidade e carreira: desafios frente à conciliação de papéis. *Aletheia*, 38-39, 206-217. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000200017
- Boas, Ana Carolina Villares Barral Villas; Dessen, Maria Auxiliadora & Melchiori, Lúcia Ebner (2010). Conflitos Conjugais e seus efeitos sobre o comportamento de crianças: uma revisão teórica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62(2), 91-102. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672010000200009
- Braz, Marcela Pereira; Dessen, Maria Auxiliadora & Silva, Nara Liana Pereira (2005). Relações conjugais e parentais: uma comparação entre famílias de classes sociais baixa e média. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 18(2), 151-161. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722005000200002>
- Busby, Dean M.; Christensen, Clark; Crane, D. Russell & Larson, Jeffry H. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(3), 289-308. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.1995.tb00163.x>
- Carter, Betty & McGoldrick, Monica (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Edelstein, Tânia Murgel (2000). A interação mãe-bebê: Os sintomas psicossomáticos e o pediatra. *Pediatria moderna*, 36(1/2), 70-74. Disponível em http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=787
- Hernandez, José Augusto Evangelho (2008). Avaliação estrutural da escala de ajustamento diádico. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 593-601. <https://doi.org/10.1590/s1413-73722008000300021>
- Hernandez, José Augusto Evangelho & Hutz, Cláudio Simon (2009). Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico*, 40(4), 414-421. Disponível em <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5161388>
- Kreisler, Leon (1978). *A criança psicossomática*. Lisboa: Estampa.
- Kreisler, Leon (1999). *A nova criança da desordem psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Levandowski, Daniela Centenaro; Frizzo, Giana Bitencourt; Donelli, Tagma Marina Schneider; Marin, Angela Helena & Lopes, Rita de Cássia Sobreira (2012). *Sintomas psicofuncionais em bebês: mapeamento e avaliação* (Projeto de pesquisa não-publicado). Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.
- Menezes, Clarissa Corrêa (2001). *A relação conjugal na transição para a parentalidade: da gestação ao segundo ano de vida do bebê*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal

- do Rio Grande do Sul. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/1952>
- Minuchin, Salvador & Fishman, H. Charles (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mosmann, Clarisse Pereira (2007). *A Qualidade Conjugal e os Estilos Educativos Parentais* Tese de Doutorado não publicada, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Disponível em <http://meriva.pucrs.br:8080/dspace/handle/10923/4768>
- Mosmann, Clarisse Pereira; Wagner, Adriana & Feres-Carneiro, Terezinha (2006). Qualidade conjugal: mapeando conceitos. *Paidéia*, 16(35), 315-325. <https://doi.org/10.1590/s0103-863x2006000300003>
- Mosmann, Clarisse Pereira; Zordan, Eliana Piccoli & Wagner, Adriana (2011). A qualidade conjugal como fator de proteção do ambiente familiar. In Adriana Wagner (Org.), *Desafios psicossociais da família contemporânea: Pesquisas e reflexões* (pp. 58-71). Porto Alegre: Artmed.
- Pinto, Elisabeth Batista (2004). Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 451-457. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300007>
- Rapoport, Andréa & Piccinini, César Augusto (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 16(1), 85-96. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v16n1/09.pdf>
- Robert-Tissot, Christiane; Rusconi-Serpa, Sandra; Bachman, Jean-Pierre; Besson, Gerard; Cramer, Bertrand; Knauer, Dora; ... Stern, Daniel N. (1989). Le questionnaire "Symptom Check-List". In Serge Lebovici, Philippe Mazet, & Jean-Pierre Visier (Eds.), *Levaluation des interactions precoces entre le bébé et ses partenaires* (pp. 179-186). Paris: Eshel.
- Scorsolini-Comin, Fábio & Santos, Manual Antônio dos. (2010). Satisfação conjugal: revisão integrativa da literatura científica nacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 525-532. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000300015>
- Sheehan, David; Lecrubier, Yves; Sheehan, K. Harnett; Amorin, Patricia; Janavs, Juris & Weiller, Emmanuelle (1998). The Mini Mental Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Spanier, Graham B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28. <http://dx.doi.org/10.2307/350547>
- Stake, Robert E. (2005). Qualitative case studies. In Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln (Eds.), *The SAGE Handbook Of Qualitative Research* (pp. 443-466). Thousand Oaks: SAGE.
- Tenenbojm, Eduardina; Rossini, Sueli; Estavill, Eduard; Segarra, Francisco & Reimão, Rubens (2010). Causas de insônia nos primeiros anos de vida e repercussão nas mães: atualização. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(2), 221-226. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822010000200015>
- Valle, Maria Elizabeth & Osório, Luiz Carlos (2004). *Alquimia íntima: a nova química do casal*. Porto Alegre: Literalis.
- Vieira, Mauro Luís; Bossardi, Carina Nunes; Gomes, Lauren Beltrão; Bolze, Simone Dill Azeredo; Crepaldi, Maria Aparecida & Piccinini, César Augusto (2014). Paternidade no Brasil: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(2), 36-52. Disponível em <http://146.164.3.26/index.php/abp/article/view/854/859>
- Wiese, Elisabeth Batista Pinto & Leenders, Francine (2006). Interaction Assessment Procedure - IAP: A qualitative approach to parent/infant interaction. In *10th World Association for Infant Mental Health Congress*. Paris, França.
- Winnicott, Donald Woods (1960/1997). *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Yin, Robert K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.



RAFAELA CAMPOS PERUCHI

Psicóloga clínica do CAPS II Novos Tempos, Canoas, RS.

TAGMA MARINA SCHNEIDER DONELLI

Psicóloga, professora e pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da UNISINOS.

ANGELA HELENA MARIN

Psicóloga (UFSM), mestre e doutora em psicologia (UFRGS) e professora dos cursos de graduação e pós-graduação em psicologia (UNISINOS).

DIRECCIÓN DE CONTACTO

tagmad@unisinós.br

FORMATO DE CITACIÓN

Peruchi, Rafaela Campos; Donelli, Tagma Marina Schneider & Marin, Angela Helena (2016). Ajustamento conjugal, relação mãe-bebê e sintomas psicofuncionais no primeiro ano de vida. *Qua- derns de Psicologia*, 18(3), 55-67. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1363>

HISTORIA EDITORIAL

Recibido: 29/07/2016

1ª Revisión: 25/08/2016

Aceptado: 01/10/2016