

Perfil de Psicoterapeutas Pais-Bebê de Porto Alegre: Formação e Atuação Profissional

Karoline Lemos Schneider¹

¹Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre, RS, Brasil.

Daniela Centenaro Levandowski¹

¹Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre, RS, Brasil.

Resumo: A psicoterapia pais-bebê é uma modalidade terapêutica que enfoca a relação da díade/tríade pai-mãe/bebê, geralmente embasada no referencial teórico psicanalítico. No Brasil, são escassas as pesquisas sobre o tema. Este estudo teve como objetivo investigar o perfil de profissionais que atuam como psicoterapeutas pais-bebê em Porto Alegre e as características e especificidades deste campo de atuação. Trata-se de estudo qualitativo, de caráter exploratório-descritivo. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada realizada presencialmente. Participaram do estudo 10 psicoterapeutas do sexo feminino, selecionadas por conveniência. Utilizou-se a Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin para a análise dos dados. A possibilidade de intervir precocemente foi descrita como a principal motivação para a inserção na área, que ocorreu sem uma formação acadêmica estruturada. Possuir conhecimentos sobre desenvolvimento infantil, constituição de vínculos e dinâmica familiar foi citado como imprescindível para a atuação profissional. Quanto às características pessoais e técnicas, foram mencionadas a necessidade de identificação com a técnica e com o trabalho com bebês e de possuir formação sólida, pautada em estudo teórico, supervisão e análise pessoal. A importância da experiência prática e da observação de bebês enquanto ferramentas de aprendizagem também foi destacada, e constatou-se a necessidade de ampliar a visibilidade desse campo de atuação entre profissionais e público em geral.

Palavras-chave: Psicoterapia Pais-Bebês, Psicologia Clínica, Relação Mãe-Bebê, Formação em Psicologia.

Profile of Parent-Infant Psychotherapists of Porto Alegre: Training and Professional Actuation

Abstract: The parent-infant psychotherapy is a therapeutic approach that focus on the father-mother/baby dyad/triad, usually based on the psychoanalytic theoretical framework. In Brazil, research on this theme is scarce. This study aimed to investigate the profile of parent-infant psychotherapists that work in Porto Alegre and the characteristics and specificities of their field of actuation. This is a qualitative study, with a descriptive and exploratory design. Data were collected by semi-structured in person interviews. A total of 10 female psychotherapists, selected by convenience, participated in the study. Content Analysis proposed by Laurence Bardin was used for data analysis. The possibility of early intervention was described as the main motivation for the choice of this field, which occurred without a formal training. Knowledge about child development, bonding and family dynamics stood out as essential for professional performance. Regarding personal and technical characteristics, the need for identification with this technique and with working with babies and a solid training, based on theoretical study, supervision and personal analysis, were mentioned. The importance of the practical experience

and of the infant observation as learning tools was also highlighted, and the need to increase the visibility of this practical field among professionals and the general public was observed.

Keywords: Parent-Infant Psychotherapy, Clinical Psychology, Mother-Infant Relationship, Psychology Training.

Perfil de Psicoterapeutas Padres-Bebés de Porto Alegre: Formación y Actuación Profesional

Resumen: La psicoterapia padres-bebé es una modalidad terapéutica que se enfoca en la relación de la díada/tríada padre-madre/bebé, generalmente basada en el referencial teórico psicoanalítico. En Brasil, pocas son las investigaciones sobre el tema. Este estudio analizó el perfil de profesionales que actúan como psicoterapeutas padres-bebé en Porto Alegre (Brasil) y las características y especificidades de este ámbito de actuación. Este es un estudio cualitativo, de naturaleza exploratoria descriptiva. Para la recopilación de datos se realizó una entrevista semiestructurada de modo presencial. Se entrevistaron a 10 psicoterapeutas mujeres, elegidas por conveniencia. Se aplicó el Análisis de Contenido propuesto por Laurence Bardin para analizar los datos. La posibilidad de intervenir precozmente se describió como la principal motivación para la selección del área, que ocurrió sin una formación académica estructurada. Poseer conocimientos sobre desarrollo infantil, constitución de vínculos y dinámica familiar se destacó como imprescindible para la actuación profesional. Respecto a las características personales y técnicas, se mencionaron la necesidad de identificación con dicha técnica y con el trabajo con bebés, y tener una sólida formación, regida por estudios teóricos, supervisión y análisis personal. Además, se destacó la importancia de la experiencia práctica y de la observación de bebés como herramienta de aprendizaje, y se constató la necesidad de ampliar la visibilidad de este campo de actuación entre los profesionales y el público en general.

Palabras clave: Psicoterapia Padre-Bebé, Psicología Clínica, Relación Madre-Bebé, Formación en Psicología.

Introdução

A psicoterapia pais-bebê (PPB) é uma modalidade terapêutica que enfoca a relação da díade/tríade pai-mãe/bebê a partir do referencial teórico psicanalítico (Cramer, 1999). O fato de ter como paciente justamente a relação estabelecida entre essa díade/tríade, e não um único indivíduo, a diferencia dos demais atendimentos psicoterápicos psicanalíticos (Silva, Martins, Krinski, Gurski, & Ferrari, 2017; Silva, Martins, & Lisbôa, 2016). Essa modalidade terapêutica começou a desenvolver-se na década de 1970 e conta atualmente com diferentes enfoques para o entendimento da relação pais-bebê e dos desajustes nessa relação.

Podem ser citados como autores clássicos da área Winnicott, Mahler, Bion, Bowlby, Klein e Spitz. Seus estudos tiveram como foco a mente do bebê e a importância do ambiente, particularmente o

papel materno, como estruturador do psiquismo (Maltz, 2004; Prado et al., 2009; Schermann, 2004; Wendland, 2001). Outros autores (Fraiberg, Lebovici, Cramer, Palácio-Espasa, Brazelton, Stern) posteriormente contribuíram para a sistematização dessa intervenção (Oliveira, Donelli, & Reuse, 2019; Prado et al., 2009; Schermann, 2004).

A psicoterapia pais-bebê tem sido indicada para o tratamento de sintomas de comportamento em bebês (por exemplo, distúrbios do apego, ansiedade de separação) cuja relação pais-bebê possa ser o fator causal das dificuldades da criança (Cramer, 1999). Da mesma forma, é recomendada para o tratamento de sintomas psicofuncionais (por exemplo, disfunções de sono ou de alimentação), que podem ser entendidos como associados a dificuldades na interação pais-bebê (Eliacheff & Goldfeder, 1995; Pinto, 2004).

Diferentemente da psicoterapia infantil, o *setting* terapêutico, que conta com os pais e o bebê, engloba tanto as interações pais-bebê quanto a comunicação verbal dos pais. Por isso, o psicoterapeuta necessita dividir igualmente sua atenção entre a observação dessas interações e a escuta dessa fala (Cramer, 1999). As comunicações do bebê, incluindo o que ele desperta contratransferencialmente, são essenciais para compreender o conflito relacional (Silva et al., 2017; Silva et al., 2016). Existe também a possibilidade de incluir no *setting* outros familiares, como avós e irmãos (Caron, 2000; Cramer, 1999).

Constata-se que esta modalidade requer um terapeuta sensível, que escute todos, e que tenha uma presença ativa, sem ser invasivo (Cramer, 1999). A flexibilidade é outra característica primordial para este psicoterapeuta, ao mesmo tempo em que o enquadre necessita ser suficientemente firme para propiciar continência (Golse, 2008). Quanto à duração, normalmente as sessões têm 60 minutos, podendo ser estendidas conforme a necessidade de observação (Caron, 2000; Cramer, 1999). A literatura aponta o tratamento pais-bebê como uma modalidade de psicoterapia breve (no máximo 12 sessões), devido à permeabilidade do psiquismo dos pais e do bebê nos primeiros anos de vida (Caron, 2000; Cramer, 1999; Oliveira et al., 2019; Prado et al., 2009). Entretanto, o tratamento pode ser estendido conforme a necessidade (Cramer, 1999; Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1994).

Esses atendimentos também exigem do psicoterapeuta características como criatividade, em razão da necessidade de mudanças técnicas para adaptar-se ao singular de cada situação terapêutica; sólida formação profissional, que inclua conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e relação pais-bebê; e capacidade de conectar-se com os próprios aspectos infantis, para conseguir se identificar e empatizar com o bebê (Caron, 2000). Em razão disso, a experiência de observação da relação mãe-bebê a partir do método Bick tem sido indicada para a instrumentalização do profissional dessa área (Caron, 2000).

Em relação aos resultados, alguns estudos empíricos têm indicado a validade da psicoterapia pais-bebê para tratamento de depressão materna (Azevedo, 2016; Fonagy, Slead, & Baradon, 2016; Frizzo, 2008; Oliveira et al., 2019; Schwengber, Prado, & Piccinini, 2009), dificuldades na amamentação (Feliciano & Souza, 2011) e no relacionamento conjugal (Brum & Gomes, 2017; Frizzo, 2008). Também se mostrou efetiva no

atendimento de bebês com malformação (Gomes, Piccinini, & Prado, 2009) ou mesmo em situação de internação em UTI Neonatal (Schaefer & Donelli, 2016; Schaefer & Donelli, 2017). Para além de ser uma forma de tratamento de disfunções precoces, apresenta caráter preventivo, possibilitando atuação anterior à formação do psiquismo e da cristalização ou transformação e agravamento de sintomas (Brum & Gomes, 2017; Feliciano & Souza, 2011; Silva et al., 2017).

Mesmo diante da relevância dessa intervenção psicológica, não foram encontrados estudos sobre a formação e atuação de psicoterapeutas pais-bebê no Brasil e internacionalmente. No que tange ao Brasil, percebe-se uma lacuna na formação em Psicologia quanto a esta modalidade de tratamento, que não costuma integrar os currículos de graduação. Diante da necessidade de maior conhecimento sobre este campo de atuação profissional, visando à ampliação da sua divulgação, este estudo buscou investigar o perfil de profissionais que atuam como psicoterapeutas pais-bebê em Porto Alegre no que concerne às características sociodemográficas e de formação, bem como as características e especificidades deste campo de atuação profissional embasado psicanaliticamente. Entende-se que estudos sobre a formação em Psicologia são válidos, porque permitem qualificar as práticas profissionais alinhadas a pressupostos científicos.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo qualitativo e transversal, de caráter exploratório-descritivo (Gil, 2010).

Participantes

Dez psicoterapeutas do sexo feminino, selecionadas por conveniência a partir de manifestação de interesse diante da divulgação do estudo. Foram selecionadas profissionais com formação em Psicologia ou Psiquiatria, com registro ativo no respectivo conselho profissional (Conselho Regional de Psicologia – CRP 07, Conselho Regional de Medicina – CREMERS) e que atuavam como psicoterapeutas pais-bebê a partir da perspectiva psicanalítica, atendendo crianças de 0 a 36 meses, na cidade de Porto Alegre. Considerou-se como critério de eliminação o trabalho exclusivo com estimulação precoce¹ por parte do profissional. Duas psicoterapeutas entraram em contato

e não integraram o estudo devido à indisponibilidade de horários. Outra entrevistada foi excluída por atuar na perspectiva sistêmica. Nenhum psicoterapeuta do sexo masculino contactou as pesquisadoras.

Oito participantes tinham formação em Psicologia e duas em Psiquiatria. O tempo de atuação como psicoterapeuta pais-bebê variou de cinco a 33 anos. Apenas uma entrevistada atendia exclusivamente em clínica multiprofissional; quatro participantes atendiam em consultório privado e em clínicas de instituições de

formação e outras cinco atendiam exclusivamente em consultório privado. Todas atendiam, além de bebês, pacientes de outras faixas etárias ou famílias e casais (n=2). Algumas profissionais realizavam psicodiagnóstico (n=1), atuavam como docentes e/ou supervisoras em institutos de formação e pós-graduação (n=6) ou cursavam doutorado (n=4). Alguns dados de caracterização das entrevistadas constam na Tabela 1.

Tabela 1

Características sociodemográficas e profissionais das participantes (n=10).

Participante	Idade (anos)	Formação	Tempo de formatura (anos)	Tempo de atuação com PPB (anos)
P1	32	Psicologia	10	12
P2	29	Psicologia	7	7
P3	55	Psicologia	33	29
P4	44	Psicologia	16	Mais de 10 anos
P5	46	Psicologia	25	5
P6	31	Psicologia	8	7
P7	51	Psicologia	27	16
P8	57	Psiquiatria	34	24
P9	56	Psiquiatria	34	33
P10	55	Psicologia	22	12

Legenda: P = Participante; PPB = Psicoterapia Pais-Bebê.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram um formulário contendo 26 questões de caracterização pessoal (idade, renda, escolaridade etc.), de formação (trajetória de estudos e cursos realizados) e de atuação profissional (local e tempo de atuação com psicoterapia pais-bebê, duração e frequência das sessões, familiares que costumam estar presentes nos atendimentos etc.); e uma entrevista de caráter semiestruturado, composta por 20 perguntas sobre a escolha profissional das participantes, o percurso de formação nessa modalidade de atendimento, perspectivas teóricas que embasam o trabalho, características necessárias ao psicoterapeuta pais-bebê, o perfil dos pacientes atendidos e as particularidades, facilidades e dificuldades do trabalho com pais e

bebês. Os instrumentos foram elaborados pelas autoras para esse estudo e avaliados quanto à pertinência e adequação antes da coleta propriamente, por meio de uma coleta piloto.

Procedimentos de coleta de dados

O estudo foi divulgado nos perfis das autoras nas redes sociais Facebook e Instagram. Após a manifestação de interesse das psicoterapeutas para a participação no estudo, fez-se contato para explicar a proposta da pesquisa de forma detalhada (objetivos, procedimentos e cuidados éticos). A partir da aceitação das interessadas, agendou-se um encontro presencial para a coleta de dados. No dia agendado, após a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aplicou-se o formulário contendo

¹ Clínica interdisciplinar, que faz a interlocução entre profissionais da psicologia, psicanálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e educação, para tratar as patologias do bebê. Embora considere a relação entre os pais e o bebê, a ênfase, nesse caso, é dada à constituição psíquica do bebê e ao desenvolvimento físico, cognitivo e de linguagem (Jerusalinsky, 2008).

dados de caracterização pessoal e profissional das participantes. A seguir, realizou-se a entrevista, que foi gravada em áudio e posteriormente transcrita para análise. A coleta de dados, que durou em média 50min, ocorreu no consultório (n=7) ou na residência das profissionais (n=2). Outra participante optou por ser entrevistada na universidade. Adotou-se o critério de saturação dos dados (Fontanella et al., 2011; Fontanella, Ricas, & Turato, 2008) para o encerramento da coleta de dados.

Procedimentos de análise dos dados

Após a transcrição das entrevistas, procedeu-se à Análise de Conteúdo (Bardin, 2011), que seguiu três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento e interpretação dos resultados obtidos (Bardin, 2011). O processo de análise foi realizado pela primeira autora, tendo as categorias elencadas sido discutidas com a segunda autora antes da alocação das falas. Essa etapa de alocação foi realizada de forma independente pela primeira autora e por uma graduanda em Psicologia, tendo as divergências

de alocação sido discutidas e dirimidas por consenso. Após isso, a alocação foi revisada pela segunda autora, para minimizar eventuais vieses.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Na sua condução foram respeitadas as diretrizes éticas para a realização de pesquisa com seres humanos, conforme as Resoluções 510/2016 e 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Para a análise, considerando o roteiro de entrevista, foram definidas três categorias temáticas *a priori*, enquanto as subcategorias emergiram durante o processo de análise. Na Tabela 2 consta a definição das categorias e subcategorias. Apresentam-se, na sequência, ilustrações de cada uma delas, por meio de trechos selecionados de falas das participantes.

Tabela 2

Categorias e subcategorias temáticas derivadas da análise das entrevistas realizadas com psicoterapeutas pais-bebê de Porto Alegre.

Categorias temáticas	Subcategorias
1. <i>Trajetórias de formação do psicoterapeuta pais-bebê</i> : interesses, motivações e aspectos da formação técnica e profissional de quem atua nessa modalidade terapêutica	1.1 Interesse e inserção na área: Possibilidade de intervir precocemente 1.2 Formação técnica (cursos e experiências profissionais) 1.3 Base teórica utilizada
2. <i>Especificidades da atuação profissional do psicoterapeuta pais-bebê</i> : aspectos que diferenciam a psicoterapia pais-bebê do atendimento psicoterápico de outras faixas etárias	2.1 Características do contrato terapêutico e do <i>setting</i> terapêutico 2.2 Características da clientela atendida 2.3 Interação da psicoterapia pais-bebê com outras áreas do saber 2.4 Vantagens, facilidades e potencialidades da técnica: O Tempo 2.5 Dificuldades e desafios da técnica
3. <i>Características necessárias à atuação do psicoterapeuta pais-bebê</i> : características do psicoterapeuta necessárias para a atuação nessa modalidade terapêutica	3.1 Características pessoais 3.2 Características técnicas

Trajetórias de formação do psicoterapeuta pais-bebê

No que se refere ao interesse e à inserção na área, destaca-se a disposição pelo estudo da primeira infância e do desenvolvimento humano e o interesse

pela Psicologia Clínica na trajetória das entrevistadas. A maioria delas conheceu e se interessou pela técnica pais-bebê somente na pós-graduação, embora essa aproximação tenha acontecido ainda na graduação para duas participantes:

Foi desde a graduação, quando eu comecei os meus estágios obrigatórios. Um dos lugares que eu escolhi era na Psicologia Hospitalar, e lá eu comecei a atender numa internação obstétrica, no centro obstétrico. Então desde lá eu já comecei a atender gestante . . . mães e bebês, pais e bebês (P1).

Antes da graduação, nem era uma coisa que eu conhecia, assim. Até na graduação, inclusive, eu posso dizer que . . . eu nem vi isso, via questões de desenvolvimento, mas não de psicoterapia pais-bebê. E lá no [instituto de formação em psicoterapia], eu sempre gostei muito de criança . . . de criança pequena. E aí, nos estudos da formação, eu fui me interessando cada vez mais pela primeira infância. E aí descobri o grupo lá que já existia, . . . e aí eu fui me encantando pela área, assim, e fui . . . na medida que eu fui estudando mais, assim, eu fui me interessando. Mas que eu queria trabalhar com criança, isso desde que eu decidi pela Psicologia já era minha ideia inicial (P6).

A principal motivação para a inserção na área foi a possibilidade de prevenção de complicações futuras, por meio de uma intervenção anterior à cristalização dos sintomas: “Não é preventivo, porque eles vêm procurar quando já tem algum problema, mas é quase que preventivo . . . e isso me agradou muito” (P8); “Acreditar que é importante investir em prevenção precoce, que os problemas emocionais dos adultos que a gente trata iniciam na relação com a mãe e com o pai, especialmente com a mãe, nos primeiros meses” (P9). A importância da primeira infância para a constituição psíquica foi citada:

Então eu te diria muito, assim, pelo meu norte de o quanto a infância e a gestação, as relações familiares, elas são importantes pra constituição dos sujeitos. . . . eu acho que tem muita coisa que a gente trabalha, até mesmo em psicoterapia de adultos . . . e a gente está falando de um tempo lá de trás, assim, de coisas que aconteceram. Então, por ser esse período tão delicado, eu acho que é um campo fundamental (P2).

Quanto à formação técnica, todas as participantes possuem pós-graduação em Psicologia Clínica e somente uma realizou formação específica em psicoterapia pais-bebê. Os cursos de pós-graduação

realizados pelas profissionais focaram na psicoterapia de orientação psicanalítica da infância e adolescência, na terapia sistêmica e Psicanálise, além de Mestrado em Psicologia. Em relação à formação complementar, oito delas realizaram Observação da Relação Mãe-bebê pelo método Esther Bick e duas fizeram um curso sobre as escalas Bayley de desenvolvimento de bebês. Todas participaram de grupos de estudo, cursos de extensão, congressos e/ou eventos da área. Além disso, frequentaram setores/núcleos de intervenção pais-bebê em institutos de formação em psicoterapia, no ambulatório pediátrico de um hospital e em projeto de extensão universitária, locais em que a experiência prática acontecia concomitantemente ao estudo teórico:

Eu fui me formando muito sozinha, a partir de eventos que eu participava e de leituras que eu ia colhendo. Então eu comecei a estudar muito mais os bebês a partir da observação de bebês e catando bibliografia aqui, bibliografia ali, congresso aqui . . . o que eu achasse que podia me ajudar, eu participava. . . . Até quando eu comecei a observação de bebês, por exemplo, a Sociedade Psicanalítica tinha grupos de observação, mas não era aberto, era só pra membros da Sociedade. E aí eu tentei fazer grupos por fora e não era uma atividade muito divulgada, então nunca fechava turma. Sempre foi muito difícil essa área, porque não era muito divulgado . . . funciona da mesma forma ainda hoje, a gente pouco tem, assim, eventos sobre isso, um curso, é muito difícil. Então, quando eu ouço alguma coisa que eu acho que pode se aproximar, eu tento fazer (P7).

Quanto à base teórica para esse trabalho psicoterapêutico, as participantes mencionaram a necessidade de conhecer profundamente o desenvolvimento humano, especialmente dos bebês, a dinâmica das relações familiares e dos vínculos, o que inclui conhecimentos sobre transgeracionalidade, intersubjetividade e subjetividade do bebê, processos de separação-individuação, apego, psicossomática, epigenética e neurociências. Também conhecer os fundamentos da teoria e da técnica de atendimento pais-bebês é fundamental:

Eu acho que a gente tem que conhecer mais, e foi uma das coisas que eu fui estudar também, como funciona a família . . . independente da linha teórica, acho que tem que se entender a questão do

funcionamento como um todo pra poder entender mais as questões individuais. . . . Eu acho impossível trabalhar com pais-bebês se a gente não sabe sobre desenvolvimento normal, . . . de que forma tá se inserindo aquele bebê naquela família, o que funcionou e funciona naquela família (P4).

Eu acho que primeiro é a Psicologia do Desenvolvimento, porque a gente trata com crianças muito pequenas e que a gente tem que ter . . . muito presente as questões do desenvolvimento, pra poder primeiro fazer uma boa avaliação. Depois a gente tem que entender muito sobre as questões do vínculo, dessas interações iniciais . . . e a gente tem que ter muito a noção da técnica, porque o atendimento na psicoterapia pais-bebê é completamente diferente de uma psicoterapia individual em que tu chama a mãe pra uma sessão, por exemplo. Então tem que saber como te portar, o que tu vai falar, de que forma tu vai interpretar . . . tem que estudar todos os fundamentos da teoria e da técnica (P7).

Especificidades da atuação profissional do psicoterapeuta pais-bebê

Com relação às características do contrato terapêutico, foram mencionados o tempo médio de duração do tratamento, o número de sessões de avaliação, a duração e a frequência das sessões, as pessoas que comumente estão presentes no *setting* e a maneira como o trabalho acontece, de acordo com a experiência das entrevistadas. O tempo de tratamento foi apontado como sendo de 3 a 12 meses. A duração das sessões costuma variar de 45 a 60 minutos, e a frequência, em geral, é semanal, embora a frequência de duas vezes por semana possa ser proposta, conforme o caso. Para a avaliação inicial, costumam ser destinadas de 3 a 8 sessões.

A dupla mãe-bebê está normalmente presente no *setting* terapêutico. As entrevistadas relataram dificuldades para contar com a participação paterna, embora reconheçam a sua importância. Algumas vezes, conforme a necessidade, outras pessoas que possuem vínculo com a criança são convidadas a participar (avós, irmãos, babá). Além disso, em locais de formação e extensão universitária, é comum a presença de dois terapeutas (coterapia).

O atendimento conjunto pais-bebê foi citado como um dos principais diferenciais da técnica, o que exige estar atenta ao discurso dos pais e às

comunicações do bebê concomitantemente, dividindo a atenção entre todos os presentes no *setting*; observar as interações e a forma como os vínculos se constituem; e estabelecer um contrato terapêutico que explicita o modo como a psicoterapia acontecerá, isto é, com enfoque nos vínculos. A técnica de falar pelo bebê foi citada pelas participantes, a qual permite a instalação de um processo de comunicação pais-bebê. A partir disso, muitas vezes o terapeuta auxilia os pais a fazerem a leitura das expressões do bebê. Também existe a necessidade de considerar a linguagem não-verbal presente continuamente nos atendimentos, em associação à linguagem verbal. Os assinalamentos costumam ser usados para pontuar o que ocorre no aqui-agora da sessão. Segundo as entrevistadas, é preciso ter cautela com as interpretações, pois as defesas dos cuidadores estão mais frágeis, devido ao momento vivenciado: “*O que a gente busca é entender a experiência emocional que acontece na sessão e ir descrevendo essa experiência . . . muito mais do que interpretando, do que buscando causas*” (P8).

Desse trabalho do aqui-agora, da coisa que tá acontecendo. . . . o papel do psicoterapeuta de bebês é botar legendas em imagens. Eu adoro esse termo, porque eu acho que é justamente isso: é tu poder ajudar a instalar um processo de comunicação, eu acho que esse é o principal artefato do terapeuta (P4).

No individual tu vai observar o brinquedo daquela criança, e nos bebês, como tem os pais junto, tu vais observar a interação deles com os pais (P5).

Uma das coisas que é o falar pelo bebê, que a gente faz pegando as coisas que são difíceis, tem um outro efeito. Assim, ao invés de tu dizer “Oh, quem sabe teu filho tá pensando em tal coisa?”, de falar com uma voz diferente, como se fosse o bebê (P6).

Eu acho que o próprio atendimento em conjunto é uma particularidade. O fato, assim, de tu ter que tá preparada pra trabalhar com essa dinâmica, que é diferente e que a gente de alguma forma participa mais, mas de fora . . . Eu acho que isso ajuda muito a gente a entender os conflitos, a serviço de que está a sintomatologia da criança . . . porque se formou aquele entrave no vínculo (P7).

As participantes ressaltaram a importância do trabalho com o corpo nessa modalidade de tratamento:

A gente senta no chão, a gente brinca, a gente se envolve com o corpo também de um jeito diferente, então é um setting muito diferente. . . Mantém neutralidade, mas de um outro jeito, com o corpo mais presente (P4).

O meu movimento, o corpo é usado de uma forma diferente, o corpo do terapeuta. Os bebês sentam no nosso colo, eles vêm pra cima, eles botam o dedo no olho, eles usam o nosso corpo também e a gente também tem que poder, ao mesmo tempo que estabelece o limite, poder ter essa flexibilidade. Porque a gente tá com um bebê e a forma como o bebê se comunica muitas vezes é tocando, é. . . ele manifesta corporalmente e explora também o nosso corpo (P10).

O ambiente também precisa ser adaptado para os bebês. As participantes ressaltaram a relevância de ter um piso emborrachado ou tatame, para que o bebê possa ser colocado no chão para brincar e se locomover, bem como brinquedos adequados para a faixa etária:

Tu tá vendo os brinquedos que são em comum e tem até aquela cadeira ali, porque quando eu tô atendendo, por exemplo, a mãe com o bebê, a mãe pode ficar ali confortavelmente sentada. Tem esse piso emborrachadinho ali pro bebê, tem brinquedos que são próprios pra criança pequena (P3).

Sobre as características da clientela atendida, as entrevistadas mencionaram a idade dos bebês que costumam chegar para atendimento, o tipo de configuração familiar, a classe social do público que busca atendimento e as principais queixas iniciais. Conforme o depoimento delas, dificilmente bebês com menos de um ano são encaminhados para atendimento; predomina a idade de um a dois anos. Em geral são famílias cujos pais mantêm um relacionamento conjugal que buscam atendimento, o que não impede que, no decorrer do processo terapêutico, alguns casais se separem. Boa parte das entrevistadas costuma receber famílias de classe média, o que, segundo elas, pode estar relacionado ao fato de o atendimento ser privado (em consultório) em contraponto a serviços de saúde pública ou instituições de formação: “O que menos vem são os bem pequenininhos. Vem mais, pelo menos dentro da

minha prática. . . quando eles já tão maiorzinhos, assim, por volta dos dois anos” (P1); “Problemas pais-bebês vão acontecer em qualquer classe social e econômica. Claro que no consultório particular chegam mais pacientes em condição econômica, que possam pagar uma terapia particular” (P9); “Não acho que tenha um perfil familiar específico, talvez tenha um... existam momentos familiares de mais vulnerabilidade” (P10); “Eu acho que predominantemente famílias nucleares. . . Eu acho que, quando chegam aqui ainda tão, são famílias que tão unidas, enfim, mais pra frente, às vezes, a gente sabe que se encaminha pra uma separação ou alguma coisa assim” (P2).

As queixas mais frequentes de busca de atendimento, na fala das participantes, estavam relacionadas a distúrbios regulatórios de sono e de alimentação, distúrbios comportamentais, atrasos no desenvolvimento (principalmente na aquisição da linguagem), agressividade e suspeita de autismo. A busca de atendimento é motivada pela não identificação prévia de causas orgânicas que expliquem a presença desses sintomas nos bebês. Da parte dos pais, foram destacadas dificuldades no manejo com a criança, como rigidez ou expectativas excessivas em relação ao bebê, além de depressão materna e problemas conjugais ou familiares. Observou-se uma mudança nas queixas ao longo dos anos, embora sigam relacionadas a dificuldades na relação pais-bebê:

Geralmente, quando vem pra atendimento, buscam sinalizando alguma dificuldade no bebê e aí, durante a avaliação, durante o tratamento, vai se percebendo que tem a ver com questões da dupla ou da tríade... alguma coisa naquela relação que não tá bem... Pensando em alguns sintomas, assim, que geralmente aparecem: bebês com transtorno de sono, com questões voltadas pra alimentação. Às vezes vem queixas, assim, que o pediatra não conseguiu dar conta; as famílias buscaram pensando que era alguma coisa de origem orgânica, aí se viu que não, depois de muito investigar, que podia ter alguma coisa emocional e aí vem. Mas, por outro lado, também já atendi casos que a mãe tava deprimida, que a mãe tava com alguma questão relacionada à maternidade: ou depressão pós parto, ou dificuldade de se vincular com o bebê. Às vezes vem por questões de conflitos conjugais e aí tu vê que tá afetando o bebê (P1).

O que eu mais recebi foi casos, assim, de agressividade, de dificuldade dos pais de lidarem com a criança, de chegada de irmão... Tive casos de depressão materna, que aí também tava... foi avaliado o quanto tinha que ser olhado o vínculo do bebê . . . Chega muita questão de dificuldade no manejo com a criança, não tipo um sintoma (P6).

Um tema que emergiu na análise das entrevistas foi a interação da psicoterapia pais-bebê com as demais áreas de conhecimento. Esse tema se referiu à forma como as participantes avaliam o conhecimento da existência da psicoterapia pais-bebê por outros colegas da Psicologia ou Psiquiatria que não atuam nessa área e por profissionais de outras áreas da saúde que trabalham com bebês. Incluiu também a dinâmica de encaminhamentos dos pacientes – de quais profissionais costumam receber encaminhamentos e para quais encaminham. Segundo as entrevistadas, poucos profissionais conhecem essa modalidade de psicoterapia, tanto na área de saúde mental quanto em outras áreas da saúde, sendo necessária uma maior divulgação. Foram apontadas reações de surpresa e curiosidade de leigos e profissionais em relação ao atendimento pais-bebê. Devido ao desconhecimento de como funciona essa modalidade terapêutica, as pessoas tendem a pensar que se assemelha ao tratamento com pacientes de outras faixas etárias. O desconhecimento dos problemas emocionais da primeira infância também contribuiu para essa incompreensão.

Entretanto, algumas entrevistadas consideraram que colegas de outras especialidades, como Fonoaudiologia e Pediatria, costumam ser mais atentos às possíveis complicações emocionais dos bebês, ainda que isso não seja uma unanimidade: *“Ficam muito surpresos: ‘Como? Mas tão pequenininho! Como que tu vais fazer? Põe no divã? Não põe no divã? Interpreta ou não interpreta?” (P8).*

É raso, o conhecimento. . . Quando eu vou, por exemplo, dar alguma aula na [universidade], que eu falo, as pessoas sequer sabem que existe, não tem divulgação de trabalho, não faz parte de nenhum currículo da graduação, a gente não vê nada sobre isso. Na pós-graduação menos ainda, e os próprios colegas desconhecem. Quando a gente fala: “Ah, eu atendo conjuntamente”, eles não têm a noção do que é o trabalho (P7).

Quanto à dinâmica dos encaminhamentos, as psicoterapeutas relataram valorizar o trabalho conjunto com outros profissionais, sobretudo para descartar possíveis causas orgânicas/fisiológicas dos sintomas do bebê, quando isso ainda não tenha sido feito. Contam com neurologistas, fonoaudiólogos, psiquiatras, pediatras, geneticistas e psicólogos que realizam avaliação psicológica. Todas mencionaram o encaminhamento dos pais para tratamento psicoterápico individual, quando há indicação, ou para a terapia de casal. Já quanto aos encaminhamentos recebidos, estes costumam ser feitos por colegas da Psicologia e Psiquiatria que conhecem o trabalho das profissionais com esse público, além de pediatras, ex-pacientes e escolas de Educação Infantil:

São feitos por escolas, neurologistas, pediatras, algumas vezes por outras pessoas que já atendi, que tenham a referência, por amigos, digamos. Mas a grande maioria das vezes é neurologista, pediatra, fonoaudiólogo, escola e colegas da nossa área, da área psi, psiquiatras e psicólogos. Em geral profissionais de áreas afins, terapeuta ocupacional, o pessoal, assim de áreas afins e escolas (P10).

Sobre as vantagens, facilidades e potencialidades do atendimento psicoterapêutico pais-bebê, as participantes mencionaram os resultados rápidos e a prevenção de complicações futuras. O momento inicial do desenvolvimento do bebê, de constituição das famílias, dos vínculos e dos papéis parentais foi apontado como facilitador do processo terapêutico, visto que é um momento sensível para todos os familiares. As mães, particularmente, estão mais acessíveis e receptivas ao atendimento, o que estabelece um grande potencial para a mudança. Além disso, a possibilidade de ver e intervir enquanto as interações estão acontecendo foi indicada como fator potencializador de bons resultados:

Existe muita plasticidade e esse é um dos motivos pelos quais a psicoterapia pais-bebês ou intervenções precoces funciona, pela plasticidade mental da mãe nesses momentos, assim, que são os primeiros anos do bebê. Pelo próprio sistema parental que tá num processo de mudança. E pelo próprio bebê, que é uma criança que tá em formação, não tem nada muito estruturado ainda . . . por ser um tratamento, um tipo de psicoterapia preven-

tiva . . . A outra questão é o tempo, que geralmente são terapias mais breves (P3).

O momento da sessão, eu penso que ele é muito mais intenso e muito mais próximo da realidade. Na psicoterapia individual, tu trabalha, tu tem uma noção da realidade, mas a criança vai sair dali e vai entrar na realidade dela. Como ela vai lidar? A gente tem hipóteses. Na psicoterapia pais-bebê tu vê isso acontecendo, então tu consegue ajudar exatamente no momento que talvez se crie um nó. E é muito mais rápida (P7).

Já dentre as dificuldades e desafios desse campo de atuação, as entrevistadas mencionaram o desconhecimento sobre essa modalidade psicoterápica como um obstáculo para os encaminhamentos, impedindo que bebês com indicação possam ser atendidos. Segundo elas, a dificuldade dos pais de perceber e aceitar que o sintoma que o bebê apresenta pode estar conectado com problemas na relação da díade/tríade seria também um desafio. Nesse sentido, é preciso trabalhar a motivação e o entendimento da indicação e do processo terapêutico, para que a família consiga dar continuidade aos atendimentos. Ainda, foi citada como dificuldade a necessidade de conciliar os horários dos familiares, o que exige flexibilidade.

Estar atento ao que acontece durante a sessão na presença de mais pacientes e aos sentimentos contratransferenciais despertados por eles foi mencionado enquanto um desafio também, e, particularmente, ver um bebê desassistido pode despertar angústias e mobilizar o terapeuta, o que foi considerado como possível dificuldade para o profissional. Nessa direção, lidar com a fragilidade e a sensibilidade do desenvolvimento inicial foi considerado desafiador:

Dificuldade eu acho que é com essa questão, assim, da própria sensibilidade, de fragilidade psíquica e quanto o terapeuta tem que ter cuidado. E, realmente, assim, ficar muito seguro pra trabalhar com pais e bebês, justamente pela regressão que toma conta do setting (P3).

É uma intervenção da dupla, mas os pais vêm buscar ajuda pra criança, então, assim, leva um tempo até eles entenderem que eles também são parte do tratamento e não são . . . tu precisa que

eles aos poucos se deem conta de que tu também tá ali pensando neles e que tu também precisa falar sobre eles, mas tem um limite pra isso (P8).

Características necessárias à atuação do psicoterapeuta pais-bebê

Diante das especificidades dessa modalidade psicoterápica, as entrevistadas mencionaram algumas características pessoais importantes. Gostar de trabalhar com bebês foi apontado como fundamental, bem como a identificação com a técnica utilizada. A sensibilidade, tanto para se conectar e perceber comunicações não-verbais e inconscientes, quanto para estar atento à contratransferência, também foi mencionada. Ainda, segundo as entrevistadas, é preciso ter disponibilidade física e afetiva, flexibilidade interna e em relação à técnica e empatia para com o sofrimento de pais e bebês, características que podem ser desenvolvidas com a análise pessoal:

Eu acho que tem que tá muito identificada com essa... com esse público . . . acho que tem que empatizar muito, assim, com o momento muito sensível assim que as mães estão... lidando com a maternidade, lidando com esse momento também muito inicial da vida de um ser humano (P1).

Muita tolerância, disponibilidade afetiva e disponibilidade, inclusive, física. Porque tem pessoas que não gostam de sentar ao chão ou que não gostam de se sujar, ou que se importam muito até com as coisas que tem na sala. E quanto menor a criança, mais ativa ela vai ser, menos ela tem a palavra e muito mais é um jogo corporal que acontece . . . A gente tem que ter muita disponibilidade, porque o tratamento é mais complexo . . . Gostar de atender criança é fundamental, se identificar com esse tipo de trabalho (P7).

Já no que concerne às características técnicas, as participantes mencionaram a necessidade de o psicoterapeuta possuir uma formação voltada para a primeira infância e experiência prática na área. A importância da formação em Observação da Relação Mãe-Bebê pelo método Bick e do tripé psicanalítico, que envolve supervisão, estudos teóricos e análise pessoal (Freud, 1914/1980), foram destacadas como necessárias para a atuação na área:

Uma das particularidades eu acho que é a formação do terapeuta. Eu acho que tem uma formação diferenciada, que tem que ter tudo isso que a gente conversou, desde a observação de bebês, uma boa base teórica pra ti entender o que tá acontecendo, que é diferente, faixa etária, dos vínculos. O próprio terapeuta se tratar, pelo que eu coloquei, também, é um trabalho que mobiliza muito as emoções do terapeuta (P3).

Existe um tripé na Psicanálise, que é a análise pessoal, a supervisão e a teoria. Com certeza, número um é o nosso próprio entendimento de nós mesmos, a gente introjetar essa função continente, também, da análise . . . E o conhecimento teórico, que te dá tranquilidade pra trabalhar (P9).

Discussão

Perfil de profissionais que atuam como psicoterapeutas pais-bebê em Porto Alegre

Características sociodemográficas e de formação

Os achados do presente estudo demonstraram que as psicoterapeutas entrevistadas, em geral, tinham formação em nível de graduação em Psicologia e formaram-se nesse ofício psicoterápico de modo informal, por meio da busca de conhecimentos que consideraram essenciais para a atuação na área. O treinamento em Observação da Relação Mãe-Bebê pelo método de Esther Bick (1963) foi um ponto em comum na trajetória de formação das participantes. Esse método é uma ferramenta importante para o desenvolvimento de características técnicas necessárias à atuação do psicoterapeuta psicanalítico, tais como sensibilidade para comunicações, receptividade e capacidade de continência (Oliveira-Menegotto, Lopes, & Caron, 2010), as quais foram destacadas como necessárias ao psicoterapeuta pais-bebê pelas entrevistadas.

A aproximação das participantes com a área se deu por meio do interesse pelo estudo do desenvolvimento humano, pelo trabalho com crianças pequenas e pela identificação com a psicologia clínica, áreas de atuação e estudo dos principais autores da área (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). As profissionais citaram diferentes conhecimentos teóricos que embasam o seu trabalho na clínica com bebês, buscados, como

mencionado, de modo informal, a partir de cursos, grupos de estudo, formações que tangenciavam a atuação na área etc. Nesse sentido, Golse (2004) discutiu sobre a importância de o psicoterapeuta estar aberto aos mais variados conhecimentos teóricos e científicos relacionados ao desenvolvimento de bebês ao trabalhar com esse público, como genética, cognição e neurociência, o que foi sinalizado pelas participantes.

Esses achados demonstraram que essa modalidade terapêutica não constou nos currículos de graduação em Psicologia, assim como, no momento de sua formação, não havia cursos de pós-graduação estruturados exclusivamente sobre essa técnica. Atualmente, a realidade não parece ser muito diferente no que tange à graduação no Rio Grande do Sul, pois não constam nos currículos disciplinas específicas sobre o tema, que também não costuma ser abordado em disciplinas de Técnicas Psicoterápicas ou de Psicanálise. Já no âmbito de pós-graduação, na cidade de Porto Alegre, apenas duas instituições oferecem, atualmente, cursos de aperfeiçoamento ou especialização na área, demonstrando a falta de locais e possibilidades de formação para quem se interessar por essa modalidade terapêutica.

Interessante observar que todas as entrevistadas, embora já com um tempo considerável de prática na área, não conseguiam atuar exclusivamente com esse público, dividindo-se na atuação com outras faixas etárias ou mesmo em outros locais e campos de prática ou formação clínica. Em conjunto, esses resultados apontam uma lacuna na formação em Psicologia no país, que contribui para o pequeno número de profissionais especializados nesse tipo de atuação, o que, por sua vez, não consolida e nem dissemina a existência desse tipo de serviço para o público em geral ou mesmo para profissionais de outras áreas, dificultando encaminhamentos, por exemplo. Esse cenário pode explicar a impossibilidade de as entrevistadas conseguirem dedicar-se exclusivamente à atuação como psicoterapeutas pais-bebê, para além de um desejo de atuar em outras modalidades terapêuticas ou profissionais dentro da Psicologia.

De fato, foi apontado por elas o desconhecimento dessa modalidade psicoterapêutica até mesmo por profissionais psicólogos, o que reforça a importância da abordagem desse tema na formação em Psicologia. Também não foram encontrados estudos nacionais e internacionais com enfoque na formação do psicoterapeuta pais-bebê. Essa modalidade terapêutica tem

evolução rápida e demonstra ser efetiva (Azevedo, 2016; Brum & Gomes, 2017; Feliciano & Souza, 2011; Fonagy et al., 2016; Frizzo, 2008; Gomes et al., 2009; Oliveira et al., 2019; Schwengber et al., 2009; Stern, 1997), podendo ser considerada uma atuação em nível preventivo em termos de saúde pública (Lunardelli-Jacinto, Kupfer, & Vanier, 2017; Oliveira et al., 2019; Zalberg & Cilurzo Neto, 2018), o que parece bastante vantajoso no âmbito da saúde mental, considerando os custos de tratamentos remediativos posteriores, mesmo aqueles iniciados ainda na infância.

Características e especificidades deste campo de atuação profissional

Quanto aos princípios técnicos da psicoterapia pais-bebê, os achados do presente estudo concordam com a literatura quanto à duração e frequência das sessões, duração do tratamento etc. (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Cramer, 1999). Os assinalamentos, interpretações e outras intervenções verbais do terapeuta, mencionadas pelas entrevistadas, se assemelham àquelas realizadas no atendimento de outras faixas etárias (Brum, Gomes, & Piccinini, 2018), com exceção da técnica de “falar pelo bebê”, um diferencial deste tipo de atuação. Trata-se de uma intervenção de encenação, que engloba tanto falar com os pais como se fosse o bebê, quanto falar com os pais dirigindo-se ao bebê, visando desenvolver maior sensibilidade dos pais frente às comunicações do filho (Brum et al., 2018).

Os rápidos resultados alcançados com a PPB referidos pelas entrevistadas também foram descritos por autores da área (por exemplo, Stern, 1997). Cramer e Palacio-Espasa (1993) destacaram que, além das intervenções do terapeuta e da elaboração dos conflitos não simbolizados, a PPB, ao delimitar o foco das mudanças terapêuticas à relação pais-bebê, oferece a possibilidade de modificação nas representações parentais sobre o bebê, transformando, assim, as interações e os investimentos deles sobre o filho, o que explica em parte essa rapidez dos resultados. O momento sensível em que as mães se encontram nos primeiros anos após o nascimento dos filhos é um aspecto importante para os resultados da PPB (Cramer & Palacio Espasa, 1993; Stern, 1997), o que também foi apontado pelas entrevistadas. Tornar-se pai/mãe é um acontecimento altamente complexo, que exige uma série de reorganizações psíquicas e sociais, constituindo-se como uma das mudanças mais difíceis do ciclo vital (Carter &

McGoldrick, 1995). As participantes citaram esses fatores como facilitadores do processo terapêutico, por possibilitarem maior abertura para o tratamento, potencializando os resultados. Entretanto, salientaram que podem representar um desafio, em razão de ser um momento de vulnerabilidade familiar, o que exige do psicoterapeuta cuidado e sensibilidade.

A literatura aponta o foco na relação pais-bebê enquanto um desafio para o psicoterapeuta (Silva et al., 2017), assim como mencionado pelas participantes, pela necessidade de atenção compartilhada das comunicações de todos os atores presentes no *setting*. Desta forma, é preciso sensibilidade para incluir e escutar todos os envolvidos no processo terapêutico (Silva et al., 2017).

Assim como indicado pelas entrevistadas, a literatura aponta como diminuta a participação dos pais nos atendimentos, sendo essa, majoritariamente, uma intervenção realizada com mães e bebês (Oliveira et al., 2019). Apesar disso, a figura paterna (e sua presença) é valorizada pelos teóricos da PPB (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Lebovici, 1987). Uma hipótese possível para essa realidade é a de que, mesmo com todas as mudanças e reorganizações familiares dos últimos tempos, o que inclui um maior envolvimento paterno nas atividades de cuidado, a saúde do bebê ainda tem sido um foco de cuidado predominantemente materno (Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes, & Tudge, 2012).

Para além do tratamento de algo que não está bem, a PPB é descrita na literatura como preventiva de complicações futuras, pela intervenção precoce, isto é, no momento de construção das bases do psiquismo do bebê (Lunardelli-Jacinto et al., 2017; Oliveira et al., 2019; Zalberg & Cilurzo Neto, 2018). Isso foi descrito pelas participantes como um fator de motivação para a atuação na área.

Normalmente, a demanda inicial para ingresso no tratamento se dá por meio de um sintoma no bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993), a qual, ao longo das sessões de avaliação, transforma-se em uma demanda do vínculo (Schwochow, Pedrotti, Mallmann, Silva, & Frizzo, 2019). Estudo recente apontou que as queixas iniciais mais frequentes estão relacionadas a dificuldades na interação e no vínculo mãe-bebê, comportamento agressivo do bebê, segundo a perspectiva dos pais, e suspeita de autismo. Em menor frequência constam dificuldades de sono do bebê e atraso no desenvolvimento da fala, além de

conflitos familiares influenciando na relação com o bebê e depressão pós-parto (Schwochow et al., 2019). Estudo anterior apontou como demandas iniciais mais frequentes comportamento agressivo e problemas de atenção/agitação do bebê (Recktenvald, Mallmann, Schmidt, Fiorini, & Cappellari, 2016). Ressalta-se que, em ambos os estudos, os dados analisados eram provenientes da clientela de instituições de atendimento e formação. Mesmo trabalhando com um público distinto, os depoimentos das entrevistadas concordam em parte com a literatura.

Cabe destacar que a atuação profissional das participantes acontece, sobretudo, em consultório privado, o que representa uma limitação às famílias que possuem condições de arcar com o pagamento de um tratamento. Sendo assim, nota-se que, ainda hoje, uma grande parcela da população fica sem acesso a essa possibilidade de intervenção. Embora a literatura aponte a psicoterapia pais-bebê como viável e relevante em casos de nascimento prematuro e dificuldade de vinculação dos pais com o bebê no contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (Schaefer & Donelli, 2017), nenhuma participante do estudo atuava em hospitais ou na Atenção Primária à Saúde (APS), por exemplo.

Ainda quanto ao perfil da clientela, aponta-se que os bebês costumam chegar para atendimento com mais de dois anos e, em geral, residem com ambos os pais (Recktenvald et al., 2016), o que também tem ocorrido na prática das entrevistadas. Como mencionado, esse tipo de perfil pode estar enviesado devido ao tipo e ao local de atuação destas profissionais.

No que se refere aos encaminhamentos, um estudo indicou serem, em geral, realizados por profissionais da saúde, especialmente médicos e psicólogos, sendo as escolas a segunda maior fonte de encaminhamento (Recktenvald et al., 2016), panorama similar ao do presente estudo. Em relação a isso, cabe recordar que a Lei nº 13.257, que trata dos princípios e diretrizes para a formulação e implantação de políticas públicas para a primeira infância, embora ainda recente, constitui-se como importante marco regulatório. Esta lei determina que profissionais que atuam frequentemente com crianças de zero a seis anos recebam formação adequada e estejam atentos a sinais de risco para o desenvolvimento psíquico. Alinhado a essa legislação, a Caderneta de Saúde da Criança (Ministério da Saúde, 2020) inclui um instrumento de vigilância do desenvolvimento para crianças de zero a seis anos

que contém, além de marcos do desenvolvimento para cada idade, classificação de risco e condutas a serem tomadas pelo profissional de saúde. Como os pediatras são os primeiros profissionais a serem acionados quando algo não está bem com o bebê, e o ambiente escolar faz parte da rotina diária de bebês e famílias, é importante que estes profissionais e instituições estejam atentos a possíveis problemas emocionais dos bebês, para indicar avaliação e tratamento. Contudo, o desconhecimento da existência de uma abordagem terapêutica para o atendimento de crianças pequenas foi identificado pelas participantes, demonstrando ser um obstáculo a ser superado com a maior divulgação desse ofício. Esse desconhecimento também pode contribuir para explicar por que razão as entrevistadas costumam receber bebês de dois anos de idade para atendimento (e não antes disso).

De forma geral, os achados deste estudo estão de acordo com as informações técnicas e teóricas documentadas na literatura, provavelmente pela formação teórica extensa e qualificada das participantes. Além disso, essa formação, para a maioria delas, tem sido complementada por uma expressiva inserção em pesquisas na área, o que tende a contribuir para ampliar e valorizar essa modalidade de atuação profissional, que ainda carece de maior divulgação, investimento e formalização dos órgãos formadores e de classe.

Considerações finais

Este estudo investigou o perfil de profissionais que atuam como psicoterapeutas pais-bebês em Porto Alegre, assim como as características e especificidades dessa prática profissional. Constatou-se que as psicoterapeutas atuavam de acordo com as diretrizes teóricas e técnicas vinculadas a essa prática profissional, demonstrando apropriação teórica, domínio e experiência técnica e pensamento crítico e reflexivo em relação ao seu fazer. Suas trajetórias demonstraram a descoberta tardia desse campo de atuação (em geral, após a graduação) e um percurso mais individual e não estruturado de formação, na tentativa de fundamentar teoricamente a atuação técnica por conhecimentos específicos e correlatos. Intervir de forma precoce foi ressaltado como o principal fator de motivação para o trabalho com esse público.

O local de atuação das participantes provavelmente influenciou no perfil dos clientes encontrados no presente estudo (em geral, de bebês entre um e dois anos de idade, provenientes de famílias nucleares e de

classe média, com queixas que englobam sintomas psicofuncionais, distúrbios de comportamento, atrasos no desenvolvimento, dificuldade de manejo do bebê pelos pais e depressão materna). Foi destacada a necessidade de maior divulgação dessa modalidade terapêutica, visto que poucos profissionais têm conhecimento da PPB na cidade de Porto Alegre e uma grande parcela da população acaba por não acessar esse tipo de serviço, já que não existe disponibilidade desse tipo de intervenção no âmbito da saúde pública na cidade, por exemplo.

Diante das lacunas encontradas na formação em Psicologia e na literatura científica em geral, este trabalho representa uma importante contribuição, ao retratar quem são, como se formaram e como atuam psicoterapeutas pais-bebê na cidade de Porto Alegre. Cabe destacar a importância do aprofundamento do tema em estudos futuros, já que a realidade investigada

é circunscrita à cidade de Porto Alegre e ao contexto de atendimentos em consultório particular. Sugere-se a realização de estudos para investigar a atuação de psicoterapeutas pais-bebês em diferentes estados brasileiros, para verificar a existência de cenários diversos de práticas, como hospitais e APS do Sistema Único de Saúde (SUS), ou mesmo de modalidades teórico-técnicas diferentes (não embasadas psicanaliticamente).

Entende-se que é preciso ampliar a visibilidade desse campo de atuação entre profissionais e público em geral, bem como a estruturação de cursos de formação específicos para a atuação nessa modalidade psicoterapêutica, considerando as suas particularidades e desafios. Esta investigação serviu para reforçar a constatação de que a psicoterapia pais-bebê é um campo de atuação potente clinicamente, passível de ampliação para diferentes contextos de saúde e diferentes públicos.

Referências

- Azevedo, E. C. (2016). *Depressão pós-parto e sintomas psicofuncionais do bebê: Estudo de um caso de psicoterapia mãe-bebê em grupo* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul].
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Bick, E. (1963). Notes on infant observation in psycho-analytic training. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 558-566.
- Brum, E. H. M. D., & Gomes, A. G. (2017). Só ele me interessa! Aspectos simbióticos durante uma psicoterapia pais-bebê. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 17(1), 69-76. <http://dx.doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v17n1p69-76>
- Brum, E. H. M., Gomes, A. G., & Piccinini, C. A. (2018). Proposta para análise da psicoterapia pais-bebê: Evidências de dois casos. *Psico*, 49(3), 304-316. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2018.3.28329>
- Caron, N. A. (2000). *A relação pais-bebê: Da observação à clínica*. Casa do Psicólogo.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. Artmed.
- Conselho Nacional de Saúde. (2016). *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
- Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre pesquisas com seres humanos. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Cramer, B. G., & Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe/bebê*. Artes Médicas.
- Cramer, B. (1999). Técnica das terapias breves pais/crianças pequenas. In A. Guedeney & S. Lebovici (Orgs.), *Intervenções psicoterápicas pais/bebê* (pp. 91-99). Artes Médicas.
- Eliacheff, C., & Goldfeder, S. (1995). *Corpos que gritam: A psicanálise com bebês*. Ática.
- Feliciano, D. D. S., & Souza, A. S. L. D. (2011). Para além do seio: Uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebê a partir de dificuldades na amamentação. *Jornal de Psicanálise*, 44(81), 145-161.
- Fonagy, P., Slead, M., & Baradon, T. (2016). Randomized controlled trial of parent-infant psychotherapy for parents with mental health problems and young infants. *Infant mental health journal*, 37(2), 97-114. <https://doi.org/10.1002/imhj.21553>

- Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: Proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 388-394. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1994). Fantasmas no quarto do bebê: Uma abordagem psicanalítica dos problemas que entravam a relação mãe-bebê. *Revista do CEAPIA*, 7(7), 12-34.
- Freud, S. (1980). A história do movimento psicanalítico. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 14, pp. 12-82). Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Frizzo, G. B. (2008). *Contribuições da psicoterapia breve pais-bebê para a conjugalidade e para a parentalidade em contexto de depressão pós-parto* [Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul].
- Gil, A. C. (2010). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa* (5ª ed.). Atlas.
- Golse, B. (2008). Las psicoterapias conjuntas padre-madre-(padres)-bebê: ¿Conquista o viaje a la deriva? *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 37(1), 63-77.
- Golse, B. (2004). O bebê, seu corpo e sua psique: Explorações e promessas de um novo mundo (apego, psicanálise e psiquiatria perinatal). In R. O. de Aragão (Ed.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 15-40). Casa do Psicólogo.
- Gomes, A. G., Piccinini, C. A., & Prado, L. C. (2009). Psicoterapia pais-bebê no contexto de malformação do bebê: Repercussões no olhar da mãe acerca do desenvolvimento do bebê. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(2), 95-104. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000200003>
- Jerusalinsky, J. (2008). Clínica interdisciplinar com bebês: Qual a importância clínica de considerar a especificidade desse campo. In M. Wajntal (Org.). *Clínica com crianças: enlaces e desenlaces* (pp. 30-50). Casa do Psicólogo.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Artes Médicas.
- Lei nº 13.257, de 8 de março 2016. (2016). Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm
- Lunardelli-Jacinto, A. F., Kupfer, M. C. M., & Vanier, A. (2017). A posição do psicanalista em um espaço de acolhimento para pequenas crianças e seus pais: Da sustentação simbólica à constituição subjetiva. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 20(4), 673-685. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n4p673.4>
- Maltz, R. S. (2004). Terapia das relações primitivas pais-bebê: Um modelo de aplicação do método Bick de observação. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 6(3), 289-300.
- Ministério da Saúde. (2020). *Caderneta de saúde da criança* (12ª ed.). Ministério da Saúde.
- Oliveira, L. T. D., Donelli, T. M. S., & Reuse, B. (2019). Psicoterapia pais-bebê: Uma revisão sistemática de literatura. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(1), 109-123. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i1.629>
- Oliveira-Menegotto, L. M. D., Lopes, R. C. S., & Caron, N. A. (2010). O método Bick de observação da relação mãe-bebê: Aspectos clínicos. *Psicologia Clínica*, 22(1), 39-55. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652010000100003>
- Piccinini, C. A., Silva, M. R., Gonçalves, T. R., Lopes, R. D. C. S., & Tudge, J. (2012). Envolvimento paterno aos três meses de vida do bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(3), 303-314. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722012000300006>
- Pinto, E. B. (2004). Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 451-457. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300007>
- Prado, L. C., Gomes, A. G., Frizzo, G. B., Alfaya, C. A. S., Schwengber, D. D. S., Lopes, R. S., & Piccinini, C. A. (2009). Psicoterapia breve pais-bebê: Revisando a literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3 supl), 1-13. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000400008>
- Recktenvald, K., Mallmann, M. Y., Schmidt, F. M. D., Fiorini, G. P., & Cappellari, C. P. D. C. (2016). Caracterização da clientela de bebês em uma clínica-escola de psicoterapia psicanalítica. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 18(3), 15-30.
- Schaefer, M. P., & Donelli, T. M. S. (2016). Capacidade de mentalização materna e prematuridade: Repercussões de uma intervenção em UTIN. *Psicologia em Estudo*, 21(4), 617-627. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i4.31775>
- Schaefer, M. P., & Donelli, T. M. S. (2017). Psicoterapia mãe-bebê: Uma intervenção no contexto da prematuridade. *Contextos Clínicos*, 10(1), 33-47. <https://doi.org/10.4013/ctc.2017.101.03>

- Schermann, L. (2004). Psicoterapia infantil: Abordagem vincular. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 6(3), 317-324.
- Schwengber, D. D. D. S., Prado, L. C., & Piccinini, C. A. (2009). O impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para as representações acerca da maternidade no contexto da depressão. *Psico*, 40(3), 382-391.
- Schwochow, M. S., Pedrotti, B. G., Mallmann, M. Y., Silva, M. R., & Frizzo, G. B. (2019). Queixas iniciais no processo de psicoterapia pais-bebê. *Contextos Clínicos*, 12(2), 403-430. <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.122.02>
- Silva, M. R., Martins, P. G., Krinski, S. D. S., Gurski, R., & Ferrari, A. G. (2017). Sobre a transferência na clínica psicanalítica pais-bebê. *Psicologia Clínica*, 29(2), 193-208.
- Silva, M. R., Martins, P. G., & Lisbôa, R. (2016, setembro). *O corpo vivo do bebê e as suas experiências de comunicação na clínica* [Artigo apresentado]. Anais do Congresso de la Federación Psicoanalítica de América Latina – FEPAL, Cartagena, Colômbia.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade*. Artes Médicas.
- Wendland, J. (2001). A abordagem clínica das interações pais-bebê: Perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 45-56. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722001000100004>
- Zalcborg, T. M., & Cilurzo Neto, D. A. (2018). O espaço psicanalítico da clínica 0 a 3 anos: um mediador de desconstruções e transformações nas transmissões intergeracionais e transgeracionais em busca do desenvolvimento do psiquismo do bebê. *Jornal de Psicanálise*, 51(95), 135-149.

Karoline Lemos Schneider

Psicóloga (Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA), mestranda em Psicologia e Saúde (UFCSPA).

E-mail: psicokarolineschneider@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1653-9874>

Daniela Centenaro Levandowski

Psicóloga (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS). Doutora em Psicologia do Desenvolvimento (Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS), com Pós-Doutorado em Psicologia (PUCRS). Professora associada do Departamento de Psicologia (Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA). Professora do PPG Psicologia e Saúde e do PPG Ciências da Saúde (UFCSPA). Bolsista Produtividade em Pesquisa (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq).

E-mail: dclevandowski@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6338-7287>

Endereço para envio de correspondência:

Av. Santos Ferreira, 4330, bloco 2, apto. 608 – Estância Velha. CEP: 92030-138. Canoas – RS. Brasil.

Recebido 28/05/2020

Aceito 23/06/2021

Received 05/28/2020

Approved 06/23/2021

Recibido 28/05/2020

Aceptado 23/06/2021

Como citar: Schneider, K. L., & Levandowski, D. C. (2022). Perfil de psicoterapeutas pais-bebê de Porto Alegre: Formação e atuação profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-17. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003238803>

How to cite: Schneider, K. L., & Levandowski, D. C. (2022). Profile of parent-infant psychotherapists of Porto Alegre: Training and professional actuation. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-17. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003238803>

Cómo citar: Schneider, K. L., & Levandowski, D. C. (2022). Perfil de psicoterapeutas padres-bebés de Porto Alegre: Formación y actuación profesional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-17. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003238803>