



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

ANA PAULA DO PRADO

**SINTOMAS SOMÁTICOS FUNCIONAIS NA CRIANÇA E
ALEXITIMIA MATERNA**

BOTUCATU

2023



ANA PAULA DO PRADO

Sintomas somáticos funcionais na criança e alexitimia materna

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a Dr^a Flavia Helena Pereira Padovani

Botucatu

2023

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: MARIA CAROLINA A. CRUZ E SANTOS-CRB 8/10188

Prado, Ana Paula do.

Sintomas somáticos funcionais na criança e alexitimia
materna / Ana Paula do Prado. - Botucatu, 2023

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Flávia Helena Pereira Padovani

Capes: 40600009

1. Alexitimia. 2. Atenção primária à saúde. 3. Sintomas
Inexplicáveis.

Palavras-chave: Alexitimia; Atenção primária à saúde;
Sintomas somáticos funcionais.

Ana Paula do Prado

Sintomas somáticos funcionais na criança e alexitimia materna

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Profª Drª Flávia Helena Pereira Padovani

Comissão Examinadora

Profª Drª Flávia Helena Pereira Padovani
Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp

Profª Drª Gimol Benzaquen Perosa
Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp

Profª Drª Tagma Marina Schneider Donelli
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Unisinos

Botucatu, 11 de Dezembro de 2023.

*À minha gênica de cabelo,
com imenso carinho e profunda gratidão.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, que primeiro me nomearam e investiram, incentivaram a curiosidade e a criatividade para testar o mundo livremente e confiaram, mesmo inseguros, quando passei a falar por mim.

Aos meus avós e tios, pelo cuidado que se estendeu. Ao meu irmão e primos que tanto me ensinaram sobre a ambivalência dos afetos, agradeço pela parceria construída e mantida.

À Flavíssima, minha orientadora, agradeço por aceitar trabalhar comigo e por tudo que me ensinou, mas agradeço também, e acima de tudo, pelo acolhimento do choro e cuidado com as minhas fragilidades ao longo do processo, possibilitando que concluíssemos, juntas, a missão.

Agradeço às professoras Gimol e Tagma. Professora Gimol, por quem desenvolvi grande admiração ao longo do Aprimoramento Profissional. Professora Tagma pela delicadeza com que fez suas considerações e por toda oferta anterior de publicações, que nortearam boa parte deste trabalho.

Agradeço à Prof Cristiane Chiloff pela confiança e incentivo na minha primeira experiência no ensino e à Vanessa Paduan, pela compreensão que viabilizou minha dedicação a este trabalho.

Aos meus amigos agradeço pelo olhar cuidadoso, muitas vezes além do espelho, e por me permitirem alteridade. Resta ser breve, por dar graças individualmente sempre que sinto necessário.

Agradeço à Equipe Covid que no compartilhar das dores me mostraram que ainda existia beleza no mundo e que, então, valia a pena desejar. E aos meus colegas psicólogos do HCFMB, especialmente meus conterrâneos do SAMECA, que me mantém firme no desejo.

Ao meu amor Jorge Wesley agradeço pela companhia incansável, apesar de sonolenta. Te observar me faz achar um charme existir à nossa maneira.

Ao meu analista, pela escuta atenta e corte preciso.

À Unesp e ao SUS, pela resistência e luta coletiva.

*“Não existe essa coisa chamada bebê! não existe, na
verdade, sem a mãe que cuida dele”*

Donald Winnicott

RESUMO

PRADO, A. P. do. **Sintomas somáticos funcionais na criança e alexitimia materna**. 2023. 83 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2023.

Os sintomas somáticos funcionais se caracterizam como manifestações de natureza principalmente somática e do comportamento da criança, sem causa orgânica aparente. Especificamente em relação aos bebês e às crianças pequenas, período em que a capacidade de comunicação verbal é, ainda, limitada, o corpo é fonte privilegiada de comunicação não-verbal e a qualidade de interação entre mãe-bebê pode contribuir para o surgimento dos sintomas somáticos funcionais no início da vida. Dessa forma, para melhor compreensão dos sintomas somáticos funcionais infantis, é necessário considerar também características maternas, como a alexitimia. Sendo assim, o presente estudo teve por objetivo identificar os sintomas somáticos funcionais em crianças de 6 a 36 meses em acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS), indicadores de alexitimia materna e compreender de que maneira os sintomas somáticos são percebidos por mães com indicadores de alexitimia. Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal e abordagem quanti-qualitativa. Foi composta uma amostra de conveniência com 40 díades mãe-criança, tendo como critérios de inclusão: crianças com idade de 6 a 36 meses de idade, em seguimento pediátrico de rotina na Atenção Primária à Saúde (APS) e mães com 18 anos ou mais, que aceitaram participar do estudo, mediante assinatura do TCLE. Para a realização da pesquisa, foram aplicados os instrumentos: Questionário Sociodemográfico, elaborado para o estudo, Questionário de Sintomas Somáticos do Bebê, Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-26), em um único encontro, aproveitando a ida da mãe e da criança à unidade de saúde para acompanhamento pediátrico de rotina. Foram realizadas análises descritivas dos distúrbios de comportamento entre as crianças e de indicadores de alexitimia materna. Também foi realizado o estudo de casos múltiplos, considerando as díades cujas mães apresentaram escores indicativos de alexitimia. O estudo de casos múltiplos foi complementado com dados dos prontuários das crianças sobre queixas espontâneas, relatadas pela mãe ao longo do seguimento da criança. Os resultados apontam que a maioria das mães (95%) avalia de forma positiva a saúde geral do(a) filho(a), porém aproximadamente um terço delas (30%) avaliaram a qualidade do sono da criança como razoável ou ruim, seguida por avaliações negativas de respiração (25%), alimentação (22,5%), pele (20%), comportamento (15%) e digestão (10%). Das 40 mães entrevistadas, 10 (26,66%) apresentaram pontuação indicativa de alexitimia no TAS-26. O estudo de casos múltiplos apontou discrepâncias em relação às respostas ao instrumento fechado e o relato materno ao longo da entrevista e permitiu observar que as mães com indicadores de alexitimia apresentaram dificuldade em atribuir significado subjetivo aos sintomas de seus filhos, justificando-os a partir de causas concretas.

Palavras-chave: sintomas somáticos funcionais; alexitimia; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

PRADO, A. P. do. **Functional somatic symptoms in children and maternal alexithymia.** 2023. 83 f. Dissertation (Master 's in Public Health) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2023.

Functional somatic symptoms are characterized as manifestations of a mainly somatic nature and of the child's behavior, without an apparent organic cause. Specifically in relation to babies and young children, a period in which the capacity for verbal communication is still limited, the body is a privileged source of non-verbal communication and the quality of interaction between mother and baby can contribute to the emergence of symptoms functional somatics early in life. Therefore, to better understand children's functional somatic symptoms, it is also necessary to consider maternal characteristics, such as alexithymia. Therefore, the present study aimed to identify functional somatic symptoms in children aged 6 to 36 months being monitored in Primary Health Care (PHC), indicators of maternal alexithymia and understand how somatic symptoms are perceived by mothers with indicators of alexithymia. This is an observational, cross-sectional study with a quantitative-qualitative approach. A convenience sample was composed of 40 mother-child dyads, with the following inclusion criteria: children aged 6 to 36 months, undergoing routine pediatric follow-up in Primary Health Care (PHC) and mothers aged 18 years or older , who agreed to participate in the study, by signing the TCLE. To carry out the research, the following instruments were applied: Sociodemographic Questionnaire, prepared for the study, Baby Somatic Symptoms Questionnaire, Toronto Alexithymia Scale (TAS-26), in a single meeting, taking advantage of the mother and child's visit to the health unit for routine pediatric follow-up. Descriptive analyzes of behavioral disorders among children and indicators of maternal alexithymia were carried out. A multiple case study was also carried out, considering dyads whose mothers presented scores indicative of alexithymia. The multiple case study was complemented with data from the children's medical records on spontaneous complaints, reported by the mother throughout the child's follow-up. The results indicate that the majority of mothers (95%) positively evaluate their child's general health, but approximately a third of them (30%) evaluate the child's sleep quality as fair or bad, followed by by negative assessments of breathing (25%), food (22.5%), skin (20%), behavior (15%) and digestion (10%). Of the 40 mothers interviewed, 10 (26.66%) had a score indicative of alexithymia on the TAS-26. he multiple case study highlighted discrepancies in relation to the responses to the closed instrument and the maternal report throughout the interview and allowed us to observe that mothers with indicators of alexithymia had difficulty in attributing subjective meaning to their children's symptoms, justifying them based on concrete causes.

Keywor

ds: functional somatic symptoms; alexithymia; primary health care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVO	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivo Específico	16
3. MÉTODO	16
3.1 Participantes	16
3.2 Local e Contexto	17
3.3 Instrumentos	17
3.4 Procedimentos	19
3.5 Aspéctos Éticos	20
4. RESULTADOS	21
4.1 Caracterização da Amostra	21
4.2 Sintomas Somáticos Funcionais das Crianças	23
4.3 Alexitimia Materna	31
4.4 Estudo de Casos Múltiplos	32
5. DISCUSSÃO	40
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico	61
APÊNDICE B – Termo de Consentimento	62
ANEXO A – Questionário de sintomas somáticos do bebê	64
ANEXO B – TAS-26	72
ANEXO C – Parecer Consubstanciado	74

1. INTRODUÇÃO

A somatização é definida por Moreno et al. (2021) como a tendência a experimentar e comunicar mal estar e sintomas somáticos sem achados patológicos objetivos, ou que, na coexistência com outra enfermidade, resultam em disfunção excessiva em relação ao que seria esperado. Dentro do referencial psicanalítico esses sintomas são compreendidos como a expressão de conflitos que não puderam ser representados psiquicamente ou não puderam ser expressos verbalmente (RODRIGUES et al., 2014).

Diferentemente da população adulta, na população infantil, especialmente os bebês e as crianças pequenas, cuja capacidade de comunicação verbal é ainda limitada, a utilização de meios de comunicação não-verbal, por meio do seu corpo, é preponderante. Em outras palavras, pode-se considerar que o corpo do bebê é psicossomático em si, uma vez que ocupa lugar privilegiado no campo das interações e tem suas funções fisiológicas como base para a comunicação com o meio (AJURIAGUERRA; MARCELLI, 1984). Contudo, quando essa forma de comunicação não-verbal não pode, por algum motivo, se manifestar sadiamente, a somatização (doença) torna-se um importante meio de comunicação (BASEGGIO, 2012; MORENO et al., 2021).

De acordo com Pinto (2004), na fase inicial da vida, os sintomas somáticos funcionais (SSF) mais freqüentes são: (a) distúrbios de sono, como a criança que dorme mal, acorda muitas vezes durante a noite, demora para dormir, vai dormir muito tarde, dorme pouco ou demais para a idade, não tem horário na sua rotina de sono, etc.; (b) distúrbios alimentares na quantidade ou na qualidade da alimentação, dificuldades com tipos específicos de alimentos que devem ser introduzidos ao longo do primeiro ano de vida; (c) distúrbios digestivos e gástricos, como regurgitação, cólica, soluço, prisão de ventre, diarreia, etc.; (d) distúrbios respiratórios, tais como asma, bronquite, alergias respiratórias e infecções de repetição como faringites, laringites, etc.; (e) problemas de pele, como eczema e alergias cutâneas; e (f) distúrbios de comportamento, por temperamento difícil, irritação e choro frequentes, baixa consolabilidade, ansiedade e medo constantes, dificuldades de vínculo ou de separação, etc.

É importante ressaltar, todavia, que há mudanças no padrão de apresentação dos sintomas relacionando-os às áreas de maior vulnerabilidade em cada período de desenvolvimento das crianças (BECK, 2008). Nos bebês, os sintomas somáticos funcionais estão entre as queixas mais comuns verificadas entre as famílias atendidas em um serviço especializado no atendimento de pais e bebês na região sul do Brasil (SCHWOCHOW et al., 2019). Todavia, estudos de prevalência de SSF no contexto brasileiro não são frequentes,

possivelmente pela dificuldade de identificação. Em um estudo realizado com o objetivo de verificar a prevalência de SSF em bebês, filhos de mães jovens, sintomas comportamentais como medo e ansiedade de separação foram os mais frequentes (39,4%) (MAIA; FRIZZO; LEVANDOWSKI, 2020).

Por outro lado, alguns estudos buscaram identificar a prevalência de sintomas específicos em uma faixa etária mais ampla, como o estudo de Nudelmann e Vivian (2019), no qual identificaram que 40,4% das crianças de 0 a 3 anos, provenientes de famílias da Vila Operária de Canoas – RS, apresentavam distúrbios do sono.

Considerando que os vínculos iniciais constituem a base para a construção da subjetividade da criança (OLIVEIRA, 2018; PINTO, 2004, 2007), os SSF podem se configurar como uma manifestação de dificuldades nestes vínculos iniciais. Segundo Scalco (2014, p. 56), “o bebê que ainda não está constituído psiquicamente, requer que o ambiente – de modo preferencial a mãe – apresente condições suficientes de continência que lhe proporcionem a experiência de plenitude e de sustentação”. Diante da impossibilidade de continência por parte da mãe, a criança pode se utilizar de mecanismos como, por exemplo, a manifestação de SSF, para se defender da sensação de desprazer (FRIZZO, 2018; ZINI; FRIZZO; LEVANDOWSKI, 2018). Portanto, para compreender melhor os SSF da criança, deve-se avaliar não apenas os sintomas, mas também a relação da díade mãe-criança ou, até mesmo, da tríade mãe-pai-bebê e do relacionamento conjugal.

Buscando compreender a relação mãe-criança na presença ou ausência de SSF, Müller et al. (2017) realizaram um estudo qualitativo com quatro díades, sendo duas delas de mães e bebês, de 6 a 12 meses, com sintomas somáticos funcionais e duas, sem. De acordo com os resultados encontrados, as mães de bebês com SSF apresentaram sinais de apatia e depressão, experienciaram situações estressantes e demonstraram menor capacidade de resolvê-las, o que, segundo as autoras, pode sugerir uma possível relação com as manifestações somáticas dos filhos.

Outros estudos, de abordagem qualitativa, buscaram compreender a relação da mãe com seu/sua filho/a com SSF, reforçando que a qualidade de interação entre eles pode contribuir para o surgimento dos sintomas somáticos funcionais da criança no início da vida (MÜLLER; MARIN; DONELLI, 2015; PERUCHI; DONELLI; MARIN, 2018; SCALCO; DONELLI, 2014; ZACARA; BARROS, 2020).

Já Santos, Donelli e Frizzo (2018) realizaram um estudo de abordagem quantitativa em que foram avaliadas 40 díades mãe-bebê, entre 6 e 12 meses de vida, com o objetivo de verificar possíveis associações entre sintomas alimentares dos bebês e a qualidade da interação mãe-

bebê. As autoras verificaram que, quanto maiores as pontuações no instrumento *Symptom Check-List* para sintomas de alimentação, menores os escores maternos de sensibilidade, estrutura, não-hostilidade, responsividade e envolvimento na interação.

Sabe-se, todavia, que a relação mãe-criança é permeada por outras variáveis, intrínsecas à mãe, à criança e ao contexto (ANDRADE; BACCELLI; BENINCASA, 2017; CAMBUI; NEME; ABRÃO, 2016). Dessa forma, os estudos avançaram ao longo do tempo, buscando inserir novas variáveis que pudessem contribuir para a compreensão dos SSF da criança.

Reafirmando a ideia de que a mãe é quem inicialmente interpreta, comunica e nomeia os estados afetivos para seu bebê (PERES, 2006), interrogamos se a alexitimia materna se apresentaria como fator de risco para o surgimento de sintomas somáticos funcionais na primeira infância, uma vez que suas características poderiam prejudicar a execução dessa função primordial.

Alexitimia, em sua etimologia, significa “sem palavras para as emoções” e se refere a pessoas que apresentam dificuldade na identificação e descrição de sentimentos, na distinção entre sensações físicas e emoções e possuem estilo de pensamento concreto, com redução da função simbólica (ARANCIBIA; BEHAR, 2015; CARNEIRO; YOSHIDA, 2009; FERNÁNDEZ, 2011; FERNANDES; TOMÉ, 2001; PEREIRA; YOSHIDA, 2013).

Trata-se de um conceito multidimensional, que pode ser descrito conforme aspectos emocionais, cognitivos e interpessoais. Emocionalmente, existe dificuldade em identificar e manifestar emoções, de forma que a expressão emocional ocorre essencialmente por via somática. Cognitivamente, há preponderância do pensamento operatório, ou seja, o pensamento está orientado para o mundo externo e distante de traços simbólicos. Já em relação à área interpessoal, existe a dificuldade em assimilar os próprios sentimentos e os dos outros, surgindo interações de caráter utilitário e ausentes de afeto (RODRIGUES et al., 2014; VALENTE, 2012).

Conforme revisão de literatura realizada por Carneiro e Yoshida (2009), o conceito de alexitimia é compreendido a partir de uma perspectiva multifatorial, podendo ser classificada em dois tipos, a depender dos fatores etiológicos envolvidos: a alexitimia primária, de origem biológica, fisiológica e neuroanatômica, e a alexitimia secundária, de origem psicossocial e do desenvolvimento.

Na alexitimia secundária, o bloqueio emocional pode representar uma falha no desenvolvimento afetivo normal, decorrente de experiências insatisfatórias das relações iniciais (FERNANDES; TOMÉ, 2001), ou uma reação defensiva contra o sofrimento proporcionado por uma situação de ameaça vital ou diante de uma enfermidade orgânica grave, com vistas a

proteger contra o sofrimento e os afetos dolorosos (FERNÁNDEZ, 2011). Valente (2012), em seu estudo sobre a associação entre simbolização e psicossomática, observou que, para alguns indivíduos, o comprometimento da capacidade de simbolização funciona como defesa diante da angústia, prejudicando a integração do ego, numa tentativa de manter o funcionamento mental estável. Para outros, o comprometimento é característico do funcionamento mental, determinado em função de intensas angústias em fases críticas do desenvolvimento e, dessa forma, estruturando o aparelho psíquico.

Estima-se uma prevalência de alexitimia na população adulta de, aproximadamente, 5% a 10% das mulheres e de 9% a 17% dos homens. Além do sexo, a alexitimia parece estar associada à idade, sendo mais comum em indivíduos mais velhos, bem como a piores condições socioeconômicas, educacionais e de saúde (MATILLA et al., 2007). Um estudo de revisão sistemática que buscava comparar a prevalência de alexitimia em pacientes com síndromes epiléticas e a população saudável encontrou uma prevalência entre 5% e 14,3% para esta última (SEQUEIRA; SILVA, 2019).

Em relação à forma como os traços de alexitimia poderiam influenciar no exercício da maternidade, estudos recentes encontraram correlação entre traços alexitímicos e menor sensibilidade materna, comportamento de maior hostilidade das mães (AHRNBERG et al., 2021), prejuízos na função reflexiva pós-natal (AHRNBERG et al., 2020) e comportamento de superproteção materna (OZDEMIR et al., 2022). Além disso, foi observada associação entre a presença de alexitimia e prejuízos na capacidade materna de perceber sintomas somáticos funcionais (JUNGSMANN et al., 2022; STEIN; DONELLI, 2021) de seus filhos.

Em relação às crianças, há evidências de associação entre alexitimia materna e maior frequência de comportamentos internalizantes nas crianças, como ansiedade e retraimento (DAVODI-BOROUJERD et al., 2022).

Considerando que os vínculos iniciais da criança constituem a base para a construção da sua subjetividade (OLIVEIRA, 2018; PINTO, 2004, 2007) e o fato de que os SSF na criança podem ser considerados sintomas da relação (SCALCO, DONELLI, 2014; STEIN, DONELLI, 2021), deve-se avaliar não apenas os sintomas da criança, mas deve-se ter um olhar para a figura materna. Estudos internacionais sugerem que a compreensão de fatores de risco para o cuidado materno possibilita o planejamento de estratégias de intervenção e prevenção na primeira infância (AHRNBERG et al., 2020).

A Atenção Primária à Saúde (APS) se configura como parte central na organização das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), pois representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Único de Saúde (SUS) (LAVRAS,

2011). Ou seja, a APS se configura como a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, dispõe atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

Entre os atributos da APS, destaca-se a integralidade do cuidado, o que pressupõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população atendida, reconhecendo adequadamente problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (LAVRAS, 2011; STARFIELD, 2002). Portanto, é no contexto da APS que se torna fundamental o reconhecimento do adoecimento como multidimensional, englobando aspectos psicossociais como nos quadros denominados de somatização.

Em suma, o atributo da integralidade pressupõe o reconhecimento dos aspectos psicossociais envolvidos no adoecimento (LAVRAS, 2011; STARFIELD, 2002), portanto, é no contexto da APS que se torna fundamental a identificação dos SSF, ainda na primeira infância, dado que estudos internacionais apontam para os prejuízos posteriores dos SSF na vida escolar e na sociabilidade de crianças em idade escolar e adolescentes (JUNGSMANN et al., 2022).

Desta forma, este estudo busca contribuir para ações em saúde que estejam em consonância à integralidade do cuidado da criança pequena. Serviços e programas voltados a essa etapa do desenvolvimento devem buscar fortalecer o núcleo familiar no exercício de sua função de cuidado e educação das crianças e, portanto, deverão promover atividades centradas na criança, focadas na família e baseadas na comunidade (Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Este estudo teve por objetivo identificar os sintomas somáticos funcionais em crianças de 6 a 36 meses em acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS), indicadores de alexitimia materna e compreender de que maneira os sintomas somáticos são percebidos por mães com indicadores de alexitimia.

2.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos deste estudo são:

- A. Identificar sintomas somáticos funcionais em crianças de 6 a 36 meses em acompanhamento na APS;
- B. Identificar indicadores de alexitimia em mães de crianças de 6 a 36 meses em acompanhamento na APS;
- C. Compreender de que forma esses sintomas aparecem no relato materno durante as consultas de acompanhamento na APS.

3. MÉTODO

O presente estudo faz parte de um projeto mais amplo, intitulado “*Manifestação de sintomas psicofuncionais na criança e fatores associados*”, que conta/ou com a participação também de alunos de Iniciação Científica, com e sem bolsa.

O projeto mais amplo é constituído de dois subprojetos. O Subprojeto 1 busca verificar a associação entre manifestações psicofuncionais em crianças de 6 a 36 meses em acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS) e indicadores de alexitimia materna, avaliados por meio da Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-26). O Subprojeto 2, realizado com parte da amostra do Subprojeto 1, tem por objetivo verificar a associação entre manifestações psicofuncionais das crianças menores, aquelas com idade de 6 a 12 meses e indicadores de sintomas depressivos maternos, avaliados por meio da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS).

O presente estudo faz parte do Subprojeto 1 e configura-se um estudo observacional, descritivo, de corte transversal e abordagem quanti-qualitativa. Cabe ressaltar que estudos de abordagem mista, quanti-qualitativos, têm sido considerados, dentro das Ciências Humanas e Sociais, úteis e promissores ao agruparem aspectos de ambas perspectivas, rompendo a dicotomia quanti *versus* quali (ARAÚJO; GOMES, 2005).

3. 1 Participantes

Foi composta uma amostra de conveniência com 40 díades mãe-criança. De acordo com os critérios de inclusão, as crianças deveriam estar em seguimento pediátrico de rotina na Atenção Primária à Saúde (APS) e ter de 6 a 36 meses de idade. Suas mães deveriam ter, no mínimo, 18 anos e concordar com a participação no estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O critério de idade materna foi estabelecido considerando as exigências éticas previstas para a participação de menores de idade e também

porque os estudos de prevalência de alexitimia se concentram na idade adulta.

Prevvia-se a exclusão da amostra de mães portadoras de deficiência intelectual e transtorno mental severo, mas não houve exclusão por esses motivos. Prevvia-se, ainda, a exclusão de crianças com diagnósticos de deficiências (malformações, síndromes, problemas neurológicos e condições clínicas já diagnosticadas), tendo sido excluída uma criança portadora de deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD), que tem como principal manifestação a anemia hemolítica (ROSA-BORGES et al., 2001).

3. 2 Local e Contexto

O estudo foi realizado no Centro de Saúde Escola (CSE) – Vila dos Lavradores. De acordo com seu regulamento, disponível no site da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) (<https://www.fmb.unesp.br/#!/cse>), o CSE é uma Unidade Auxiliar de Estrutura Complexa da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) com administração própria.

Em termos assistenciais, o CSE é parte do Sistema Único de Saúde (SUS) de Botucatu - SP, respondendo por, aproximadamente, 30% da atenção básica do município em diversas modalidades de atendimento. A unidade conta com 93 profissionais entre médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentistas, nutricionistas, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudióloga, técnicos de enfermagem e administrativos, entre outros. Docentes de vários departamentos da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) também compõem o corpo assistencial do serviço.

Especificamente o Setor de Saúde da Criança e do Adolescente oferece assistência integral em nível primário a indivíduos com idade de zero a quinze anos, mediante ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, conforme suas necessidades.

3. 3 Instrumentos

Para a realização do estudo foram utilizados os instrumentos:

- A)** *Questionário Sociodemográfico* (APÊNDICE A), elaborado exclusivamente para o presente estudo, buscando obter dados de caracterização das mães (idade, escolaridade, ocupação e número de filhos), das crianças (sexo e idade) e das famílias (composição e renda familiar).
- B)** *“Questionário de Sintomas Somáticos do Bebê”* (ANEXO A), elaborado por Donelli (2014), podendo ser utilizado mediante autorização da autora. Trata-se de um questionário estruturado que avalia a frequência e intensidade dos sintomas psicofuncionais em bebês com idade até 36 meses. É composto por 75 perguntas que

variam entre perguntas fechadas, de múltipla escolha e em escala *Likert*, e permitem explorar os seguintes aspectos: sono, alimentação, respiração, pele, comportamento, digestão, a utilização de cuidados médicos e de mudanças na vida da criança. O questionário foi construído com base nos instrumentos “*Symptom Check-List*”, de Robert-Tissot et al. (1989), “*Soma Assessment Interview*”, de Rask et al. (1989) e “*Children's Somatization Inventory*”, de Walker, Garber e Greene (1991) (STEIN; DONELLI, 2021).

- C) Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-26) (ANEXO B)**, elaborada por Taylor, Ryan e Bagby (1985, *apud* Yoshida, 2000), com tradução e adaptação da versão brasileira por Yoshida (2000). O TAS-26 é um instrumento desenvolvido para verificar a presença de alexitimia e que além de oferecer indicador geral de presença/ausência desse traço, possibilita compreender sua presença através de quatro fatores: dificuldade em descrever sentimentos e diferenciá-los de sensações físicas, dificuldade em sonhar acordado, pensamento orientado externamente e dificuldade em comunicar sentimentos a outras pessoas. Consiste em um questionário auto aplicável com 26 itens que devem ser respondidos usando escala *Likert* de cinco pontos: (1) discordo completamente, (2) discordo parcialmente, (3) não concordo, nem discordo, (4) concordo parcialmente e (5) concordo completamente. A pontuação total varia de 26 a 130, com os seguintes pontos de corte estabelecidos: escore igual ou acima de 74 indicativo de alexitimia, escore igual ou abaixo de 62 indicativo de não alexitimia. Os escores entre 63 e 73 são inconclusivos, não sendo possível classificar o sujeito como alexitímico, ou não (FORTES; BORDIN; SEMER, 2017; YOSHIDA, 2007). Originalmente, a análise fatorial revelou quatro fatores consistentes com o modelo teórico: “Dificuldade de identificar sentimentos e distingui-los de sensações físicas” (itens 1, 4, 8, 10, 14, 17, 20, 22, 23, 25 e 26) , “Dificuldade de sonhar acordado” (itens (2, 5, 16 e 18), “Pensamento orientado externamente” (7, 11, 13, 19, 21 e 24) e “Dificuldade de expressar sentimentos e emoções a outras pessoas” (3, 6, 9, 12 e 15).
- D) Prontuário.** Os prontuários das crianças cujas mães pontuaram para alexitimia no instrumento TAS-26 foram utilizados para o levantamento de dados a respeito das queixas maternas e de dificuldades no cuidado da criança desde o nascimento até a finalização do período de coleta de dados.

3.4 Procedimento

Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2021 e março de 2023.

Inicialmente, as agendas mensais do Setor de Saúde da Criança e do Adolescente do CSE – Vila dos Lavradores eram disponibilizadas pela enfermeira responsável, para consulta da pesquisadora, buscando-se identificar as crianças elegíveis para o estudo, segundo critério de idade (6 meses a 36 meses).

Nos dias destinados à coleta de dados, eram verificadas as crianças, previamente identificadas nas agendas, que haviam comparecido. Em seguida, as mães foram contatadas, na sala de espera, enquanto aguardavam o atendimento da criança, e convidadas a participarem do estudo, caso tivessem 18 anos ou mais.

Para o convite, era realizada a explanação sobre os objetivos da pesquisa, a forma de coleta de dados, o tempo a ser despendido na participação, riscos e benefícios de sua participação e os cuidados éticos quanto ao sigilo de sua identificação e encaminhamento mediante necessidade. Foi solicitada a autorização para gravação da aplicação dos instrumentos, não estando a participação na pesquisa condicionada a essa autorização. Ao aceitarem participar, as mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma delas dada à mãe.

Após o aceite e a assinatura do TCLE, buscando responder aos objetivos específicos A e B deste estudo, as mães responderam o Questionário Sociodemográfico, o “Questionário de Sintomas Somáticos do Bebê” e, por fim, a escala TAS-26, em um único encontro. A aplicação dos questionários durou, em média, trinta minutos.

Adicionalmente, para responder ao objetivo específico C, foram consultados também os prontuários das crianças cujas mães pontuaram para alexitimia. Nos prontuários foram coletados dados referentes a queixas espontâneas e formas da mãe lidar com a criança, relatadas pela mãe nas diferentes consultas da criança. Esta etapa foi realizada no segundo semestre de 2022 e no primeiro semestre de 2023.

Foi proposto re-entrevistar as mães no primeiro semestre de 2023, buscando identificar o desfecho dos sintomas relatados na primeira entrevista e aprofundar os sentidos atribuídos por elas. Porém só uma entrevista foi retomada devido à dificuldade em contatá-las ou à recusa das entrevistadas contatadas

Análise de Dados

Primeiramente, os dados foram organizados e preparados em uma planilha do *Excel*.

Para o questionário TAS-26, considerou-se a pontuação total e também a classificação sugerida: escore igual ou acima de 74 indicativo de alexitimia, escore igual ou abaixo de 62 indicativo de não alexitimia. Os escores entre 63 e 73 são inconclusivos, não sendo possível classificar o sujeito como alexitímico, ou não (FORTES; BORDIN; SEMER, 2017; YOSHIDA, 2000; YOSHIDA, 2007).

A seguir, procedeu-se à análise descritiva dos dados referentes à caracterização da amostra (Questionário Sociodemográfico) e, para atender aos objetivos específicos A e B, as análises descritivas dos dados referentes aos sintomas somáticos funcionais das crianças (Questionário de Sintomas Somáticos do Bebê) e à alexitimia materna (TAS-26). Os dados foram analisados em termos de frequência relativa (porcentagem) e medidas de tendência central (mediana e amplitude de variação), a depender da natureza da variável. Considerando apenas as mães que apresentaram pontuação indicativa de alexitimia no TAS-26, foi realizado o cálculo da pontuação média em cada um dos quatro fatores que compõem a escala TAS-26, segundo Yoshida (2000).

Para atingir o objetivo específico C, optou-se pela análise qualitativa, através do estudo de casos múltiplos, considerando as díades cujas mães apresentaram escores indicativos de alexitimia. Foram escolhidos os casos em que a pesquisadora, autora deste trabalho, realizou o contato e a aplicação dos questionários, excluindo-se aquelas com quem a coleta de dados foi realizada por outros pesquisadores envolvidos no projeto mais amplo.

O estudo de casos múltiplos configura-se como uma forma de tornar o estudo mais robusto em relação ao estudo de caso único, podendo ser apresentado com métodos quantitativos ou qualitativos na investigação de acontecimentos relevantes. Embora apresente a impossibilidade de conclusões genéricas, possibilita identificar particularidades de determinado evento (SILVA; MERCÊS, 2018).

Para o estudo de casos múltiplos, além de serem retomados os resultados e respostas maternas aos instrumentos Questionário de Sintomas Somáticos do Bebê e TAS-26, foram também analisados dados do prontuário em termos de relatos de sintomas somáticos funcionais e dificuldades no cuidado da criança relatadas pelas mães de forma espontânea durante as consultas de acompanhamento na APS, nas diferentes especialidades.

3.5 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa mais amplo, do qual o presente estudo faz parte, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) (Parecer nº 4.835.171) (ANEXO C).

Em concordância às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP), a coleta de dados teve início apenas após a aprovação do projeto pelo CEP e a participação no estudo esteve condicionada ao aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas participantes (APÊNDICE B). Ainda em conformidade às normativas éticas, buscando preservar a identidade dos participantes da pesquisa, foram utilizados nomes fictícios na apresentação dos resultados e estudo de casos múltiplos.

Durante a coleta de dados, quando as mães relataram SSF das crianças, elas foram incentivadas a falarem sobre a presença destes sintomas na consulta médica. Especificamente no que diz respeito às queixas de comportamento, quando possível, também foram orientadas pela pesquisadora e duas díades foram encaminhadas para o Ambulatório de Intervenção Precoce do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB), para avaliação e seguimento de equipe especializada por referirem sintomas graves.

4. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados os objetivos específicos deste estudo, precedidos da caracterização da amostra (4.1): A) Sintomas somáticos funcionais (SSF) das crianças (4.2); B) Alexitimia materna (4.3); C) Estudo de casos das díades cujas mães pontuaram para alexitimia (4.4).

4.1 Caracterização da amostra

A Tabela 1 apresenta os principais resultados da caracterização sociodemográfica das mães (idade, escolaridade, ocupação e número de filhos), das crianças (sexo e idade) e das famílias (composição e renda familiar).

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica

	N	%	Média (Desvio Padrão)	Mediana (Mínimo-Máximo)
CARACTERÍSTICAS MATERNAS				
Idade (anos)				
21 a 29 anos	21	52,5%		
30 a 39 anos	15	37,5%	30,55	29
> 40 anos	4	10%	(7,34)	(19 – 55)
Escolaridade				
Fundamental Incompleto	1	2,5	-	-
Fundamental Completo	3	7,5	-	-

(continua)

(conclusão)

	N	%	Média (Desvio Padrão)	Mediana (Mínimo-Máximo)
Médio Completo	24	60	-	-
Superior Completo	11	27,5	-	-
Doutorado	1	2,5	-	-
Ocupação				
Trabalho Formal	13	32,5	-	-
Trabalho Informal	5	12,5	-	-
Trabalho Doméstico	22	55	-	-
Número de Filhos				
1	23	57,5	1,65	1
2	12	30	(0,96)	(1-5)
3 ou mais	5	12,5		
CARACTERÍSTICAS DAS CRIANÇAS				
Idade (meses)				
6 a 11 meses	20	50	14,58	12
12 a 23 meses	15	37,5	(7,95)	(6 – 35)
24 a 35 meses	5	12,5		
Sexo				
Masculino	23	57,5	-	-
Feminino	17	42,5	-	-
CARACTERÍSTICAS FAMILIARES				
Composição Familiar				
Nuclear	31	77,5	-	-
Estendida	7	17,5	-	-
Monoparental	2	5	-	-
Renda Familiar				
< 1 salário	3	7,5		
1 a 2,9 salários	20	50	3,01	2,7
3 a 4,9 salários	10	25	(1,64)	(0 - 7,5)
> 5 salários	5	12,5		
Sem resposta	2	5		

Participaram do estudo 40 mães, com mediana de idade de 29 anos (Mínima: 19 anos; Máxima: 55 anos), em sua maioria com Ensino Médio Completo (60%). A respeito de sua colocação no mercado de trabalho, a maior parte se encontrava em trabalho doméstico (55%)

e, apesar de não serem questionadas diretamente a respeito do motivo, algumas relataram a necessidade de se afastarem do mercado de trabalho para se dedicarem aos cuidados dos filhos durante a pandemia de Covid-19.

As crianças eram, em sua maioria do sexo masculino (57,5%), com mediana de idade de 12 meses (Mínima: 6 meses; Máxima: 2 anos e 11 meses).

A constituição familiar mais prevalente foi família nuclear (77,5%), seguida por família estendida (17,5%) e, neste caso, composta exclusivamente pela família materna. Houve duas famílias monoparentais (5%), constituídas pela mãe e seu(s) filho(s). A mediana da renda familiar foi de 2,7 salários mínimos (Mínima: sem renda; Máxima: 7,5 salários-mínimo) e duas participantes referiram renda variável em decorrência do cenário de informalidade.

4.2 Sintomas somáticos funcionais (SSF) das crianças

Nesta seção serão apresentados detalhadamente os resultados referentes aos sintomas somáticos funcionais das crianças, de acordo com a percepção materna, em resposta às perguntas do “Questionário de Sintomas Somáticos do Bebê”, buscando, assim, atender ao objetivo específico A.

Na Tabela 2 é possível observar a avaliação geral das mães quanto a cada um dos aspectos contemplados no instrumento.

Tabela 2 - Porcentagem (%) de respostas “excelente”, “muito boa”, “boa”, “razoável” e “ruim” quanto à qualidade de saúde da criança, segundo percepção materna

	Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Ruim	Sem Resposta
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Geral	14 (35)	14 (35)	10 (25)	2 (5)	-	-
Sono	6 (15)	9 (22,5)	13 (32,5)	8 (20)	4 (10)	-
Alimentação	13 (32,5)	10 (25)	8 (20)	5 (12,5)	4 (10)	-
Digestão	13 (32,5)	6 (15)	15 (37,5)	4 (10)	-	2 (5)
Respiração	14 (35)	8 (20)	8 (20)	9 (22,5)	1 (2,5)	-
Pele	12 (30)	11 (27,5)	9 (22)	4 (10)	4 (10)	-
Comportamento	13 (32,5)	15 (37,5)	6 (15)	6 (15)	-	-

Observa-se que a maioria das mães (95%) avalia de forma positiva (“excelente”, “muito boa” ou “boa”) a saúde geral do(a) filho(a). Apenas duas mães (5%) avaliaram a saúde geral do(a) filho(a) como razoável.

Em relação aos itens específicos, no geral, as mães também apresentaram avaliações positivas (“excelente”, “muito boa” ou “boa”). Considerando as respostas maternas “razoável” e “ruim”, verifica-se que sono foi a dimensão mais afetada. Aproximadamente um terço das mães (30%) avaliaram a qualidade do sono da criança como razoável (20%) ou ruim (10%). Em seguida aparecem respiração (25%), alimentação (22,5%), pele (20%), comportamento (15%) e, por fim, digestão (10%). Considerando apenas as avaliações de qualidade “ruim”, tem-se 10% de respostas para sono, alimentação e pele.

A Tabela 3 apresenta os resultados mais detalhados a respeito do sono das crianças.

Tabela 3 - Frequência de problemas específicos quanto ao sono da criança, segundo a mãe.

	Dorme Pouco	Dificuldade para Adormecer	Acorda a noite	Dificuldade para voltar a dormir	Rituais
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	10 (25)	8 (20)	27 (67,5)	4 (14,8)	29 (72,5)
Não	30 (75)	32 (80)	13 (32,5)	22 (81,4)	10 (25)
Sem Resposta	-	-	-	1 (3,7)	1 (2,5)

É possível verificar que a maioria das crianças acorda à noite (67,50%) (Tabela 3). Esses resultados são melhor elucidados com as demais respostas maternas ao questionário. Segundo o relato das mães, os despertares noturnos acontecem entre uma (34,40%), duas ou três (31,03%) vezes por noite, principalmente por fome (75%), seguido por outros motivos (16,66%). Dentre os outros motivos citados estão os saltos de desenvolvimento e também surge uma nova atribuição de sentido ao ato de mamar, que é percebido por uma das participantes como um hábito e não como fome. *“É hábito. Ela acorda para mamar porque ela acorda desde pequeninha, mas não acho que seja fome, é hábito”* (Pamela, mãe de Poliana, de 1 ano e 6 meses). Embora os despertares noturnos sejam frequentes, a maioria (81,4%) refere que o(a) filho(a) não tem dificuldade em voltar a dormir (Tabela 3).

Apesar de uma minoria das crianças apresentar dificuldade para adormecer (20%), grande parte precisa de rituais antes de dormir (72,50%) (Tabela 3). Dentre os rituais necessários para o sono foram citados a necessidade de banho, mamar, orações, histórias e músicas calmas. Nas sonecas diurnas é referido também a necessidade de recriar um ambiente noturno com fechar as janelas.

Por fim, de acordo com os resultados da Tabela 3, um quarto das crianças (25%) dorme pouco, sendo que a média de tempo de sono das crianças ao longo do dia, referida pelas mães, foi de 11 horas (DP: 4,56).

Ainda em relação ao sono, dados adicionais do questionário apontam que duas participantes (8,30%) percebem medo nos filhos antes de dormir, sendo que uma delas relata que essas manifestações ocorrem de forma eventual e associa esses episódios à agitação da criança pelas brincadeiras com o irmão. Já a outra mãe identifica que essa manifestação é rara e atribui o medo à mudança recente de casa. *“Esses tempos ela está assustada, mas acho que porque a casa é nova sabe? A gente mudou faz pouco tempo, acho que ela estranhou a casa”* (Marcela, mãe de Marina de 2 anos e 11 meses).

Em relação à presença de pesadelos, a maioria das participantes referiu que o(a) filho(a) nunca (52,5%) apresentou pesadelos, ou apresentou manifestações raras (25%) e eventuais (15%) deste fenômeno. Apenas uma mãe referiu que o filho tem pesadelos quase todas as noites (2,5%) e outras duas não conseguiram responder (5%) à pergunta por não entenderem se os filhos já sonham, como refere Luciana, mãe de Letícia (7 meses): *“Então, dá a entender, mas eu não sei se eles sonham já. Eu não tenho essa noção se eles já sonham, mas se eles sonharem eu acredito que ela tenha tido um pesadelo naquele dia que acordou gritando”*.

Depois do sono, a respiração foi a área pior avaliada pelas mães, sendo que 25% delas acreditam que a respiração do(a) filho(a) é “razoável” (22,5%) ou “ruim” (2,5%), conforme dados da Tabela 2.

Na Tabela 4 são apresentadas as respostas detalhadas quanto à respiração. Observa-se que o número de mães que afirmam que a criança tem problemas respiratórios é menor do que o número de avaliações “razoáveis” ou “ruins” apresentadas na Tabela 2.

Tabela 4 - Frequência e intensidade de problemas de respiração da criança, segundo a mãe

	Respiração n (%)
Sim	5 (12,5)
Não	35 (87,5)
Frequência	
Sempre	3 (7,5)
Quase Sempre	1 (2,5)
Eventualmente	-
Raramente	1 (2,5)
Nunca	35 (87,5)
Intensidade	
Muito Grave	-
Grave	4 (80)

(continua)

(conclusão)

	Respiração
	n (%)
Mediano	1 (20)
Brando	-
Muito Brando	-

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 4, a grande maioria (87,50%) das crianças não apresenta problemas respiratórios. Apenas 12,50% das participantes referiram problemas respiratórios dos(as) filhos(as), especialmente rinite (60%) e asma (40%), sendo que três crianças apresentam dificuldades sempre (7,5%) e uma (2,5%), quase sempre. Além disso, entre as crianças que apresentam problemas respiratórios, a maioria é grave (80%), sendo necessário atendimento em emergência pediátrica sempre (40%) ou quase sempre (40%).

É importante destacar que algumas mães que negaram que o filho apresente esse tipo de problema, correspondendo a 15% do total de entrevistadas, citaram queixas no decorrer da entrevista. Destas, a maior parte (66,66%) é referente a queixas de caráter pontual, como episódio recente de sinusite, resfriado ou pneumonia, e as demais (33,33%) referiram-se a problemas alérgicos de caráter crônico.

Em ordem decrescente, segundo a Tabela 2, os problemas de alimentação vem a seguir como os problemas que receberam mais avaliações negativas (22,5%).

Tabela 5 - Frequência de problemas específicos quanto à alimentação da criança, segundo a mãe

	Problema de Peso	Rituais	Recusa	Alergia
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	2 (5)	7 (17,5)	22 (55)	5 (12,5)
Não	37 (92,5)	33 (82,5)	18 (45)	34 (85)
Sem Resposta	1 (2,5)	-	-	1 (2,5)

De acordo com os resultados da Tabela 5, mais da metade das crianças (55%) apresenta comportamentos considerados de recusa alimentar. Dentre os motivos referidos pelas mães ao longo do questionário estão não gostar de um alimento ou uma situação de adoecimento, como contam Elaine (mãe de Eduarda, de 6 meses) - “*Ontem sim, não sei se ela não gostou do mamão, ou, como ela tá com a barriguinha estranhinha ela.. eu acho que foi isso*” - e Pamela (mãe de Poliana, de 1 ano e 6 meses) - “*Sim, até porque ela ficou doente, pegou uma dor de*

garganta, aí recusou”.

De forma mais detalhada tem-se que, durante o último mês, 40% das crianças regurgitaram ou cuspiram o alimento, eventualmente (17,5%) ou raramente (22,5%), e mais da metade sempre (60%) colocou coisas não comestíveis na boca. Por outro lado, a maior parte nunca vomitou o alimento durante ou logo após a refeição (75%) e também nunca guardou o alimento na boca e depois colocou pra fora (75%).

Retomando os resultados da Tabela 5, 17,5% referiram a necessidade de rituais como condição para que a criança se alimente, como refere Marcela (mãe de Matheus de 7 meses): *“Parece que se não pôr o desenho ele não come. Ele fica olhando pra lá e pra cá, não abre a boca”*. Observa-se também que o número de queixas a respeito do peso (5%) ou da presença de alergia/intolerância alimentar (12,5%) é baixo. Os relatos de problema de peso nas crianças correspondem à percepção das mães de que os filhos estariam abaixo do peso e, portanto, fora da curva de crescimento esperada para a idade.

Além disso, segundo as respostas maternas, o momento da alimentação é considerado como um momento muito agradável (60%), as mães (67,5%) consideraram que seus filhos comem em quantidade adequada, a maior parte das crianças (95%) já come outros alimentos além do leite, sendo que 81,57% dessas já comem de tudo. Quase metade (47,5%) das mães referiram que os filhos reagem bem à apresentação de novos alimentos, ‘aceitando sempre, sem reclamar’. A oferta de alimentos, geralmente, é feita durante a refeição da família (50%), quando a criança demonstra estar com fome independente do horário (47,5%) ou no horário da refeição, independente da fome (67,5%), sendo atribuída a essa última a tentativa da família de incorporar a rotina da creche.

A maior parte das crianças demonstra que tem fome seja chamando e resmungando (27,5%) ou encontrando outras maneiras (27%) de demonstrar, como apontando os alimentos ou utensílios, e participa da principal refeição comendo com as mãos (37,5%) ou comendo sozinha com uma colher (32,5%).

Seguindo em ordem decrescente dos sintomas somáticos funcionais mais frequentes (Tabela 2), a saúde da pele foi considerada “razoável” ou “ruim” por 20% das mães, sendo esse resultado detalhado na Tabela 6.

Observa-se, na Tabela 6, que a frequência com que as mães afirmaram que a criança tem problemas de pele (40%) é maior do que o número de avaliações “razoáveis” (10%) ou “ruins” (10%) da Tabela 2.

Tabela 6 - Frequência e intensidade de problemas de pele da criança, segundo a mãe

	Pele
	n (%)
Sim	16 (40)
Não	24 (60)
Frequência	
Sempre	4 (10)
Quase Sempre	2 (5)
Eventualmente	4 (10)
Raramente	7 (17,5)
Nunca	23 (57,5)
Intensidade	
Muito Grave	-
Grave	1 (6,25)
Mediano	7 (43,75)
Brando	6 (37,5)
Muito Brando	2 (12,5)

Embora quase metade das mães tenha referido problemas de pele do(a) filho(a), estes ocorrem sempre ou quase sempre para a minoria das crianças (15%). Para as demais, os problemas de pele ocorrem eventualmente ou raramente (27,5%) (Tabela 6). De acordo com os relatos e respostas mais detalhadas ao questionário, as principais causas referidas dos problemas de pele foram alérgicas e climáticas e algumas mães apresentaram mais de uma causa para o problema dos filhos.

Quanto à intensidade, apenas uma criança, entre aquelas que apresentam problemas de pele, apresenta-os em intensidade grave. Para as demais, a intensidade é mediana (43,75%), branda (37,5%) ou muito branda (12,5%) (Tabela 6), realizando tratamento médico (31,5%), ou outro tratamento/cuidado (56,25%) como o uso de cremes hidratantes e banhos de maisena, sem necessidade de prescrição médica, em casa.

No geral, o comportamento da criança foi avaliado pelas mães de forma positiva, conforme Tabela 2, sendo que apenas 15% delas avaliaram o comportamento do(a) filho(a) como “razoável” ou “ruim”.

Na Tabela 7 estão apresentados os problemas de comportamento investigados, sua frequência e intensidade. Verifica-se que, assim como aconteceu para pele, quando foram realizadas perguntas específicas sobre comportamento, as mães apresentaram mais respostas positivas em comparação à avaliação realizada inicialmente (Tabela 2).

Tabela 7 - Frequência e intensidade de problemas de comportamento da criança, segundo a mãe

	Raiva/ Brabeza n (%)	Birra/ Teimosia n (%)	Agressivo n (%)	Balança r o Corpo n (%)	Medo n (%)	Timidez/Recu sa ao contato n (%)	Dificulda de de Separação n (%)
Sim	29 (72,5)	26 (65)	5 (12,5)	9 (22,5)	12 (30)	20 (50)	17 (42,5)
Não	11 (27,5)	13 (32,5)	35 (87,5)	31 (77,5)	28 (70)	20 (50)	23 (57,5)
Sem Resposta	-	1 (2,5)	-	-	-	-	-
Frequência							
Sempre	6 (15)	5 (12,5)	2 (5)	1 (2,5)	2 (5)	4 (10)	9 (22,5)
Quase Sempre	10 (25)	5 (12,5)	2 (5)	4 (10)	-	4 (10)	4 (10)
Eventualmen te	5 (12,5)	15 (37,5)	-	2 (5)	3 (7,5)	8 (20)	3 (7,5)
Raramente Nunca	8 (20)	2 (5)	1 (2,5)	2 (5)	8 (20)	5 (25)	1 (2,5)
Sem Resposta	11 (27,5)	13 (32,5)	35 (87,5)	31 (77,5)	27 (67,5)	19 (47,5)	23 (57,5)
	-	-	-	-	-	-	-
Intensidade							
Muito Intenso	-	-	1 (20)	1 (11,11)	1 (8,33)	-	3 (17,64)
Intenso	10 (34,48)	7 (25,92)	1 (20)	-	2 (16,67)	3 (15)	3 (17,64)
Mediano	10 (34,48)	5 (19,23)	3 (60)	4 (44,44)	4 (33,33)	5 (25)	8 (47,05)
Brando	6 (20,68)	11 (40,74)	-	3 (33,33)	3 (25)	7 (35)	1 (5,88)
Muito Brando	3 (10,34)	3 (11,11)	-	1 (11,11)	1 (8,33)	4 (20)	2 (11,76)
Sem Resposta	-	-	-	-	1 (8,33)	1 (5)	-

Segundo a percepção materna, metade das crianças (50%) apresenta comportamentos de timidez ou recusa ao contato e mais da metade, comportamentos de raiva ou brabeza (72,5%) e de birra ou teimosia (65%). Os comportamentos de raiva/brabeza ocorrem sempre ou quase sempre para 40% das crianças e de forma intensa para 34,48%. Já os comportamentos de birra/teimosia são menos frequentes e intensos, ocorrendo sempre ou quase sempre em 25%

das crianças e de forma intensa em 25,92%. A timidez/recusa ao contato, por sua vez, ocorre sempre ou quase sempre em 20% das crianças e de forma intensa em 15%. Nenhuma mãe considerou que esses comportamentos ocorrem de forma muito intensa.

A dificuldade de separação foi citada por 42,5% das mães, sendo esse comportamento percebido sempre ou quase sempre por 32,5% das participantes e, para treze delas, de forma intensa (17,64%) ou muito intensa (17,64%).

Já o medo foi percebido pelas mães em 30% das crianças, em três (24,99%) delas esse comportamento aparece de forma intensa ou muito intensa, porém apenas 5% o apresentam sempre.

Por fim, ainda em relação ao comportamento (Tabela 7), destaca-se que comportamentos de agressividade e balançar o corpo/bater a cabeça foram os menos relatados pelas mães. Apenas cinco crianças (12,5%) apresentam agressividade, embora destas, quatro apresentem comportamento de agressividade sempre ou quase sempre e duas delas em alta intensidade (intenso ou muito intenso). Nove crianças (22,5%) apresentam comportamentos de balançar o corpo/bater a cabeça, sendo que cinco (12,5%) delas o fazem sempre ou quase sempre. Todavia, apenas uma (11,11%) criança, entre aquelas que balançam o corpo e/ou batem a cabeça, apresenta este comportamento de forma muito intensa.

A digestão foi a dimensão melhor avaliada pelas mães, sendo que apenas 6,66% delas consideraram a digestão “razoável”, conforme Tabela 2. A Tabela 8 apresenta os resultados detalhados quanto à percepção materna da digestão das crianças.

Tabela 8 - Frequência de problemas específicos quanto à digestão da criança, segundo a mãe

	Dor de Barriga	Dor durante a alimentação	Constipação	Diarréia
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Frequência				
Sempre	3 (7,5)	1 (2,5)	1 (2,5)	1 (2,5)
Quase Sempre	-	1 (2,5)	-	1 (2,5)
Eventualmente	8 (20)	4 (10)	5 (12,5)	8 (20)
Raramente	6 (15)	2 (5)	4 (10)	7 (17,5)
Nunca	23 (57,5)	32 (80)	30 (75)	23 (57,5)

Como é possível observar na Tabela 8, a maioria referiu que os(as) filhos(as) nunca ou raramente apresentaram sintomas digestivos de dor durante a alimentação (85%), constipação (80%), dor de barriga (75%) ou diarreia (75%) no último mês.

Por fim, a respeito da forma como fazem uso do Serviço de Saúde, um número muito

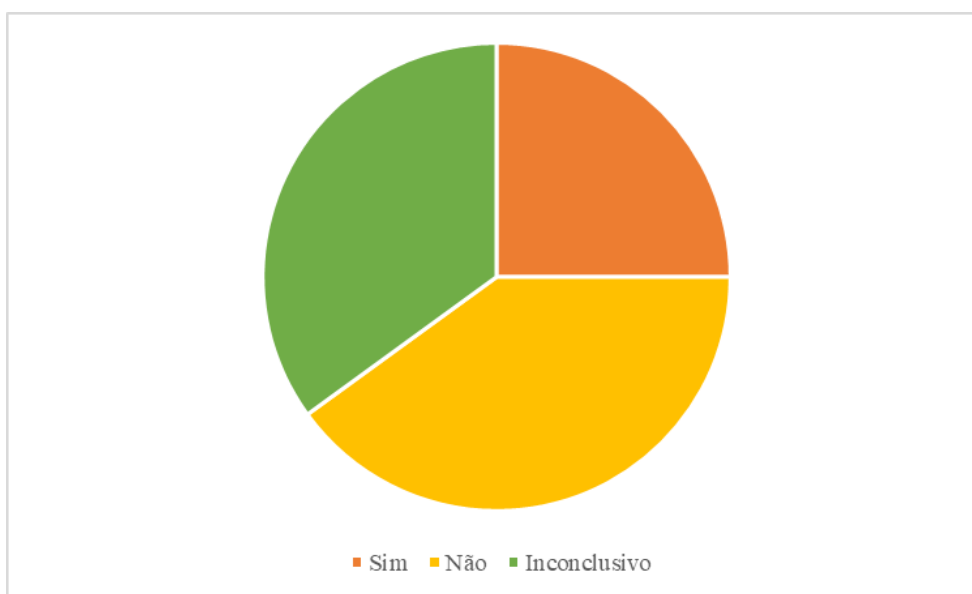
pequeno de entrevistadas referiu já ter relatado as queixas apresentadas durante a aplicação do questionário nas consultas médicas, sendo, neste caso, problemas de digestão (17,5%) os mais relatados, seguidos de dificuldades quanto a alimentação (12,5%), sono (5%) e comportamento (5%).

4.3 Alexitimia materna

Buscando responder ao objetivo específico B, o Gráfico 1 apresenta a distribuição das mães, segundo pontuação no instrumento TAS-26, quanto a indicadores de alexitimia materna.

Das 40 mães entrevistadas, 10 (25%) apresentaram pontuação indicativa de alexitimia, 16 (40%) apresentaram pontuação indicativa de não-alexitimia e outras 14 (35%) apresentaram pontuação dentro de um intervalo tido como inconclusivo para a identificação de presença ou ausência desta característica.

Gráfico 1 - Indicadores de Alexitimia Materna



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Considerando apenas as mães que apresentaram pontuação indicativa de alexitimia no TAS-26 (n=10), foi realizado o cálculo da pontuação média em cada um dos quatro fatores que compõem a escala (YOSHIDA, 2000). A maior pontuação média destas mães foi quanto ao Fator “Dificuldade de identificar sentimentos e distingui-los de sensações físicas” (Média: 3,68), seguido pelos Fatores “Dificuldade de sonhar acordado” (Média: 2,95), “Dificuldade de expressar sentimentos e emoções a outras pessoas” (Média: 2,64) e “Pensamento orientado externamente” (Média: 2,49), respectivamente.

4.4 Estudo de casos múltiplos

Nesta seção serão apresentados os resultados da análise qualitativa, realizada para atingir o objetivo C do estudo. Inicialmente, estão descritos, separadamente, sete casos com indicadores positivos para a presença de funcionamento alexitímico materno. Foram escolhidos para esta etapa os casos em que as entrevistas foram realizadas pela própria autora do estudo, considerando o maior detalhamento no registro de informações. Em seguida, é apresentada uma síntese da totalidade dos casos, derivada do cruzamento dos dados.

Amanda e Arthur:

Amanda tem 28 anos de idade, ensino médio completo, trabalhou como técnica de RH, mas atualmente está desempregada. Voltou a residir com a mãe e o irmão após o que nomeia como “*separação provisória*” (sic) do pai de seu filho, Arthur, de 1 ano e 6 meses. Obteve pontuação de 79 na escala TAS-26, sendo a dificuldade de identificar sentimentos e distingui-los de sensações físicas (Média: 3,9) a característica com maior pontuação.

Descreve a saúde geral do filho como boa, destacando problemas alérgicos recorrentes ao longo do último ano, problema que é detalhado no item ‘saúde da pele’, classificada por ela como razoável. Amanda descreve o aparecimento de reações alérgicas na pele da criança, desencadeadas pelo uso de perfumes ou sabonetes e, nesse momento, se identifica com o filho, “*eu sou assim também*” (sic). Avalia as crises como brandas, mas que requerem atenção e cuidados especializados, com antialérgicos e antibióticos. Os problemas de pele da criança são relatados pela primeira vez na segunda consulta de puericultura, quando Arthur tinha apenas 1 mês e 13 dias, e não surgem como queixa da mãe e sim como observação da equipe durante o exame. Após os 5 meses de idade é que surge queixa ativa da mãe a respeito desses problemas e que a mesma passa a recorrer ao Pronto Socorro (PS), para além das condutas de cuidado sugeridas em consultas de puericultura.

Classifica a respiração de Arthur como excelente e nega que o mesmo tenha problema respiratório, porém conta sobre um episódio em que a criança ficou “*molinha*” (sic) e foi diagnosticada com sinusite em Pronto Socorro, acreditando que tenha uma causa climática, mas levantando a hipótese de que pudesse ser manha. “*Achamos que era manha. Tem dia que ele fica carentinho, que quer eu e o pai*” (sic). Em registro de consulta médica, no prontuário da criança, no mesmo dia aparece relato de queixa de tosse produtiva, à qual mãe associa a esforço, e espirros com presença de secreção há uma semana.

A respeito do comportamento, classifica-o como bom e na sequência descreve situações

em que a criança apresenta eventuais crises de raiva intensa, em situações em que não é compreendida por familiares. *“Esses dias eu estava levando ele no pai dele e ele abraçou e beijou a minha mãe, e ele queria que ela abrisse a porta e ela não entendeu, daí ele beliscou ela. Então, tem que entender ele”* (sic). Refere também teimosia intensa quando contrariado. *“Às vezes você fala que não pode, ele olha pra você e faz. E aí de você se repreender ele, ele joga tudo, estufa o peito, enfrenta”* (sic) e, por fim, dificuldade de separação em relação a ela, exceto quando está com o pai.

Não traz queixas a respeito de sono, alimentação e digestão, considerados por ela excelentes. Em prontuário está presente histórico de constipação dos três aos seis meses, descritos como esforço evacuatório intenso e presença de sangue nas fezes e também descrição de orientações da equipe sobre a importância de que a criança dormisse em cama própria.

Após a realização da coleta de dados, a dupla foi encaminhada para avaliação especializada no Ambulatório de Intervenção Precoce do Hospital das Clínicas de Botucatu (HCFMB). Atualmente, a criança se encontra em Psicoterapia de Grupo no Serviço de Saúde Mental do CSE.

Bárbara e Bernardo:

Bárbara tem 26 anos, ensino médio completo, é dona de casa e reside com o esposo e os dois filhos, sendo Bernardo, de 8 meses, a criança alvo deste estudo. Sua pontuação na escala TAS-26 foi de 76 pontos, com maior pontuação nos itens correspondentes ao pensamento orientado externamente (Média: 3,5). Bárbara não autorizou a gravação da entrevista, dificultando o detalhamento das informações.

Bárbara avalia a saúde geral de Bernardo como muito boa e conta que veio à consulta para investigação de asma, visto que a criança passou por internação recente com sintomas respiratórios graves, os quais, segundo sua interpretação, podem ter causa climática. Refere também que o filho passou a apresentar despertares noturnos após essa internação, atribuindo sentido de trauma a esses despertares, e não apresenta outras queixas a respeito do sono da criança, que é percebido por ela como muito bom.

Queixas respiratórias aparecem pela primeira vez no prontuário quando Bernardo tinha 5 meses de idade e se mantiveram constantes até a última consulta pediátrica, quando a criança já havia completado 1 ano e 7 meses. Os principais sintomas relatados são tosse e dispneia.

Bárbara percebe a alimentação do filho como excelente, mas refere que Bernardo apresenta intolerância a leite de vaca desde que nasceu, quando *“berrava de dor”* (sic), com presença de sintomas graves, mas que raramente necessitava de atendimento em Pronto Socorro

(PS). No primeiro mês de vida constam consultas semanais em PS ou puericultura em decorrência de alergia alimentar, com sintomas como cólicas, choro intenso e inconsolável e presença de gases, queixas que deixaram de aparecer após identificação de alergia e introdução de fórmula adequada na dieta.

A qualidade da digestão e da saúde da pele da criança é entendida como boa e não surgem queixas específicas nesses itens.

Em relação ao comportamento, é percebido pela mãe como muito bom. Porém, Bárbara refere que Bernardo passou a apresentar medo de médico e enfermeiro devido a internação e procedimentos, e relata também eventual dificuldade de separação em relação a ela, com episódios muito intensos.

Camila e Carolina:

Camila tem 21 anos, ensino médio completo e, atualmente, está desempregada. Reside com a filha, Carolina, de 9 meses, e o esposo. Sua pontuação no TAS-26 foi de 77 pontos, sendo que a pontuação quanto à dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los de sensações físicas (Média: 4,09) se sobressai em relação aos demais fatores da escala. Camila respondeu de forma pontual, não explorando os conteúdos devido à agitação da criança durante a entrevista.

A saúde geral da criança é avaliada pela mãe como boa, mas ao longo da aplicação do questionário é possível verificar incongruências em relação às classificações e o aparecimento de queixas nos sistemas específicos, conforme descrito abaixo.

Camila classifica o sono da filha como razoável, mas não apresenta queixas ao longo da investigação, referindo que a criança acorda uma vez durante a noite para mamar e que apresentou recentemente um episódio de pesadelo. A saúde da pele também é entendida como razoável, embora, novamente, não apresente queixas que justifiquem sua avaliação na entrevista. Porém no prontuário consta queixa de lesões eritematosas no corpo de longa duração no primeiro mês de vida, às quais a mãe atribui causa climática

Alimentação e respiração são percebidas como boas e, embora avalie a digestão como boa, relata episódios eventuais de diarreia com duração de mais de quatro dias, queixa que é repetida em consulta médica na mesma data.

O comportamento é avaliado como muito bom, ao mesmo tempo em que refere que Carolina quase sempre apresenta comportamentos de raiva/brabeza, birra/teimosia e balançar corpo/bater a cabeça em intensidade mediana, além de eventuais episódios de timidez/recusa ao contato brandos.

Débora e Daniela:

Débora tem 28 anos de idade, ensino superior completo, trabalha como *personal trainer* e vendendo doces. Reside com o esposo e a filha Daniela, de 1 ano e 3 meses. Aguarda em lista de espera para atendimento de psicologia no Setor de Saúde Mental da unidade de saúde - CSE. Sua pontuação na escala TAS-26 foi de 97, com maior prejuízo na dificuldade em sonhar acordado (Média: 5).

Débora avalia a saúde geral de Daniele como muito boa. Percebe o sono, digestão e respiração da filha como excelentes e não apresenta queixas nesses itens, porém em relação ao sono traz relato de que a criança só dorme em sua presença. *“O ritual dela sou eu, ela só dorme se for comigo”* (sic). Em análise de prontuário de Daniele não surgem queixas nos seis primeiros meses de vida da criança e os registros de conduta da equipe se referem a orientações a respeito da sobrecarga materna. A primeira queixa espontânea que surge por parte da mãe é de que a criança demanda a presença dela o tempo todo e fica muito nervosa no colo do pai quando este assume os cuidados.

A pele é descrita como boa e mãe refere que Daniele quase sempre apresenta problemas de pele de intensidade mediana, aos quais atribui causas alérgicas e climáticas. *“Ah, agora que está muito quente, ela sua muito, ela começa a se coçar, fica toda empipocada, principalmente no pescoço”* (sic).

Classifica a qualidade da alimentação da filha como muito boa e refere que a filha não apresenta problemas de peso dentro do que é apresentado em tabela, mas traz preocupações pessoais com esse aspecto. *“Eu vejo que comparado à tabela ela tá no limite, no certo. Só que eu não sei, às vezes eu fico pensando se está tudo certo mesmo, se ela não tá... Os médicos dizem que está normal”* (sic). Também traz preocupação por acreditar que a criança come pouco. *“A comida eu já pesei, ela come umas 75g de comida, eu fiquei pensando: será que é pouco? Será que tá bom? Eu tentei colocar mais, mas ela come isso aí, quando eu coloco a mais ela deixa sobrar”* (sic). Conta também que a filha se recusa a comer, mas se remete novamente à quantidade de comida e não a uma recusa total. *“Esses dois últimos dias ela não quis comer muito não, no horário. Pelo menos no horário que eu coloco ali de almoço ela não quis comer muito, não. Mas ontem ela jantou bem, ontem deu pra ver que ela estava com fome”* (sic).

Consta no prontuário da criança preocupação frequente da mãe a respeito do ganho de peso de Daniela. Ainda no prontuário, constam condutas de orientação por nutricionistas e pediatras a respeito da introdução alimentar a partir do sexto mês de vida e insistência da equipe

para que mãe sustentasse a oferta de alimentos, mesmo diante da recusa da criança, não retrocedendo a uma dieta restrita ao leite materno. Orientações de adequação de alimentação deixam de aparecer quando criança estava perto de completar um ano de idade.

Débora avalia o comportamento da filha como excelente, mas refere episódios frequentes (sempre) e intensos de raiva/brabeza e comportamentos de birra/teimosia, timidez e dificuldade de separação de intensidade mediana. Traz relato de eventos em que a criança *“chora, se joga no chão, fica sem ar, roxinha”* (sic) ao ser contrariada. *“Nós estávamos no portão e ela não queria entrar, cheguei na sala foi a mesma coisa que a cadeira, eu deixei ela em pé e ela quase caiu já, que ela tava roxinha e eu não tinha visto”* (sic). Porém, a mãe refere conseguir acolher a criança. *“E aí eu peguei, conversei com ela, fui pra fora e ela se acalmou um pouco. Mas eu percebi que ela ficou chateadinha, mais quietinha”* (sic).

Diante dos relatos da mãe, a dupla foi encaminhada para o Ambulatório de Intervenção Precoce do HCFMB, buscando melhor compreender o comportamento, fazer orientações e, se necessário, ofertar acompanhamento para a dupla.

Elaine e Eduarda:

Elaine tem 32 anos, ensino superior completo, trabalha como enfermeira. Reside com o esposo e duas filhas, sendo Eduarda, de 6 meses, a criança alvo deste estudo. A pontuação de Elaine na escala TAS-26 foi de 86 pontos, sendo a dificuldade em reconhecer sentimentos e diferenciá-los de sensações físicas (Média: 4) a característica mais acentuada.

Elaine responde pontualmente ao questionário, não explorando nenhum dos itens apresentados. Avalia a saúde da criança como muito boa e nega problemas respiratórios e de pele, percebendo as duas áreas como excelentes.

Por outro lado, apresenta queixas quanto ao sono, considerado bom após o aumento dos despertares noturnos. A alimentação é percebida como boa com o surgimento de recusa alimentar, e o comportamento é descrito como muito bom, apesar do relato de eventuais episódios de raiva e brabeza de intensidade mediana. Atribui causa de ordem digestiva a todas as dificuldades relatadas anteriormente, área descrita como razoável após mudanças na alimentação da criança. *“A gente tá se adaptando, entrou com a mamadeira e prendeu o intestino, então estamos adaptando essa parte”* (sic). *“Como está introduzindo uma alimentação diferente, o intestino não está preparado, e aí é uma adaptação dela para a alimentação”* (sic).

Queixas de constipação estão descritas em prontuário desde a primeira consulta de puericultura de Eduarda. Segundo relatos, Eduarda apresentava hábito intestinal lentificado,

cólicas, esforço para evacuar e ficava até oito dias sem evacuar. Há relato de resolução da queixa quando criança estava com 8 meses de vida completos.

Foi realizada nova entrevista com Elaine após um ano da aplicação do questionário, quando Eduarda estava com 1 ano e 6 meses. Neste momento, Elaine nega que queixas se mantenham, associando a melhora à adaptação completa na introdução alimentar. Atualmente, a mãe traz preocupação com o comportamento da criança, que não socializa com os pares, é extremamente insegura, “*grudando*” em seu colo na presença de outras pessoas, inclusive familiares, o que tem restringido a vida social da família e tem trazido muito estresse para a mãe.

Fabiana e Fernanda:

Fabiana tem 21 anos de idade, ensino médio completo e encontra-se desempregada. Reside com o esposo e a filha Fabiana, de 2 anos e 11 meses. Na escala TAS-26 obteve 74 pontos, prevalecendo a dificuldade em reconhecer sentimentos e diferenciá-los de sensações físicas (Média: 4) a característica mais acentuada.

Fabiana percebe a saúde geral da filha como muito boa. “*Eu acho que é muito boa, porque ela nem fica doente, nem nada*” (sic).

Classifica o sono da filha como bom. “*Eu acho que é bom, porque ela vai pra creche dia de semana ela dorme muito bem. Final de semana ela passa um pouquinho do horário, ela dorme tarde, daí acorda tarde também*” (sic). Refere que a criança dorme 10 horas por dia, o que considera muito. Traz relato de que criança está mais assustada e levanta a hipótese de que este comportamento pode estar relacionado à mudança de casa. “*Esses tempos ela tá um pouquinho assustada, mas acho que porque a casa é nova sabe? A gente mudou faz pouco tempo, acho que ela estranhou a casa. Mas antes ela nunca teve nada, ela dorme até sozinha, as vezes quando ela tem sono ela deita no bercinho e dorme*” (sic). E acredita que a criança pode ter tido pesadelos, “*acho que sim, porque ela acordou gritando mamãe*” (sic).

Descreve a alimentação como razoável, diferenciando o ambiente de casa e da escola. “*Razoável, pelo menos em casa. Na escola fala que ela come muito bem. Em casa como ela mora do lado dos primos ela quer ficar brincando*” (sic). Em relação à quantidade diz “*Ai, come bem! Quando ela pega pra comer ela come bem*” (sic). Conta que Fernanda se recusa a comer e rejeita novos alimentos na maioria das vezes. “*Ela tem mania de cheirar a comida, qualquer comida antes de pôr na boca ela dá uma cheiradinha. Acho que se ela não gosta do cheiro ela não come*” (sic).

A digestão da Fernanda é percebida por Fabiana como boa. Fabiana refere episódios

frequentes (sempre) de constipação, mas que não são percebidos como um problema e que, inclusive, foram tratados com normalidade pela equipe de saúde no passado. *“Ela faz um dia sim, um dia não, desde pequenininha”*; *“Quando eu passei aqui falou que era normal, mas que não pode ficar dois dias sem fazer”* (sic).

Fabiana avalia a respiração da filha como razoável, negando que a mesma tenha problema respiratório, mas refere tosse alérgica persistente, que se manifesta quase sempre e tem duração de mais de quatro dias. Não consegue classificar a gravidade. *“Eu acho que não deve ser grave, mas também não é simples”* (sic).

O comportamento também é classificado pela mãe como razoável. *“Tá muito manhosa. Tudo chora. Ninguém brigou, fala vamos tomar banho, já começa a chorar, quer bater o pé. Foi tudo depois da creche, antes ela não era assim”* (sic). Fabiana refere que a criança apresenta comportamentos de birra/teimosia quase sempre, de intensidade mediana. Nega comportamento agressivo, mas faz o seguinte relato: *“Ela pegou uma mania de se bater, mas com coisa tontinha. A gente tá conversando, brincando, ela bate na cabeça dela”* (sic). Diz que a criança apresenta episódios de medo, que, embora raros, são intensos. Mas, não consegue associar motivo e faz, novamente, hipótese de que tenha relação com a mudança de casa. *“Ela não fala do que ela tem medo. Eu pergunto e ela não fala, ela fica falando medo, medo. Não sei se ela tá estranhando a casa também”* (sic).

No prontuário médico da criança não há relatos de queixas frequentes. Existe o registro de um episódio de tosse e um de problema de pele. Ao longo do acompanhamento de puericultura são feitas orientações constantes sobre a necessidade de adequar a alimentação da criança, que contava com excesso de açúcar.

Georgea e Gabriel:

Georgea tem 29 anos de idade, ensino superior completo, trabalha como vendedora em comércio próprio. Reside com o esposo e o filho Gabriel, de 1 ano e 3 meses. Obteve 77 pontos na escala TAS-26, com maior pontuação referente a dificuldade de reconhecer sentimentos e diferenciá-los de sensações físicas (Média: 3,54).

Georgea descreve a saúde geral do filho, Gabriel, como excelente, mas no decorrer da aplicação do instrumento traz algumas queixas associadas à mudança de rotina. Como, por exemplo, quando perguntada a respeito do sono, que descreve como bom, com referência à dificuldade da criança em adormecer. *“Quando passa muito do horário ele tem, mas se a gente pega na rotina certinha, bonitinha, aí ele não tem dificuldade”* (sic). Ou quando perguntada a respeito da digestão, que classifica como excelente, mas relata episódio de dor de barriga. *“Ele*

teve na verdade essa semana, mas porque eu passei um pouquinho do horário da janta. Ele tá acostumado a comer na escola mais cedo e eu não to mandando na escola porque eu tô de férias. Aí ele teve um pouquinho de dor assim, porque eu dei mais tarde, mas depois ele dormiu e eu percebi que ele ficou um pouquinho incomodado” (sic).

A alimentação, a respiração e o comportamento de Gabriel são percebidos por Georgea como muito bons, não apresentando queixas nas duas primeiras áreas. Já a respeito do comportamento, refere que Gabriel eventualmente apresenta crises de raiva/brabeza, comportamentos de birra/teimosia e timidez/recusa ao contato, todos classificados como brandos ou muito brandos.

Nega que a criança tenha problemas de pele, mas atribui motivo de consulta extra na data da coleta, devido ao surgimento de manchas. *“Eu acho que é alergia de alguma coisa, porque assim, ela começou parecendo queimado do frio, e aí ficou um tempinho, só que agora tá vermelhinho e ta dando umas bolinhas, aí achei melhor trazer ele”* (sic). Apesar de não serem interpretados pela mãe como problemas de pele, constam no prontuário da criança queixas frequentes de pápulas e outras lesões dermatológicas pelo corpo, que se iniciaram por volta dos três meses de idade.

A descrição dos sete casos acima permite apreender que houve, muitas vezes, discrepâncias entre as respostas maternas, como, por exemplo, no caso de Camila que faz uma avaliação geral da digestão da filha como boa, mas relata episódios de diarreia de longa duração e, em seguida, avalia a pele da filha como razoável, mas não apresenta queixas desta ordem. Ou, ainda, como no caso de Amanda, que percebe o comportamento do filho como bom, mas descreve crises de raiva e teimosias intensas. Inclusive, a área do comportamento foi positivamente avaliada (“bom”, “muito bom” ou “excelente”) por seis mães; apenas Fabiana considerou o comportamento da Fernanda “razoável”. Todavia, Amanda, Bárbara, Camila, Débora e Elaine trazem, posteriormente, queixas comportamentais.

Em relação aos demais sintomas somáticos funcionais, houve relatos de dificuldade de sono, de problemas de pele, de alimentação e, em menor frequência, de respiração e digestão.

Se por uma lado, houve discrepâncias em relação às respostas e relatos maternos quanto à saúde e o comportamento dos(as) filhos(as), observa-se certa congruência entre as características alexitímicas maternas e a avaliação que as mães fizeram a respeito da criança.

Embora as sete mães tenham apresentado pontuações indicativas de funcionamento alexitímico, percebe-se que Amanda, Camila, Elaine, Fabiana e Georgea apresentaram, em comum, especialmente dificuldade de reconhecer sentimentos e diferenciá-los de sensações físicas. Ao serem questionadas sobre a saúde e o comportamento dos(as) filhos(as), em geral, é

possível observar uma dificuldade delas em atribuir significado subjetivo para os sintomas de seus filhos, utilizando causas concretas como justificativa para tais sintomas. Como no caso de Elaine, que apresenta queixas nas áreas do sono, alimentação, comportamento e digestão e refere que todos são decorrentes de problemas intestinais após a introdução alimentar da criança. Ou como o caso de Georgea, que entende a dificuldade em adormecer e as queixas gástricas do filho como mudanças na rotina.

Já Bárbara apresentou especialmente pensamento orientado externamente e, diferentemente de todas as demais, não autorizou a gravação da entrevista, dificultando o detalhamento das informações. De uma forma geral, foi sucinta e pragmática em suas avaliações.

Por fim, Débora apresentou principalmente dificuldade em sonhar acordado. Ao falar sobre sua filha, apresenta discurso bastante concreto, especialmente em relação às questões alimentares, nas quais demonstra dificuldade em perceber os sinais de saciedade da filha. Não é possível observar em seu discurso conteúdo que evidencie o fator preponderante (dificuldade em sonhar acordado), o que pode ser compreendido pela estrutura da pesquisa que utilizou instrumento fechado e focado nos sintomas somáticos funcionais das crianças.

5. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo serão discutidos, considerando-se seus objetivos específicos. Todavia, para contextualizá-los, é necessário, inicialmente, retomar as características das díades participantes.

Participaram do estudo 40 mães, com idade em torno de 20 a 30 anos e alto nível de escolaridade, uma vez que 90% delas tinham concluído o Ensino Médio, sendo que algumas tinham o Ensino Superior e, até mesmo, Doutorado. De acordo com informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), disponíveis no *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022, 53,2% da população brasileira com 25 anos ou mais concluíram o Ensino Médio. Em relação especificamente às mulheres, foco deste trabalho, 55,2% apresentam nível de escolaridade correspondente ao Ensino Médio completo (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023), percentual menor do que o encontrado no presente estudo.

O percentual de mães que concluíram o Ensino Médio também é maior do que o observado em estudo anterior, realizado por Schmitt et al. (2020), em que se avaliou a frequência de consultas de puericultura no primeiro ano da criança em uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre - RS, vinculada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). De

acordo com os resultados, 74,09% das mães tinham uma escolaridade igual ou superior a 12 anos de estudo, equivalente ao Ensino Médio completo.

O maior nível de escolaridade observado entre as mães participantes deste estudo pode estar relacionado à unidade de saúde em que a coleta do presente estudo foi realizada, o CSE - Vila dos Lavradores e a características do município. Trata-se de uma unidade de saúde central do município de Botucatu - SP, gerida pela Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB). O município de Botucatu, localizado no interior do estado de São Paulo, a, aproximadamente, 230 km da capital, tem 145.155 habitantes, segundo dados do censo de 2022. No ano de 2010, 97,8% das crianças e adolescentes, de 6 a 14 anos, do município estavam matriculados na escola (I Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). A considerar que se tratam de dados de 2010 é possível também hipotetizar que as mães participantes deste estudo, em sua maioria na faixa etária de 21 a 29 anos, faziam parte deste percentual.

Embora o nível de escolaridade tenha sido alto, acima da média nacional (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022), muitas delas se encontravam fora do mercado de trabalho no momento da coleta de dados. Algumas justificaram a necessidade de se afastarem do trabalho para se dedicarem aos cuidados dos filhos durante a pandemia de Covid-19. Segundo Costa, Barbosa e Hecksher (2021), a desvantagem das mulheres em relação à empregabilidade, com maiores chances de perderem o emprego, não é específica da crise decorrente da pandemia. Mas, a pandemia ampliou essa desvantagem (BRITO, 2020).

Possivelmente, o número considerável de mães fora do mercado de trabalho tenha refletido na mediana da renda familiar, de 2,7 salários mínimos. A renda domiciliar *per capita* do Estado de São Paulo no ano de 2021 era de 1,2 salários mínimos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022). A maioria das mães do presente estudo morava com o companheiro (pai/padrasto da criança) e a criança, filha única. Ou seja, a renda familiar corresponderia a menos de 1 salário mínimo *per capita*.

Conforme descrito acima, o modelo de família nuclear, constituída pela mãe, seu companheiro (pai ou padrasto) e filho(s) foi o mais comum entre as participantes. Embora outras constituições familiares venham ganhando espaço nas últimas décadas, trata-se de modelo hegemônico em nosso contexto (BORSA; NUNES, 2011), o que justifica a semelhança com o perfil das mães do estudo realizado em Porto Alegre - RS, em que 60,07% delas eram casadas ou estavam em união consensual (SCHMITT et al., 2020). De acordo com dados divulgados pelo IBGE, em 2021, essa era a constituição familiar de 68,79% no Estado de São Paulo (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023). Porém, diferentemente das participantes deste estudo, a família monoparental (16,74%) é mais comum no estado de São Paulo do que

extensa (13,33%).

As crianças eram, em sua maioria, os primeiros filhos, do sexo masculino, com mediana de idade de 12 meses, possivelmente porque as consultas de puericultura são mais frequentes durante o primeiro ano de vida e tornam-se mais espaçadas no decorrer do tempo (BRASIL, 2012). Essas características das crianças, especialmente em relação à idade, são importantes para a melhor compreensão dos resultados referentes à identificação de sintomas somáticos funcionais (SSF).

Como primeiro objetivo específico do estudo, buscou-se identificar a presença de sintomas somáticos funcionais (SSF) em crianças de 6 a 36 meses em acompanhamento na APS, dado que a APS é o primeiro recurso a ser buscado diante de uma necessidade em saúde e se mostra resolutiva no tratamento de problemas comuns (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

De acordo com a percepção materna, a saúde geral do(a) filho(a) é boa, muito boa ou excelente, sendo que apenas duas mães avaliaram a saúde geral do(a) filho(a) como razoável. Ao mesmo tempo, aproximadamente um terço das mães avaliaram a qualidade do sono da criança como razoável ou ruim, sendo a dimensão pior avaliada.

Um estudo com crianças portuguesas, em idade escolar, apontou para uma prevalência de 18% de perturbações de sono (KLEIN; GONÇALVES, 2008), abaixo do encontrado no presente estudo. Todavia, essa diferença pode estar relacionada à faixa etária das crianças, uma vez que as perturbações de sono parecem mais frequentes em idades mais precoces. Em um estudo com crianças na faixa etária pré-escolar, 29% delas apresentavam dificuldades relativas ao sono (EL RAFIHI-FERREIRA et al., 2016) e em outro estudo com bebês de zero a três anos, 40% deles apresentavam distúrbios do sono (NUDELMANN; VIVIAN, 2019). Dessa forma, considerando a idade das crianças participantes do estudo, de 6 a 36 meses, a prevalência de dificuldades de sono esteve abaixo do apontado pela literatura (NUDELMANN; VIVIAN, 2019), embora tenha sido a área pior avaliada pelas mães.

O sono é uma necessidade biológica e um fator determinante de saúde em crianças e adolescentes (TRINDADE; RAMOS, 2020), sendo que sua privação e/ou perturbações podem ter consequências indesejáveis para o crescimento, o desenvolvimento e o comportamento infantil (EL RAFIHI-FERREIRA et al., 2016; TRINDADE; RAMOS, 2020).

Considerando a perspectiva teórica da psicossomática, o sono pode traduzir uma desordem no universo mãe-bebê, no qual a mãe ofereceria respostas desadaptadas e contraditórias às necessidades libidinais e orgânicas do bebê (DONELLI, 2011).

De acordo com a percepção materna, a maioria das crianças do presente estudo acorda à noite, de uma a três vezes, principalmente por fome, diferentemente do encontrado no

estudo de Isotton e Souza (2019), com crianças da mesma faixa etária, em que a maioria nunca ou raramente acorda três a quatro vezes por noite. No estudo de Henrique et al. (2022), os despertares noturnos estiveram associados à percepção materna de problemas no sono da criança, podendo explicar, assim, a avaliação negativa da qualidade do sono da criança para 30% das mães do presente estudo.

Ao mesmo tempo, embora os despertares noturnos sejam frequentes para a maioria das crianças participantes, elas não apresentam dificuldade em voltar a dormir, assim como verificado no estudo de Isotton e Souza (2019), em que apenas 12% das crianças frequentemente permanecem acordadas por mais de trinta minutos.

A média de tempo de sono das crianças participantes, ao longo do dia, foi de 11 horas, o que está dentro do esperado, se considerarmos a faixa etária e, principalmente, que a mediana de idade das crianças do estudo foi de 12 meses (HIRSHKOWITZ et al., 2015). Todavia, uma em cada quatro mães avalia que seu(sua) filho(a) dorme pouco.

Além de tempo adequado de sono, as crianças não apresentam dificuldade para adormecer, mas necessitam de rituais antes de dormir, como tomar banho, mamar, fazer orações, ouvir histórias e músicas calmas. Para as sonecas diurnas é referida também a necessidade de recriar um ambiente noturno com o fechamento das janelas. Hall e Nethery (2019), em estudo de revisão sistemática, encontraram associação significativa entre tais práticas de higiene do sono com a melhora da qualidade geral do sono e, em contrapartida, relacionam a presença de ruídos, luminosidade e exposição às tecnologias com maior latência e menor tempo de sono na primeira infância.

Ainda em relação ao sono, assim como no estudo de Isotton e Souza (2019), chama a atenção que muitas mães nunca, ou raramente, observaram a ocorrência de pesadelos em seus(suas) filhos(as). Inclusive, duas delas não conseguiram responder à pergunta por não entenderem se os filhos já sonham.

Em suma, embora as perturbações de sono tenham sido os sintomas somáticos funcionais mais frequentes neste estudo, poucas mães dizem já ter relatado estas queixas durante a consulta pediátrica no serviço de saúde. De fato, resultados parciais do projeto mais amplo, referentes às queixas relatadas espontaneamente pelas mães durante a consulta pediátrica na unidade de saúde e registradas pelo profissional no prontuário, apontam que as queixas de sono foram as menos frequentes (ALMEIDA, 2023).

Quanto à alimentação e digestão, se por um lado os problemas de alimentação foram frequentemente relatados, sendo menos frequentes apenas que os problemas de sono, por outro, os problemas de digestão foram os menos frequentes. A maioria referiu que os filhos nunca ou

raramente apresentaram sintomas digestivos, diferentemente dos estudos de Maebara et al. (2013) e Santos et al. (2021), em que os problemas gastrointestinais estiveram entre as principais demandas de crianças de zero a 12 anos e também em bebês até um ano de idade. Todavia, os problemas digestivos são aqueles que as mães afirmaram relatar mais frequentemente à equipe de saúde, quando acontecem, o que pode explicar a diferença com os estudos acima, ambos realizados com base no registro da consulta de puericultura.

Em relação à alimentação, assim como no estudo de Maebara et al. (2013), 30% das mães avaliaram que os(as) filhos(as) têm uma alimentação “razoável” ou “ruim”. De acordo com Müller, Marin e Donelli (2015), as dificuldades alimentares são aquelas que implicam em alterações tanto na quantidade quanto na qualidade da alimentação, além de dificuldades com tipos específicos de alimentos. E, embora suas causas sejam múltiplas, os aspectos relacionais devem ser prontamente considerados, uma vez que a alimentação constitui-se uma via primordial de troca e comunicação entre a criança e seus cuidadores. “Como a necessidade alimentar se constitui como a primeira forma de troca e comunicação entre a mãe e o bebê, o alimento passa a ser signo de prazer ou de sua falta na relação” (MÜLLER; MARIN; DONELLI, 2015, p. 197).

A principal queixa em relação à alimentação foi a recusa alimentar, justificada pelas mães pela preferência das crianças, ou seja, as crianças recusam um alimento por não gostarem do mesmo. O comportamento de recusa alimentar, em geral, foi percebido pela mãe porque as crianças regurgitam ou cospem o alimento. Por outro lado, a maior parte nunca vomitou o alimento durante ou logo após a refeição e também nunca guardou o alimento na boca e depois colocou pra fora.

Para Kieslich (2012), o comportamento de recusa alimentar é uma forma de crianças muito pequenas conseguirem marcar um limite diante de mães muito invasivas. Por conseguinte, não é incomum observar que, na ânsia de que a criança fique alimentada, algumas mães apresentam práticas alimentares inadequadas como substituir a "comida" por mamadeira ou leite materno (ROTENBERG; DE VARGAS, 2004).

Se, por um lado, as mães apresentaram uma percepção frequente de recusa alimentar, por outro, há percepções positivas em relação à alimentação da criança. Foram escassas as queixas referentes ao peso da criança e à presença de alergia/intolerância. Todas as crianças participantes tinham 6 meses ou mais, definidos pelos critérios de inclusão no estudo, idade em que se inicia a introdução alimentar (BRASIL, 2003), e 50% delas estavam com mais de 12 meses. Portanto, era esperado que quase todas já comessem outros alimentos além do leite, o que foi corroborado pelas respostas maternas, sendo que a grande maioria comia de tudo e

em quantidade adequada. Algumas características sociodemográficas como níveis mais altos de escolaridade, podem ter contribuído para que a alimentação complementar fosse introduzida no tempo adequado (MELO et al., 2021).

Porém, iniciada a introdução de alimentos complementares ao leite aos 6 meses de vida da criança, há um processo até a alimentação cotidiana da família (ROTENBERG; DE VARGAS, 2004), que inclui a apresentação gradual e constante de novos alimentos, entre outros comportamentos. Segundo as mães, os(as) filhos(as) reagem bem à apresentação de novos alimentos, “aceitando sempre, sem reclamar”. A oferta de alimentos, geralmente, é feita durante a refeição da família, quando a criança demonstra estar com fome, independente do horário, ou no horário da refeição independente da fome, sendo atribuída a essa última a tentativa da família de incorporar a rotina da creche. Em relação à demonstração de fome, as crianças chamam e resmungam para fazê-lo, ou encontram outras maneiras, como apontando os alimentos ou utensílios.

No geral, as crianças participam da principal refeição comendo com as mãos ou comendo sozinhas com uma colher, sendo o momento da alimentação considerado um momento muito agradável. Contudo, algumas mães referiram a necessidade de rituais como condição para que a criança se alimente, como o uso de telas (desenho).

Ainda em relação à alimentação, mais da metade das crianças experienciou levar coisas não comestíveis para a boca, comportamento comum nos bebês e crianças pequenas. Em sua obra “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, Freud (1905) propõe que a organização sexual infantil se inicia na fase oral (do nascimento aos 18 meses). Nesta fase a criança leva tudo à boca, uma vez que é esse o órgão que propicia a ele conhecer o mundo à sua volta e obter satisfação através da amamentação, bem como iniciar suas primeiras relações com objetos da pulsão sexual (COUTO, 2017).

Já em relação à respiração e à pele, aproximadamente, um quarto das mães as avaliaram negativamente. Quando foram realizadas perguntas mais diretas e pontuais sobre esses problemas, um número ainda maior relatou dificuldades nestas áreas de seus(suas) filhos(as), embora, na maior parte das vezes, a queixa tivesse caráter pontual e de pouca gravidade, como episódio recente de sinusite, resfriado ou pneumonia em relação aos quadros respiratórios. Assim como nos estudos de Maebara et al. (2013) e Santos et al. (2021) e segundo resultados preliminares do projeto mais amplo (ALMEIDA, 2023), as queixas respiratórias foram as mais frequentes em consultas de puericultura, especialmente tosse e coriza.

As infecções respiratórias agudas são processos infecciosos autolimitados que acometem o aparelho respiratório e, embora as manifestações clínicas e a gravidade dos

sintomas variem de acordo com o tipo de infecção, de modo geral são quadros leves ou moderados (BARBOSA et al., 2022). Considerando-se o referencial teórico psicossomático, os quadros respiratórios agudos podem evidenciar as circunstâncias psicológicas do momento da crise (PINTO, 2004).

Porém, algumas mães relataram quadros respiratórios crônicos, principalmente rinite e asma, quadros prevalentes na infância (LEAL et al., 2022). Algumas crianças, inclusive, apresentam dificuldades frequentes e com gravidade, sendo necessário, muitas vezes, atendimento em emergência pediátrica. As doenças respiratórias estão entre as principais causas de internações pediátricas (PEDRAZA; ARAÚJO, 2017), sendo que essas internações apresentam padrão de distribuição dependente da faixa etária e da sazonalidade, ou seja, são mais comuns nos bebês e crianças menores e no início do outono (NATALI et al., 2011).

Em uma perspectiva psicossomática, a asma infantil poderia estar relacionada à impossibilidade do bebê estruturar defesas psíquicas através de um espaço de subjetivação na ausência materna. Ao passo que na presença materna, a relação mãe-bebê estaria marcada por superinvestimento da mãe (DONELLI, 2011).

Já os problemas de pele, em geral, foram atribuídos a causas alérgicas e climáticas, sendo possível realizar tratamento médico em casa, ou mesmo cuidados sem necessidade de prescrição médica. A dermatite atópica é uma doença inflamatória crônica, recidivante, ou seja, apresenta períodos de remissão e de exacerbação. De acordo com um estudo de revisão da literatura, quando manifestada nos primeiros anos de vida, possui relação com demais atopias (asma, rinite alérgica e alergia alimentar) (SILVA et al., 2022). Portanto, é possível pensar que as crianças que apresentaram queixas referentes à pele também apresentaram queixas respiratórias.

Ainda em relação aos sintomas somáticos funcionais, assim como aconteceu com respiração e pele, quando foram realizadas perguntas específicas sobre comportamento, as mães apresentaram mais queixas em comparação à avaliação realizada inicialmente. De acordo com Lewandowski et al. (2020, p. 125), “os distúrbios de comportamento sinalizam dificuldades no estabelecimento da segurança do apego dos bebês em relação às suas mães, seja por características próprias ou mesmo por características da mãe, destacando-se a psicopatologia materna”. Em um estudo qualitativo em que se buscou compreender a manifestação de sintomas somáticos funcionais em bebês entre seis e 12 meses, cujas mães apresentaram depressão, a área do comportamento foi a que se destacou entre os sintomas manifestados, especialmente quanto à braveza, com ataques de raiva frequentes. Esses sintomas eram expressos intensamente quando os bebês estavam aos cuidados das mães, ratificando, segundo as autoras, que a

manifestação de sintomas precoces aponta para uma dificuldade na interação mãe-bebê (Silva et al., 2018).

Assim como no estudo de Silva et al. (2018), no presente estudo, segundo a percepção materna, ao menos metade das crianças apresentavam comportamentos de raiva ou brabeza, sempre ou quase sempre e de forma intensa. A literatura aponta que os pais acreditam que seus(suas) filhos(as), desde muito cedo, podem sentir raiva, mas a forma de comunicá-la seria diferente, a depender da idade do bebê. Por um lado, aos 3 meses, os pais acreditam que os bebês expressam raiva principalmente por meio do choro e, em menor frequência, por vocalizações. Já aos 6 meses, a emissão de sons, tipo vocalizações, é mais referida pelos pais do que os choros (NUNES; AQUINO; SALOMÃO, 2018).

No presente estudo aparecem relatos, como o de Amanda, sobre demonstração de raiva através de comportamentos dirigidos ao outro (*“Esses dias eu estava levando ele no pai dele e ele abraçou e beijou a minha mãe, e ele queria que ela abrisse a porta e ela não entendeu, daí ele beliscou ela. Então, tem que entender ele”*), ou no relato de Fabiana, sobre comportamento dirigido à própria criança (*“Ela pegou uma mania de se bater, mas com coisa tontinha. A gente tá conversando, brincando, ela bate na cabeça dela”*). Tais comportamentos se assemelham a comportamentos agressivos que, por sua vez, foram pouco relatados pelas mães, diferentemente do observado por Schwochow et al. (2019). Além dos comportamentos de agressividade e balançar o corpo/bater a cabeça terem sido os menos relatados pelas mães, entre aquelas que relataram esses comportamentos, poucas referiram que os mesmos acontecem com frequência ou alta intensidade.

Possivelmente, essa diferença entre os resultados do presente estudo e do estudo de Schwochow et al. (2019) se deu pelo contexto de coleta de dados. Enquanto o presente estudo foi realizado com crianças em seguimento pediátrico de rotina na Atenção Primária à Saúde, o estudo de Schwochow et al. (2019) foi realizado com famílias atendidas em um centro especializado de psicoterapia pais-bebê.

Ademais, Amanda e Fabiana, cujos relatos denotam comportamentos de agressividade, são mães que apresentaram pontuações indicativas de alexitimia, uma característica de funcionamento psíquico que pode contribuir para a manifestação de sintomas somáticos funcionais na criança (STEIN; DONELLI, 2021). Stein e Donelli (2021) realizaram um estudo qualitativo com díades formadas por mães alexítimicas e filhos, de zero a 36 meses, e identificaram que as crianças apresentavam especialmente sintomas relativos ao comportamento, como crises de raiva, violência contra si e o próximo, assim como no presente estudo. Todavia, as autoras salientam que as mães acreditavam que eram características

inerentes das crianças e não compreendiam como um sintoma da relação.

Retomando os resultados do presente estudo, os comportamentos de birra/teimosia, embora bastante citados, são menos frequentes e intensos do que os comportamentos de raiva. A presença de comportamentos de birra e teimosia em pré-escolares costuma estar associada a um estilo parental permissivo, no qual os pais buscam, ao máximo, que seus filhos não sofram frustrações e interpretam o comportamento como natural, que passaria com o tempo (PRADO et al., 2022). Ao mesmo tempo, comportamento de superproteção materna se associa a traços alexitímicos (OZDEMIR et al., 2022).

A timidez/recusa ao contato foram ainda menos frequentes do que raiva/braveza e birra/teimosia e sem intensidade. Conforme salientado anteriormente, os distúrbios de comportamento expressam distúrbio da relação mãe-criança e, portanto, podem ser impactados por variáveis maternas. A literatura aponta associação, por exemplo, entre a alexitimia materna e comportamento de internalização das crianças, como ansiedade e retraimento (DAVODI-BOROUJERD et al., 2022).

Portanto, a literatura indica que os comportamentos mais citados pelas mães do presente estudo, de raiva e braveza, de birra e teimosia, de timidez e recusa ao contato, respectivamente, parecem associar-se ao funcionamento alexitímico materno, que será posteriormente abordado.

A dificuldade de separação, por sua vez, foi citada por quase metade das mães, sendo considerada frequente. A busca pela proximidade com a mãe (ou cuidador principal) e a ansiedade de separação são comportamentos saudáveis e esperados, que têm como objetivo manter uma relação afetiva estável com essa(s) figura(s) do seu meio social, considerada(s) figura(s) de apego (DALBEM; DELL'AGLIO, 2005; ROSSETTI-FERREIRA, 1984). “O apego corresponde a uma ligação com uma pessoa em especial, chamada de figura de apego, que é procurada pela criança durante uma situação de sofrimento e é vista por ela como sendo mais apta a lidar com o mundo” (MENDES; ROCHA, 2016, p. 3).

O apego se desenvolve ao longo do primeiro ano de vida, se tornando muito intenso no segundo semestre, especialmente a partir do 7º / 8º mês de vida, passando a diminuir ou modificar suas formas de expressão por volta de 3 ou 4 anos (ROSSETTI-FERREIRA, 1984), o que pode explicar a alta frequência de dificuldade de separação nas díades participantes, uma vez que mais de 80% das crianças participantes tinham entre 6 e 24 meses.

Trata-se de um vínculo considerado crucial para o desenvolvimento inicial do bebê, uma vez que o reconhecimento de uma figura disponível e que oferece respostas às demandas proporciona sentimento de segurança (DALBEM; DELL'AGLIO, 2005; ROSSETTI-FERREIRA, 1984) e favorece à exploração do ambiente (PONTES, 2007; ROSSETTI-

FERREIRA, 1984), permitindo à criança utilizar a figura de apego como uma base segura para explorar o ambiente e como refúgio seguro para restabelecer a calma (BURUTXAGA et al., 2018).

Porém, quando esse comportamento ocorre de forma exacerbada, como é o caso de algumas crianças deste estudo, pode indicar um estilo de apego inseguro. Segundo Pontes (2007), bebês com apego inseguro tendem a chorar muito na ausência da mãe, sendo o choro um indicativo de ansiedade e insegurança, como no caso de Eduarda. Segundo sua mãe, Elaine, a criança não socializa com os pares, é extremamente insegura, “*grudando*” em seu colo na presença de outras pessoas, inclusive familiares, o que tem restringido a vida social da família e tem trazido muito estresse para a mãe.

Por fim, embora o medo tenha sido mencionado por, aproximadamente, um terço das mães, parece acontecer de forma pouco intensa e frequente. Trata-se de uma emoção primária e presente desde o nascimento, que tem como função primordial proteger a pessoa de se colocar em risco de vida. Entre as crianças, são comuns os medos de animais, do escuro, de trovão, de médico e dentista, entre outros, sendo estes medos transitórios. Em um estudo com 260 responsáveis por crianças e adolescentes, na faixa etária de 4 a 19 anos, quase metade respondeu que o(a) filho(a) tinha medo(s), sendo mais frequente na faixa etária pré-escolar (70,83%) (MARTELETO; SCHOEN, 2020). Especificamente em relação aos medos noturnos, que acabam afetando o sono da criança, realizou-se um estudo com 71 pais de crianças com idade entre os 4 e os 6 anos com intensos medos noturnos. Os medos de “fantasma”, “escuro” e “sonhos assustados” foram os mais comuns, enquanto que “escuro” e “dormir longe dos pais” foram os mais intensos (EL RAFIHI-FERREIRA et al., 2021).

Em suma, considerando-se o objetivo específico A, de identificação dos sintomas somáticos funcionais das crianças, observa-se maior frequência de sintomas referentes ao sono e menor frequência de sintomas digestivos. Todavia, ao longo da aplicação do questionário com as mães, foi comum surgirem novas queixas e relatos de dificuldades em diferentes áreas, mesmo com uma avaliação inicial positiva da saúde e do comportamento do(a) filho(a).

O presente estudo também buscou identificar indicadores de alexitimia materna, de acordo com o objetivo específico B. Segundo os resultados encontrados, a prevalência de alexitimia na amostra estudada foi de 25%, acima da prevalência encontrada em estudos internacionais, entre 5% e 17% (MATILLA et al., 2007) e 5% e 14,3% (SEQUEIRA; SILVA, 2019). Contudo, resultados parciais, ainda não publicados, de prevalência de alexitimia na população adulta atendida no mesmo serviço de saúde em que foi realizado o estudo têm apontado taxas em torno de 30%, próximo ao encontrado no presente estudo (REZENDE,

2023).

A literatura internacional aponta que algumas características sociodemográficas, econômicas, educacionais e de saúde podem estar associadas à prevalência de alexitimia, sendo sua prevalência maior entre os homens, indivíduos mais velhos, em piores condições socioeconômicas, educacionais e de saúde (MATILLA et al., 2007). No presente estudo, além da participação exclusivamente de mulheres, menos suscetíveis a apresentarem funcionamento alexitímico em comparação aos homens, as mães eram jovens e apresentavam condições educacionais melhores do que a média da população brasileira.

Entre aquelas mães que pontuaram para alexitimia, segundo os critérios do instrumento, verifica-se que a maior pontuação foi quanto à dificuldade de identificar sentimentos e distingui-los de sensações físicas, que relaciona-se à má interpretação de sensações somáticas que acompanham as emoções. Essa tendência a ignorar ou evitar os processos emocionais pode levar ao aumento de relatos de sintomas somáticos (ASGARABAD et al., 2023), a uma avaliação negativa do estado de saúde, a partir de interpretação equivocada de sensações somáticas e corporais (MATTILA et al., 2009) e a impactos sobre o funcionamento físico, fadiga e bem estar emocional (MYLES; MERLO, 2021).

Dificuldade de sonhar acordado, de expressar sentimentos e emoções a outras pessoas e pensamento orientado externamente tiveram médias de pontuação próximas e abaixo da dificuldade de identificar sentimentos e distingui-los de sensações físicas, comentada acima.

Cabe ressaltar que, no presente estudo, utilizou-se de pontuação em quatro fatores, componentes da alexitimia proposta pelo instrumento TAS-26, em sua versão original (YOSHIDA, 2000). Porém, estudos internacionais propõem que a estrutura da alexitimia tenha como componentes centrais somente três fatores (Dificuldade de identificar sentimentos e distingui-los de sensações físicas, dificuldade de expressar sentimentos e emoções a outras pessoas e pensamento orientado externamente), entendendo a dificuldade de sonhar acordado (fantasiar) como um componente correlato e que não pode ser medido nas diferentes escalas de alexitimia analisadas (PREECE et al., 2017; PREECE et al., 2020). Já a análise fatorial da versão em português do TAS-26 aponta uma estrutura em três fatores, mas propõe que dificuldade de descrever sentimentos e dificuldade em sonhar acordado (fantasiar) sejam tomados como um mesmo fator (YOSHIDA, 2007). De qualquer forma, não há controvérsias quanto ao fator dificuldade de identificar sentimentos e distingui-los de sensações físicas, o que pode explicar sua maior pontuação em relação aos demais fatores.

Ao mesmo tempo, o funcionamento alexitímico materno pode dificultar a relação mãe-criança à medida em que a mãe não reconhece e não atende satisfatoriamente às necessidades

de seus bebês (STEIN; DONELLI, 2021). Sendo assim, o presente estudo buscou também compreender a percepção de mães alexitímicas a respeito dos sintomas somáticos funcionais dos filhos e de que maneira essa leitura se transforma em demanda de cuidado no serviço de saúde (objetivo específico C).

O estudo de casos múltiplos apontou que houve discrepâncias em relação às respostas e relatos maternos maternos quanto à saúde e o comportamento dos(as) filhos(as), corroborando os achados de que o funcionamento alexitímico associa-se à capacidade materna de perceber sintomas somáticos funcionais (JUNGSMANN et al., 2022) de seus filhos. A literatura sobre alexitimia materna sugere prejuízos na capacidade de mentalização das mães (STEIN; DONELLI, 2021) e na função reflexiva pós-natal (AHRNBERG, 2020), que correspondem, respectivamente, às habilidades do cuidador de compreender os próprios estados mentais e os de outros e, então, oferecer respostas condizentes com o estado interno da criança e que expressem adequadamente suas emoções (SCHAEFER; BECKER; DONELLI, 2023).

Essa discrepância das respostas maternas pode ser notada especialmente quanto à avaliação que elas fizeram do comportamento da criança, o que pode ser justificado pelo próprio funcionamento alexitímico, que pressupõe uma dificuldade em identificar emoções e a preponderância do pensamento operatório, orientado para o mundo externo (RODRIGUES et al., 2014; VALENTE, 2012). Pode-se supor que a identificação de sintomas de sono, alimentação, entre outros, seria mais fácil para essas mães.

Além disso, observa-se que as mães, especialmente aquelas que apresentaram mais dificuldade de reconhecer sentimentos e diferenciá-los de sensações físicas, tiveram dificuldade em atribuir significado subjetivo para os sintomas de seus filhos. Elas utilizaram causas concretas como justificativa para tais sintomas, assim como no estudo de Stein e Donelli (2021), em que há a identificação do SSF da criança, mas as mães o atribuem a características de personalidade da criança, sem compreendê-lo como sintoma da relação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo avança em relação a estudos anteriores realizados no contexto nacional, por ter sido realizado na APS, principal vínculo do paciente com o serviço de saúde, confirmando a capacidade de identificação de SSF nessa esfera de cuidado. Os resultados apontam que os problemas de sono, de alimentação e de respiração são os mais frequentes em crianças de zero a 36 meses atendidas na APS, embora sejam pouco relatados durante as consultas. Despertares noturnos e recusa alimentar são frequentes e necessitam ser olhados pela equipe da APS.

Ao mesmo tempo, percebe-se que algumas características de funcionamento psíquico

(alexitimia) materno podem, por um lado, facilitar o surgimento destes sintomas e, por outro, dificultam seu manejo e sua resolução, podendo levar a dificuldades posteriores. Ou seja, essa mãe, cuidadora principal da criança, também precisa ser acolhida nos serviços de saúde, diante das dificuldades em sua maternagem.

Desta forma, os resultados do presente estudo trazem contribuições para as ações em saúde voltadas à criança, reforçando a importância de se avançar no atributo da integralidade do cuidado, que possibilite um olhar para a díade mãe-criança. É importante lembrar que a própria política PNAISC prevê ações de fortalecimento de vínculos familiares como um dos recursos para promoção do desenvolvimento integral da criança e a APS seria o contexto privilegiado para isso.

Ainda, diferentemente da maior parte da literatura nacional sobre sintomas somáticos funcionais, este estudo utilizou um instrumento fechado para sua identificação, possibilitando a análise quantitativa descritiva e, portanto, um mapeamento da frequência dos sintomas. Ao mesmo tempo, o uso de instrumentos fechados dificultaram a análise qualitativa.

De fato, inicialmente, o estudo buscava identificar a associação entre a presença de sintomas somáticos funcionais em crianças e indicadores de alexitimia materna. Portanto, foi delineado como um estudo quantitativo, utilizando instrumentos fechados e focados nas variáveis de interesse. Porém, em função das dificuldades encontradas para a coleta de dados de uma amostra maior, compatível com a análise estatística proposta, e também pelo desejo de compreender a percepção dessas mães sobre os sintomas nas crianças, o estudo foi redesenhado para um estudo quanti-qualitativo.

Para responder ao novo objetivo, foram retomadas as gravações da aplicação dos instrumentos, com especial atenção aos conteúdos espontâneos trazidos pelas mães e para a tentativa de atribuir sentido aos sintomas, assim como foram retomadas as anotações no prontuário. Considerando a alexitimia pressupõe como uma de suas características o pensamento concreto, com dificuldade em ampliar discurso, sugerimos que sejam realizados novos estudos que utilizem entrevista aberta e que considerem aspectos da vida da mãe para melhor compreensão de seu funcionamento psíquico.

REFERÊNCIAS

- AHRNBERG, H. *et al.* Association between parental alexithymic traits and self-reported postnatal reflective functioning in a birth cohort population. Findings from the FinnBrain cohort study. **Psychiatry Research**, Limerick, v. 286, p. 112869, 2020.
- AHRNBERG, H. *et al.* Maternal alexithymic traits are related to lower maternal sensitivity and higher hostility in maternal caregiving behavior - The FinnBrain birth cohort study. **Frontiers in Psychology**, Pully, v. 12, p. 704036, 2021.
- AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D. **Manual de psicopatologia infantil**. São Paulo: Masson, 1983.
- ALMEIDA, M. M. **Sintomas psicofuncionais de crianças atendidas na APS: relato espontâneo e resposta a instrumento fechado**. 2023. 21 f. Relatório (Programa de Iniciação Científica) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2023.
- ANDRADE, C. J.; BACCELLI, M. S.; BENINCASA, M. O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana. **Vínculo**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-13, 2017.
- ARANCIBIA, M. M.; BEHAR, A. R. Alexitimia y depresión: evidencia, controversias e implicancias. **Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría**, Santiago de Chile, v. 53, n. 1, p. 24-34, 2015.
- ARAUJO, R. M.; GOMES, F. P. Pesquisa quanti-qualitativa em administração: uma visão holística do objeto em estudo. In: SEMINÁRIO EM ADMINISTRAÇÃO, 8., 2005, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: SEMEAD, 2005.
- ASGARABAD, M. H. *et al.* The relationship of alexithymia to pain and other symptoms in fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. **European Journal of Pain**, Chichester, v. 27, n. 3, p. 321-337, 2023.
- AZEVEDO, E. C. *et al.* Leitura materna sobre depressão pós-parto e sintomas psicofuncionais: um caso de psicoterapia mãe-bebê. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 79-100, 2020.
- BARBOSA, A. A. M. *et al.* As infecções respiratórias agudas na infância como problemas de saúde pública no Brasil. In: OLIVEIRA, T. R. S.; BARBOSA NETO, O. (org.). **Ciências Biológicas e da Saúde: integrando saberes em diferentes contextos**. São Paulo: Editora Científica Digital, 2022. p. 71-79. V. 1.
- BASEGGIO, D. B. Psicossomática na infância: uma abordagem psicodinâmica. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 629-639, 2012.
- BECK, J. E. A developmental perspective on functional somatic symptoms. **Journal of Pediatric Psychology**, Cary, v. 33, n. 5, p. 547-562, 2008.
- BORSA, J. C.; NUNES, M. L. T. Aspectos psicossociais da parentalidade: o papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 29, n. 64, p. 31-39, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos: álbum seriado.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 20 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10_passos.pdf. Acesso em: 4 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 13 mar. 2023.

BRITO, D. J. M. **A pandemia da Covid-19 amplia as desigualdades de gênero já existentes no mercado de trabalho brasileiro?** Salvador: Observatório Mercado de Trabalho do Nordeste e Covid-19, 2020. (Boletim, n. 03). Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Getrab-Ufba/publication/345008184_A_pandemia_da_Covid-19_amplia_as_desigualdades_de_genero_ja_existentes_no_mercado_de_trabalho_brasileiro/links/5f9c270b92851c14bcf314e3/A-pandemia-da-Covid-19-amplia-as-desigualdades-de-genero-ja-existentes-no-mercado-de-trabalho-brasileiro.pdf. Acesso em: 21 ago. 2023.

BURUTXAGA, I. *et al.* Apego y vínculo: una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. **Temas de Psychoanálisis**, Barcelona, n. 15, 2018.

CAMBUÍ, H. A.; NEME, C. M. B.; ABRÃO, J. L. F. A constituição subjetiva e saúde mental: contribuições winnicottianas. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 131-145, 2016.

CARNEIRO, B. V.; YOSHIDA, E. M. P. Alexitimia: uma revisão do conceito. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 103-108, 2009.

COSTA, J. S.; BARBOSA, A. L. N. H.; HECKSHER, M. **Desigualdades no mercado de trabalho e pandemia de Covid-19.** Rio de Janeiro: IPEA, 2021. (Texto para Discussão, n. 2684). Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/210825_td_2684.pdf. Acesso em: 21 ago. 2023.

COUTO, D. P. Freud, Klein, Lacan e a constituição do sujeito. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 1-10, 2017.

DALBEM, J. X.; DELL'AGLIO, D. D. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 12-24, 2005.

DAVODI-BOROUJERD, G. *et al.* The relation between maternal personality and internalizing/externalizing behaviors: mediating role of maternal alexithymia, children's alexithymia and emotional regulation. **Iranian Journal of Psychiatry**, Tehran, v. 17, n. 1, p. 61-71, 2022.

DONELLI, T. M. S. Considerações sobre a clínica psicológica com bebês que experimentaram internação neonatal. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Juiz

de Fora, v. 4, n. 2, p. 228-241, 2011.

FERNANDES, N.; TOMÉ, R. Alexitimia. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, Pronto, v. 3, n. 2, p. 97-115, 2001.

FERNÁNDEZ, F. A. La alexitimia y su trascendencia clínica y social. **Salud Mental**, Ciudad del Mexico, v. 34, n. 6, p. 481-490, 2011.

FORTES, T. R.; BORDIN, I. A. S.; SEMER, N. L. Toronto Alexithymia scale: adaptation of the brazilian version to low-educated adults. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 27, n. 67, p. 100-109, 2017.

FREUD, S. **Obras completas, volume 6**: três ensaios sobre a teoria da sexualidade. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FRIZZO, G. B. *et al.* Avaliação de sintomas psicofuncionais em bebês: revisão crítica da literatura sobre o uso do *Symptom Checklist*. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 2, p. 100-117, 2018.

HALL, W. A.; NETHERY, E. What does sleep hygiene have to offer children's sleep problems? **Paediatric Respiratory Reviews**, London, v. 31, p. 64-74, 2019.

HENRIQUE, N. C. P. *et al.* Child sleep habits and maternal perception throughout the child's first year of life. **Jornal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 321-330, 2022.

HIRSHKOWITZ, M. *et al.* National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations. **Sleep Health**, New York, v. 1, n. 4, p. 233-243, 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama dos municípios**. Censo Demográfico. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/botucatu/panorama>. Acesso em: 15 ago. 2023.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE divulga o rendimento domiciliar per capita 2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2021.pdf. Acesso em: 15 ago. 2023.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Domicílios, por sexo do responsável e espécie da unidade doméstica**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6788#resultado>. Acesso em: 15 ago. 2023.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Educação 2022**: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD Contínua). Rio de Janeiro: IBGE, 2023. 16 p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102002_informativo.pdf. Acesso em: 16 ago. 2023.

ISOTTON, L.; SOUZA, J. S. M. Conhecimento de pais quanto aos hábitos do sono em crianças de 0 a 3 anos. **Uniciências**, Cuiabá, v. 23, n. 2, p. 95-98, 2019.

JUNGSMANN, S. M. *et al.* Functional somatic symptoms and emotion regulation in children and adolescents. **Clinical Psychology in Europe**, Trier, v. 4, n. 2, p. e4299, 2022.

KIESLICH, A. R. **Comer, comer... para poder crescer!:** as patologias da esfera oro-alimentar sob uma perspectiva psicanalítica. 2012. 43 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Psicologia) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2012.

KLEIN, J. M.; GONÇALVES, A. Problemas de sono-vigília em crianças: um estudo de prevalência. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 13, n. 1, p. 51-58, 2008.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEAL, L. F. *et al.* Prevalência de doenças respiratórias crônicas e uso de medicamentos entre crianças e adolescentes no Brasil - um estudo transversal de base populacional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 22, n. 1, p. 45-53, 2022.

LEVANDOWSKI, D. C. *et al.* Sintomas psicofuncionais em bebês: caracterização e avaliação. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA. *et al.* (org.). **Proposico**: Programa de Atualização em Psicologia Clínica e da Saúde: ciclo 4. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2020. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3). p. 121-151.

MAEBARA, C. M. L. *et al.* Consulta de enfermagem: aspectos epidemiológicos de crianças atendidas na Atenção Primária de Saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 502-509, 2013.

MAIA, G. N.; FRIZZO, G. B.; LEVANDOWSKI, D. V. Psychofunctional symptoms in infants of Young mothers: Association with maternal mental health and parental bonding. **Early Human Development**, Limerick, v. 141, p. 104938, 2020.

MARTELETO, M. R. F.; SCHOEN, T. H. Meu filho tem medo: a incidência desta emoção em crianças e adolescentes. In: COSTA, E. F.; SAMPAIO, E. C. (org.). **Desenvolvimento da criança e do adolescente**: evidências científicas e considerações teóricas-práticas. São Paulo: Editora Científica, 2020. p. 638-650.

MATTILA, A. K. *et al.* Alexithymia and life satisfaction in primary healthcare patients. **Psychosomatics**, Oxford, v. 48, n. 6, p. 523-529, 2007.

MATTILA, A. K. *et al.* Alexithymia and health-related quality of life in a general population. **Psychosomatics**, Oxford, v. 50, n. 1, p. 59-68, 2009.

MELO, N. K. L. *et al.* Aspectos influenciadores da introdução alimentar infantil. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 14-24, 2021.

MENDES, L. S. T.; ROCHA, N. S. Teoria do apego: conceitos básicos e implicações para a psicoterapia de orientação analítica. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 1-15, 2016.

- MORENO, M. R. P. *et al.* Transtornos somatoformos y síntomas somáticos funcionales en niños y adolescentes. **Revista de Psiquiatria Infanto-Juvenil**, Valladolid, v. 38, n. 2, p. 41-58, 2021.
- MÜLLER, P. W.; MARIN, A. H.; DONELLI, T. M. S. Olha o aviãozinho! a relação mãe e bebê com dificuldades alimentares. **Aletheia**, Canoas, n. 46, p. 187-201, 2015.
- MÜLLER, P. W. *et al.* A relação mãe-bebê na presença e na ausência de sintoma psicofuncional no bebê: um estudo comparativo. **Boletim: Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 37, n. 93, p. 229-251, 2017.
- MYLES, L.; MERLO, E. Alexithymia and physical outcomes in psychosomatic subjects: a cross-sectional study. **Journal of Mind and Medical Sciences**, Valparaíso, v. 8, n. 1, p. 86-93, 2021.
- NATALI, R. M. T. *et al.* Perfil de internações hospitalares por doenças respiratórias em crianças e adolescentes na cidade de São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 584-590, 2011.
- NUDELMAN, M. M.; VIVIAN, A. G. Prevalência de distúrbios do sono e fatores associados em crianças de 0 a 3 anos de um bairro do sul do Brasil. **Aletheia**, Canoas, v. 25, n. 2, p. 52-66, 2019.
- NUNES, L. L.; AQUINO, F. S. B.; SALOMÃO, N. M. R. Concepções parentais sobre intencionalidade comunicativa em bebês aos 3 e 6 meses. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 23, n. 3, p. 71-82, 2018.
- OLIVEIRA, T. L. S. Relação entre o vínculo mãe-filho e a psicossomática na primeira infância. **Pretextos: Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, Belo Horizonte, v. 3, n. 5, p. 547-557, 2018.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 158-164, 2013.
- OZDEMIR, Y. O. *et al.* Alexithymia and parental bonding in women with genitopelvic pain/penetration disorder. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, Auckland, v. 18, p. 3023-3033, 2022.
- PEDRAZA, D. F.; ARAÚJO, E. M. N. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 169-182, 2017.
- PEREIRA, L.; YOSHIDA, E. M. P. Eficácia adaptativa e alexitimia em universitários. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 18.; ENCONTRO DE INICIAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E INOVAÇÃO, 3., 2013, Campinas. **Anais [...]**. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2013. p. 1-6.
- PERES, R. S. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 165-177, 2006.

PERUCHI, R. C.; DONELLI, T. M. S.; MARIN, A. H. Ajustamento conjugal, relação mãe-bebê e sintomas psicofuncionais no primeiro ano de vida. **Quaderns de Psicologia**, Barcelona, v. 18, n. 3, p. 55-67, 2018.

PINTO, E. B. Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 3, p. 451-457, 2004.

PINTO, E. B. A análise das interações pais/bebê em abordagem psicodinâmica: clínica e pesquisa. In: PICCININI, C. A.; MOURA, M. L. S. (ed.). **Observando a interação pais-bebê-criança**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 37-72.

PONTES, F. A. R. *et al.* Teoria do apego: elementos para uma concepção sistêmica da vinculação humana. **Aletheia**, Canoas, n. 26, p. 67-79, 2007.

PRADO, C. C. *et al.* Mapeamento do comportamento parental diante da birra infantil. **Concilium**, Petrópolis, v. 22, n. 6, p. 335-349, 2022.

PREECE, D. A. *et al.* Establishing the theoretical components of alexithymia via factor analysis: introduction and validation of the attention-appraisal model of alexithymia. **Personality and Individual Differences**, Oxford, v. 119, p. 341-352, 2017.

PREECE, D. A. *et al.* What is alexithymia? using factor analysis to establish its latent structure and relationship with fantasizing and emotional reactivity. **Journal of Personality**, Malden, v. 88, n. 6, p. 1162-1176, 2020.

RAFIHI-FERREIRA, E. R. *et al.* Crianças com medos noturnos: conteúdo dos medos, hábitos e padrões de sono e problemas de comportamento. **Psychologica**, Coimbra, v. 64, n. 1, p. 7-28, 2021.

RAFIHI-FERREIRA, E. R. *et al.* Sono e comportamento em crianças atendidas em um serviço de psicologia. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 159-172, 2016.

REZENDE, J. H. **Alexitimia em pacientes da atenção primária à saúde**. 2023. 14 f. Relatório (Programa de Iniciação Científica) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2023.

RODRIGUES, A. L. *et al.* Reflexões críticas sobre o constructo de alexitimia. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 140-157, 2014.

ROSA-BORGES, A. *et al.* Deficiência da glicose-6-fosfato desidrogenase com infecções de repetição: relato de caso. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 77, n. 4, p. 331-336, 2001.

ROSSETTI-FERREIRA, M. C. O apego e as reações da criança à separação da mãe. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 48, p. 3-19, 1984.

ROTENBERG, S.; VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, p. 85-94, 2004.

- SANTOS, C. C.; DONELLI, T. S.; FRIZZO, G. B. Sintomas alimentares infantis e a interação mãe-bebê. **Acta Psicossomática**, São Paulo, n. 1, p. 33-45, 2018.
- SANTOS, C. E. R. A. P. *et al.* Caracterização das crianças atendidas em puericultura na atenção primária à saúde. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 24, n. 283, p. 6806-6815, 2021.
- SCALCO, M. O.; DONELLI, T. M. S. Os sintomas psicofuncionais e a relação mãe-bebês gêmeos aos nove meses de idade. **Temas em Psicologia**, Guaíba, v. 22, n. 1, p. 55-66, 2014.
- SCALCO, M. O.; DONELLI, T. M. S. Transtornos respiratórios e a relação mãe-bebê no primeiro ano de vida. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 32, n. 79, p. 131-141, 2014.
- SCHAEFER, M. P.; BECKER, D.; DONELLI, T. M. S. Intervenções promotoras da capacidade de mentalização e função reflexiva: uma revisão integrativa. **Ciências Psicológicas**, Montevideo, v. 17, n. 1, p. 1-20, 2023.
- SCHMITT, L. R. *et al.* A Puericultura no primeiro ano de vida: uma avaliação na atenção primária em saúde. **Revista Redes de Cuidado em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 12-28, 2020.
- SCHWOCHOW, M. S. *et al.* Queixas iniciais no processo de psicoterapia pais-bebê. **Contextos Clínicos**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 403-430, 2019.
- SEQUEIRA, A. S.; SILVA, B. A Comparison among the prevalence of alexithymia in patients with psychogenic nonepileptic seizures, epilepsy, and the healthy population: a systematic review of the literature. **Psychosomatics**, Washington, v. 60, n. 3, p. 238-245, 2019.
- SILVA, H. C. D. *et al.* Sintomas psicofuncionais e depressão materna: um estudo qualitativo. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 23, n. 1, p. 59-70, 2018.
- SILVA, L. A. G. P.; MERCÊS, N. N. A. Estudo de casos múltiplos aplicado na pesquisa de enfermagem: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1263-1267, 2018.
- SILVA, M. S. R. *et al.* Marcha atópica: relação entre dermatite atópica e outras atopias. **Revista Corpus Hippocraticum**, São José do Rio Preto, v. 1, n. 1, p. 1-13, 2022.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 10 ago. 2022.
- STEIN, L. L.; DONELLI, T. M. S. Percepções de mães com funcionamento alexítimico sobre a maternidade e o bebê com sintoma somático funcional. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 41, n. 100, p. 74-92, 2021.
- TRINDADE, C. S. S.; RAMOS, A. L. C. Influência dos programas de educação sobre o sono de crianças e adolescentes: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, p. 1-9, 2020.

VALENTE, G. B. **A questão da simbolização na psicossomática**: estudo com pacientes portadores de transtorno neurovegetativo somatoforme e de transtorno de pânico. 2012. 201 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

YOSHIDA, E. M. P. Toronto Alexithymia Scale-TAS: precisão e validade da versão em português. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 59-74, 2000.

YOSHIDA, E. M. P. Validade da versão em português da Toronto Alexithymia Scale-TAS em amostra clínica. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 389-396, 2007.

YOSHIDA, E. M. P.; CARNEIRO, B. V. Alexitimia: uma revisão do conceito. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 103-108, 2009.

ZACARA, D. J. S.; BARROS, I. P. M. Psychodynamic study about reflux and colic during the first year of life. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 30, p. e3005, 2020.

ZINI, L. A. S.; FRIZZO, G. B.; LEVANDOWSKI, D. C. Depressão materna e ajustamento conjugal de mães jovens e sua relação com a sintomatologia psicofuncional do bebê. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 3-19, 2018.

APÊNDICE A**Questionário Sociodemográfico**

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: ____ anos

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Ocupação Atual: () Desempregada

() Trabalho

informal. Qual?

() Trabalho

formal. Qual?

Filho(a): _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: ____ anos ____ meses

Número de Filhos: _____

Posição da criança na ordem de nascimento: _____

Com quem reside? _____

Renda Familiar: _____

Acompanhamento na Unidade de Saúde (quais e há quanto tempo):

Mãe: _____

Criança: _____

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
RESOLUÇÃO 466/2012
(Participante maior de 18 anos)

CONVIDO, a Senhora _____ para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “MANIFESTAÇÃO DE SINTOMAS PSICOFUNCIONAIS NA CRIANÇA E FATORES ASSOCIADOS”, que será desenvolvido por um grupo de pesquisado formado por: Ana Paula do Prado, psicóloga, aluna de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva; Tainá Nikoli Goes, aluna de graduação em enfermagem; e Profa. Dra. Flávia Helena Pereira, psicóloga, docente. Todas somos da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

Estamos estudando se existe associação entre alguns emocionais das mães (sintomas depressivos e forma como percebem e expressam sentimentos) e possíveis repercussões em relação ao choro, sono, alimentação, entre outras manifestações, da criança. Para que possamos ter um resultado, nesse momento, precisamos entrevistá-la e aplicar alguns questionários, em um tempo médio de trinta minutos. Durante a entrevista precisaremos utilizar um aparelho celular para gravar tudo que for dito. Essa gravação vai nos ajudar para que não se perca nenhuma informação dada por você. Após a entrevista ter sido transcrita, as gravações serão apagadas, garantindo a não divulgação dessa em qualquer outro local. Nas transcrições, o seu nome não será revelado, apenas suas iniciais, acompanhadas das iniciais e idade de seu/sua filho/filha.

Pedimos também sua autorização para consultar o prontuário de seu(sua) filho(a) para coletar dados sobre as queixas e os diagnósticos nas consultas realizadas nos últimos 6 (seis) meses.

Seu benefício em participar será contribuir com conhecimento científico sobre o tema, auxiliando em melhoria futura na oferta de cuidado em saúde para outras mães e seus filhos. Caso haja algum desconforto ou incômodo em responder à entrevista ou aos instrumentos, o processo será interrompido e será feito um acolhimento. Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do seguimento de seu(sua) filho(a) aqui no CSE.

Será garantido o direito à assistência integral e gratuita a você em caso de quaisquer danos decorrentes da participação nessa pesquisa e pelo tempo que for necessário. Você tem direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue a senhora devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem, no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador(a)

Participante da Pesquisa

Nome: Ana Paula do Prado
 Telefone: (14) 99713-0405
 Email: anapsicop@gmail.com
 Endereço: Rua João Carmelo, 142, Botucatu-SP

Nome: Tainá Nikoli Goes
 Telefone: (14) 997188993
 Email: taynabtu@gmail.com
 Endereço: Rua Raphael Sampaio, 354, Botucatu-SP

Nome: Profª. Dra. Flávia Helena Pereira Padovani
 Telefone: (14) 3880-1231
 Email: f.padovani@unesp.br
 Endereço: Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria- FMB
 Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n – Rubião Jr., Botucatu- SP

ANEXO A

“Questionário de sintomas somáticos do bebê”

Nome da criança: _____
Data de nascimento: _____
Idade: _____
Nome do respondente: _____
O respondente é: () mãe () pai () outro. Quem? _____
Avaliador: _____
Data de avaliação: _____

Saúde em geral

- Como você avalia a saúde do seu/sua filho/a ao longo da vida?
() excelente () muito boa () boa () razoável () ruim
- Seu/sua filho/a já foi diagnosticado/a por um médico com alguma das doenças abaixo listadas?
 - ASMA OU OUTROS PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS: () sim () não
Se SIM:
Quanto esta doença física/deficiência tem afetado o dia-a-dia do seu/sua filho/a no último ano?
() excessivamente () muito () razoavelmente () um pouco () nada
 - DOENÇA CARDÍACA: () sim () não
Se SIM:
Quanto esta doença física/deficiência tem afetado o dia-a-dia do seu/sua filho/a no último ano?
() excessivamente () muito () razoavelmente () um pouco () nada
 - EPILEPSIA: () sim () não
Se SIM:
Quanto esta doença física/deficiência tem afetado o dia-a-dia do seu/sua filho/a no último ano?
() excessivamente () muito () razoavelmente () um pouco () nada
 - DOENÇA REUMÁTICA: () sim () não
Se SIM:
Quanto esta doença física/deficiência tem afetado o dia-a-dia do seu/sua filho/a no último ano?
() excessivamente () muito () razoavelmente () um pouco () nada
 - DOENÇA RENAL: () sim () não
Se SIM:
Quanto esta doença física/deficiência tem afetado o dia-a-dia do seu/sua filho/a no último ano?
() excessivamente () muito () razoavelmente () um pouco () nada
 - DIABETES: () sim () não
Se SIM:
Quanto esta doença física/deficiência tem afetado o dia-a-dia do seu/sua filho/a no último ano?
() excessivamente () muito () razoavelmente () um pouco () nada
 - PROBLEMAS GRAVES DE VISÃO OU CEGUEIRA: () sim () não
Se SIM:
Quanto esta doença física/deficiência tem afetado o dia-a-dia do seu/sua filho/a no último ano?
() excessivamente () muito () razoavelmente () um pouco () nada
 - PROBLEMAS GRAVES DE AUDIÇÃO OU SURDEZ: () sim () não
Se SIM:
Quanto esta doença física/deficiência tem afetado o dia-a-dia do seu/sua filho/a no último ano?
() excessivamente () muito () razoavelmente () um pouco () nada

i. DISTÚRBIOS QUE AFETAM A FUNÇÃO DOS NERVOS E MÚSCULOS, como paralisia cerebral, espinha bífida, distrofia muscular, outro: especificar _____: () sim () não

Se SIM:

Quanto esta doença física/deficiência tem afetado o dia-a-dia do seu/sua filho/a no último ano?

() excessivamente () muito () razoavelmente () um pouco () nada

j. OUTRAS DOENÇAS FÍSICAS GRAVES OU DEFICIÊNCIA, especificar: _____: () sim () não

Se SIM:

Quanto esta doença física/deficiência tem afetado o dia-a-dia do seu/sua filho/a no último ano?

() excessivamente () muito () razoavelmente () um pouco () nada

Sono

1. Como você avalia o sono do seu/sua filho/a no último mês?

() excelente () muito bom () bom () razoável () ruim

2. Na sua opinião, seu/sua filho/a dorme pouco? () sim () não

a. Ao longo de 24 horas, quantas horas aproximadamente seu/sua filho/a dorme? _____ horas

3. Seu/sua filha tem dificuldades para adormecer? () sim () não

4. Seu/sua filha costuma acordar durante a noite? () sim () não

a. (Se sim) Ao longo de uma noite, quantas vezes seu/sua filho/a costuma acordar?

() uma () duas () três () quatro () mais de quatro

b. (Se sim) Na sua opinião, qual o motivo mais comum para os despertares noturnos da criança?

() fome () manha () medo () frio/calor () troca de fralda () outro: _____

5. Seu/sua filha tem dificuldades para voltar a dormir quando acorda? () sim () não

6. Onde seu/sua filha dorme?

() na própria cama, no próprio quarto

() na própria cama, no quarto com os pais

() na própria cama, no quarto com irmãos/outros: _____

() na cama com os pais

() na cama com irmãos, outros: _____

() outro local. Qual? _____

7. Seu/sua filho/a tem um ritual, hábitos e/ou objetos específicos para dormir (bico, fraldinha, bicho de pelúcia, mamada, tomar banho...)? () sim () não

a. (Se sim) Qual? _____

8. Você tem a impressão que seu/sua filho/a tem medos antes de dormir?

() todas as noites () quase todas as noites () eventualmente () raramente () nunca

9. Seu/sua filho/a teve pesadelos à noite no último mês?

() todas as noites () quase todas as noites () eventualmente () raramente () nunca

10. (Caso haja dificuldades com o sono) Você já recorreu a algum serviço de saúde em função da dificuldade de sono do seu/sua filho/a?

() sim () não

a. (Se sim) O que aconteceu? _____

Alimentação

Informações gerais

Peso ao nascimento: _____

Peso atual: _____

Estatura ao nascimento: _____

Estatura atual: _____

A criança tem problemas de peso? () sim. Qual? _____ () não

11. Seu/sua filho/a come outros alimentos além do leite? () sim () não

a. Quais? () suco () chá () fruta () sopinha () outro: _____

b. Se apenas leite: () leite materno () leite materno e mamadeira () mamadeira

12. Como você avalia a alimentação do seu/sua filho/a no último mês?

() excelente () muito boa () boa () razoável () ruim

13. Em relação à quantidade, seu/sua filho/a come:

() muito () adequadamente () pouco

14. Em que situações você costuma oferecer alimentos (inclusive sobremesas e guloseimas) para seu/sua filho/a?

() quando ele/a chora

() quando ele/a está cansado/a ou enjoado/a

() quando está agitado/a

() para distraí-lo/a de algo

() durante a refeição da família

() para que não fique incomodado/a

() como recompensa

() como brincadeira

() quando ele/a demonstra estar com fome, independente do horário

() no horário da refeição, independente da fome

() outros: _____

15. Como ele/a mostra que tem fome?

() grita vigorosamente, bate os pés, fica bravo/a

() chora com insistência

() chora um pouco

() chama e resmunga

() não faz nada

() diz que tem fome

() outro: _____

16. Como seu/sua filho/a participa de sua principal refeição:

() ainda não participa da refeição

() afagando o seio

() segurando sua mamadeira

() bebendo na xícara ou no copo

() levando a colher à boca

() comendo sozinho com uma colher

() comendo com as mãos

() outro: _____

17. Seu/sua filha tem um ritual, hábitos e/ou objetos específicos para alimentar-se? () sim () não

a. (Se sim) Qual? _____

18. Como seu/sua filho/a reage à apresentação de novos alimentos?

() aceita sempre, sem reclamar

() aceita, após alguma reclamação

() aceita, mas é preciso insistir muitas vezes

() rejeita o novo alimento na maioria das vezes

- ☐ nunca aceita novos alimentos
☐ não come alimentos semissólidos e/ou sólidos

19. Seu/sua filho/a se recusa comer? ☐ sim ☐ não

20. Durante o último mês, seu/sua filho/a regurgitou ou cuspiu o alimento?

- ☐ sempre ☐ quase sempre ☐ eventualmente ☐ raramente ☐ nunca

21. Durante o último mês, seu/sua filho/a vomitou o alimento?

- ☐ sempre ☐ quase sempre ☐ eventualmente ☐ raramente ☐ nunca

22. Durante o último mês, seu/sua filho/a guardou o alimento na boca por algum tempo e depois o colocou para fora?

- ☐ sempre ☐ quase sempre ☐ eventualmente ☐ raramente ☐ nunca

23. Durante o último mês, seu/sua filho/a colocou “coisas” (não comestíveis) na boca?

- ☐ sempre ☐ quase sempre ☐ eventualmente ☐ raramente ☐ nunca

24. Como você considera atualmente o momento das refeições de seu/sua filho/a?

- ☐ um momento muito agradável ☐ um momento como outro qualquer ☐ um momento difícil

25. (Caso haja dificuldades com a alimentação) Você já recorreu a algum serviço de saúde em função da dificuldade de alimentação do seu/sua filho/a?

- ☐ sim ☐ não

a. (Se sim) O que aconteceu? _____

Alergia alimentar/intolerância

26. Seu/sua filho/a tem alergia/intolerância a algum alimento? ☐ sim ☐ não

27. (Se sim) Esse problema é atual ou anterior? ☐ atual ☐ anterior

a. Se for anterior, em que período da vida do seu/sua filho/a esse problema se manifestou?

28. (Se sim) Quando o problema se manifesta/ se manifestava, ele é/era:

- ☐ muito grave ☐ grave ☐ mediano ☐ brando ☐ muito brando

29. (Se sim) Quando o problema se manifesta/ se manifestava, é/era necessário:

a. Tratamento hospitalar (internação):

- ☐ sempre ☐ quase sempre ☐ eventualmente ☐ raramente ☐ nunca

b. Tratamento hospitalar (emergência):

- ☐ sempre ☐ quase sempre ☐ eventualmente ☐ raramente ☐ nunca

c. Tratamento médico em casa:

- ☐ sempre ☐ quase sempre ☐ eventualmente ☐ raramente ☐ nunca

d. Outro tratamento em casa:

- ☐ sempre ☐ quase sempre ☐ eventualmente ☐ raramente ☐ nunca

e. Nenhum tratamento:

- ☐ sempre ☐ quase sempre ☐ eventualmente ☐ raramente ☐ nunca

Digestão

30. Como você avalia a digestão do seu/sua filho/a (dores de barriga, cólicas, vômitos, diarreia, constipação, entre outros) no último mês?

() excelente () muito boa () boa () razoável () ruim

31. Durante o último mês, seu/sua filho/a teve dor de barriga (cólicas, diarreias, desconforto abdominal, etc.)?
() sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca
32. Durante o último mês, seu/sua filho/a demonstrou/reclamou de dor de barriga, durante e após as refeições?
() sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca
33. Durante o último mês, seu/sua filho/a ficou constipado/não conseguiu fazer cocô?
() sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca
a. Por quantos dias seu/sua filho/a costumou ficar sem fazer cocô?
() um dia () dois dias () três dias () quatro dias () mais de quatro dias
34. Durante o último mês, seu/sua filho/a teve diarreia?
() sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca
a. As diarreias de seu/sua filho/a duram em geral?
() um dia () dois dias () três dias () quatro dias () mais de quatro dias
35. (Caso haja dificuldades com a digestão) Você já recorreu a algum serviço de saúde em função da dificuldade de digestão do seu/sua filho/a?
() sim () não
a. (Se sim) O que aconteceu? _____

Respiração

36. Como você avalia a respiração do seu/sua filho/a no último mês?
() excelente () muito boa () boa () razoável () ruim
37. Seu/sua filho/a tem asma/problema respiratório? () sim () não
38. (Se sim) Qual o problema respiratório que seu/sua filho/a tem?
() asma () bronquite () sinusite () rinite () outro. Qual? _____
39. (Se sim) Na sua opinião, qual a causa desse problema?
() alérgica () climática () esforço físico () psicológica () hereditária () outro. Qual? _____
40. (Se sim) O problema respiratório do seu/sua filho/a manifesta-se:
() sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca
41. (Se sim) Por quantos dias seu/sua filho/a costuma ficar em crise?
() um dia () dois dias () três dias () quatro dias () mais de quatro dias
42. (Se sim) Quando o problema respiratório se manifesta, ele é:
() muito grave () grave () mediano () brando () muito brando
43. (Se sim) Quando o problema respiratório se manifesta, é necessário:
a. Tratamento hospitalar (internação):
() sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca
b. Tratamento hospitalar (emergência):
() sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca
c. Tratamento médico em casa:

- () sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca
- d. Outro tratamento em casa:
 () sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca
- e. Nenhum tratamento:
 () sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca

Pele

44. Como você avalia a saúde da pele do seu/sua filho/a no último mês?

() excelente () muito boa () boa () razoável () ruim

45. Seu/sua filho/a tem problemas de pele? () sim () não

b. Qual o problema de pele que seu/sua filho/a tem? _____

46. (Se sim) Na sua opinião, qual a causa desse problema?

() alérgica () climática () esforço físico () psicológica () hereditária () outro. Qual? _____

47. (Se sim) O problema de pele do seu/sua filho/a manifesta-se:

() sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca

48. (Se sim) Qual é a duração das crises dos problemas de pele?

() um a dois dias () três a quatro dias () uma semana () mais de uma semana () é um problema crônico

49. (Se sim) Quando o problema de pele se manifesta, ele é:

() muito grave () grave () mediano () brando () muito brando

50. Quais são as áreas comumente atingidas?

- () rosto
 () pescoço
 () mãos
 () pés
 () braços
 () pernas
 () peito
 () costas
 () nádegas
 () genitália
 () outra: _____

51. (Se sim) Quando o problema de pele se manifesta, é necessário:

- a. Tratamento hospitalar (internação):
 () sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca
- b. Tratamento hospitalar (emergência):
 () sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca
- c. Tratamento médico em casa:
 () sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca
- d. Outro tratamento em casa:
 () sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca
- e. Nenhum tratamento:
 () sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca

Comportamento

52. Como você avalia o comportamento do seu/sua filho/a no último mês?

() excelente () muito bom () bom () razoável () ruim

53. Nas quatro últimas semanas, seu/sua filho/a teve crises de raiva ou brabeza? () sim () não

54. (Se sim) Essas crises manifestam-se:

() sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca

55. (Se sim) Quando a crise de raiva/brabeza ocorre, ela é:

() muito intensa () intensa () mediana () branda () muito branda

56. Nas quatro últimas semanas, seu/sua filho/a teve comportamentos de birra e/ou de teimosia?

() sim () não

57. (Se sim) Esses comportamentos manifestam-se:

() sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca

58. (Se sim) Quando os comportamentos de birra e/ou de teimosia ocorrem, eles são:

() muito intensos () intensos () medianos () brandos () muito brandos

59. Nas quatro últimas semanas seu/sua filho/a apresentou comportamento agressivo?

() sim () não

60. (Se sim) Esse comportamento manifesta-se:

() sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca

61. (Se sim) Quando os comportamentos agressivos ocorrem, eles são:

() muito intensos () intensos () medianos () brandos () muito brandos

62. Seu/sua filho/a tem comportamentos como balançar o corpo e/ou bater a cabeça?

() sim () não

63. (Se sim) Esses comportamentos manifestam-se:

() sempre () quase sempre () eventualmente () raramente () nunca

64. (Se sim) Quando esses comportamentos ocorrem, eles são:

() muito intensos () intensos () medianos () brandos () muito brandos

65. Durante o último mês, seu/sua filho/a teve medos? () sim () não

66. (Se sim) Quais medos seu/sua filho/a tem?

() do escuro

() de certos animais (

) de máquinas

() de barulhos súbitos (

) de pessoas estranhas ()

de situações novas

() de monstros e outros bichos da fantasia (

) outro: _____

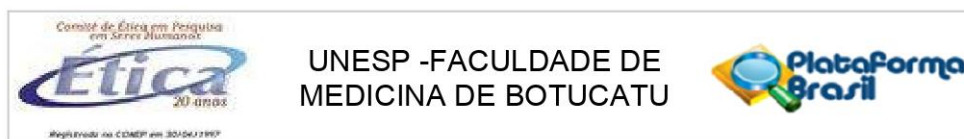
67. (Se sim) Esses medos manifestam-se:
☐ sempre ☐ quase sempre ☐ eventualmente ☐ raramente ☐ nunca
68. (Se sim) Quando esses medos ocorrem, eles são:
☐ muito intensos ☐ intensos ☐ medianos ☐ brandos ☐ muito brandos
69. Seu/sua filho/a tem episódios de timidez ou de recusa ao contato?
☐ sim ☐ não
70. (Se sim) Esses episódios manifestam-se:
☐ sempre ☐ quase sempre ☐ eventualmente ☐ raramente ☐ nunca
71. (Se sim) Quando esses episódios ocorrem, eles são:
☐ muito intensos ☐ intensos ☐ medianos ☐ brandos ☐ muito brandos
72. Seu/sua filho/a tem dificuldades de separação em relação a você?
☐ sim ☐ não
73. (Se sim) Essa dificuldade manifesta-se:
☐ sempre ☐ quase sempre ☐ eventualmente ☐ raramente ☐ nunca
74. (Se sim) Quando essa dificuldade ocorre, ela é:
☐ muito intensa ☐ intensa ☐ mediana ☐ branda ☐ muito branda
75. (Caso haja dificuldades com o comportamento) Você já recorreu a algum serviço de saúde em função dos comportamentos do seu/sua filho/a?
☐ sim ☐ não
a. (Se sim) O que aconteceu? _____

ANEXO B

Escala TAS-26

	Itens	Respostas				
		discordo totalmente	discordo em parte	não concordo nem discordo	concordo em parte	concordo totalmente
1	Quando choro sempre sei por que	5	4	3	2	1
2	"Sonhar acordado" é uma perda de tempo	1	2	3	4	5
3	Gostaria de não ser tão tímido	1	2	3	4	5
4	Muitas vezes fico confuso sobre qual emoção estou sentindo	1	2	3	4	5
5	Muitas vezes fico sonhando acordado imaginando meu futuro	5	4	3	2	1
6	Faço amigos tão facilmente quanto os outros	5	4	3	2	1
7	Quando eu tenho um problema, costumo achar uma solução sem pensar muito nos porquês dessa solução	1	2	3	4	5
8	É difícil para mim encontrar as palavras certas para falar sobre meus sentimentos	1	2	3	4	5
9	Eu gosto de deixar claro para os outros o que eu penso das coisas	5	4	3	2	1
10	O que eu sinto no corpo nem mesmo os médicos entendem	1	2	3	4	5
11	Se alguma coisa foi feita para cumprir uma tarefa, eu preciso entender como essa coisa funciona	5	4	3	2	1
12	Eu sou capaz de falar facilmente dos meus sentimentos	5	4	3	2	1
13	Eu prefiro pensar sobre os problemas em vez de apenas falar deles	5	4	3	2	1
14	Quando estou chateada, eu não sei se estou triste, assustada ou brava	1	2	3	4	5
15	Uso bastante minha imaginação	5	4	3	2	1
16	Fico um tempão sonhando acordado sempre que não tenho nada para fazer	5	4	3	2	1
17	Muitas vezes fico confuso com as sensações do meu corpo	1	2	3	4	5
18	Poucas vezes sonho acordado	1	2	3	4	5
19	Quando as coisas acontecem não fico tentando entender por que elas aconteceram daquele jeito	1	2	3	4	5
20	Eu tenho sentimentos que não consigo bem saber quais são	1	2	3	4	5
21	Estar em contato com emoções é muito importante	5	4	3	2	1
22	Eu acho difícil falar o que sinto em relação às pessoas	1	2	3	4	5
23	As pessoas me pedem para falar mais sobre os meus sentimentos	1	2	3	4	5
24	As pessoas deveriam procurar por explicações mais profundas das coisas	5	4	3	2	1
25	Eu não sei o que acontece dentro de mim	1	2	3	4	5

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MANIFESTAÇÃO DE SINTOMAS PSICOFUNCIONAIS NA CRIANÇA E FATORES ASSOCIADOS

Pesquisador: Flávia Helena Pereira Padovani

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47932821.1.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento Neurologia, Psicologia e Psiquiatria

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.835.171

Apresentação do Projeto:

As informações descritas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos e arquivo - Informações Básicas da Pesquisa.

O projeto é justificado diante da importância de identificar fatores que podem determinar distúrbios psicofuncionais, ou seja manifestações de natureza somática e do comportamento da criança, sem causa orgânica aparente. Os autores descrevem que tais manifestações psicofuncionais podem estar associadas a fatores maternos, os quais serão investigados em 2 subprojetos a serem desenvolvidos nesta pesquisa.

O projeto geral é de natureza observacional de corte transversal e tem como objetivo verificar se há associação entre a manifestações psicofuncionais da criança na etapa de vida (6 a 36 meses) em que a capacidade de comunicação verbal é ainda limitada e a criança utiliza seu corpo como meio de comunicação não-verbal, e indicadores maternos como depressão e aleximia, ou seja, quando há dificuldade na identificação e descrição de sentimentos.

O Subprojeto 1 busca verificar a associação entre a manifestação de sintomas psicofuncionais em crianças de 6 a 36 meses em acompanhamento na atenção primária (APS) e indicadores de alexitimia materna. O Subprojeto 2 tem por objetivo verificar a associação entre a manifestação de sintomas psicofuncionais, especificamente os distúrbios de comportamento, em crianças de 6 a 12 meses em acompanhamento na atenção primária (APS) e indicadores de sintomas depressivos

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

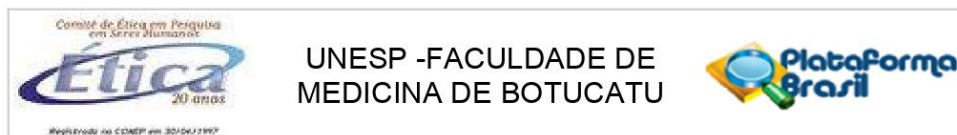
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 4.835.171

maternos.

De acordo com a metodologia, no Subprojeto 1 haverá uma amostra de conveniência de, aproximadamente, 50 díades mãe-criança, sendo critério de inclusão crianças com idade de 6 a 36 meses em seguimento pediátrico de rotina na Atenção Primária à Saúde (APS) e suas mães, maiores de 18 anos, e como critério de exclusão mães portadoras de deficiência intelectual e transtorno mental severo e crianças com diagnósticos de deficiências (mal formações, síndromes, problemas neurológicos e condições clínicas já diagnosticadas).

Para a realização do Subprojeto 1, serão aplicados os instrumentos Questionário sobre dados sociodemográficos, Questionário de Sintomas Somáticos do Bebê, Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-26), em um único encontro, quando houver o acompanhamento pediátrico de rotina na APS. E haverá consulta ao prontuário da criança para verificação de queixas espontâneas sobre sintomas psicofuncionais, relatadas pela mãe nos últimos seis meses.

Para a realização do Subprojeto 2, uma subamostra será avaliada, considerando das crianças na faixa etária de 6 a 12 meses; e será aplicado o instrumento Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburg (EPDS) na coleta de dados.

Os autores descrevem que serão realizadas as análises estatísticas dos dados de forma descritivas e inferenciais em cada subprojeto e em todas as análises será adotado o nível de significância de 5% (p0,05).

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a frequência de manifestações de sintomas psicofuncionais em crianças de 6 a 36 meses em acompanhamento na atenção primária (APS) e identificar associações com fatores maternos e do contexto.

Objetivos secundários

SUBPROJETO 1: verificar a associação entre a manifestação de sintomas psicofuncionais em crianças de 6 a 36 meses em acompanhamento na atenção primária (APS) e indicadores de alexitimia materna.

Objetivos Específicos do subprojeto 1

1. Identificar sintomas psicofuncionais em crianças de 6 a 36 meses em acompanhamento na atenção primária;
2. Identificar queixas de sintomas psicofuncionais e dificuldades no cuidado relatados pelas mães de forma espontânea durante a consulta de acompanhamento na atenção primária;

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

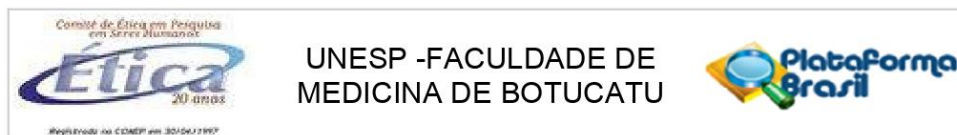
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 4.835.171

3. Identificar indicadores de alexitimia materna em mães de crianças de 6 a 36 meses em acompanhamento na atenção primária; 4. Verificar possíveis associações entre sintomas psicofuncionais da criança e indicadores de alexitimia materna.

SUBPROJETO 2: verificar a associação entre a manifestação de sintomas psicofuncionais, especificamente os distúrbios de comportamento, em crianças de 6 a 12 meses em acompanhamento na atenção primária (APS) e indicadores de sintomas depressivos maternos.

Objetivos Específicos do subprojeto 2.

1. Identificar distúrbios de comportamento em crianças de 6 a 12 meses em acompanhamento na atenção primária;
2. Identificar indicadores de sintomas depressivos maternos em mães de crianças de 6 a 12 meses em acompanhamento na atenção primária;
3. Verificar possíveis associações entre distúrbios de comportamento da criança e indicadores de sintomas depressivos maternos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos estão associados à confidencialidade dos dados, ao tempo exigido e ao desconforto das mães quando da aplicação dos instrumentos de pesquisa. Quanto aos benefícios, estes são indiretos, uma vez que dados obtidos no estudo pode contribuir para o cuidado integral da criança em serviços e programas de atenção à essa população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto proposto pelo Departamento Neurologia, Psicologia e Psiquiatria tem como pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Flávia Helena P. Padovani e tem como equipe de pesquisa: Ana Paula do Prado, mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e Tainá Nikoli Goes, graduanda em Enfermagem. O projeto será realizado no Centro de Saúde Escola vinculado à FMB nos pacientes em seguimento no Setor de saúde da criança e do adolescente. O projeto está claro e bem descrito quanto aos procedimentos, apresenta os questionários a serem aplicados e a forma de avaliação dos dados obtidos na pesquisa.

Será realizado com financiamento próprio e cronograma apresentado está adequado, com início da coleta de dados em 20/07/2021 a 30/06/2022. Encerramento da pesquisa: 31/01/2023.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados documentos obrigatórios devidamente assinados: Folha de Rosto, Anuência Institucional da FMB e Anuência do Centro de Saúde Escola. Apresenta Informações Básicas do

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

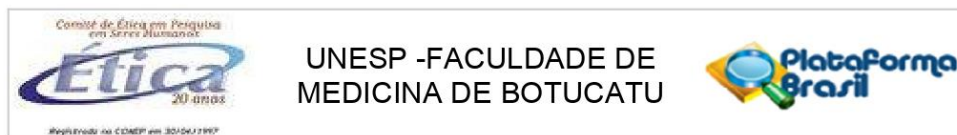
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 4.835.171

Projeto e Projeto na forma de brochura. TCLE é apresentado na forma de convite, explicita o objetivo da pesquisa e os procedimentos de realização de entrevista, o tempo para a entrevista e que será gravada e a gravação destruída após a transcrição, e solicita uso de prontuário; garante sigilo das informações, informa à participante da pesquisa a possibilidade de desistência, seu direito à assistência integral gratuita no caso de danos decorrentes da pesquisa, bem como o direito à indenização. TCLE está claro, completo e em linguagem adequada à participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO ORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVAÇÃO do PROJETO de Pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO ORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, realizada em 05/07/2021, do PROJETO de Pesquisa apresentado encontra-se APROVADO. Ao final da execução da pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1747100.pdf	20/05/2021 10:50:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Sintomas_Psicofuncionais.pdf	20/05/2021 10:49:40	Flávia Helena Pereira Padovani	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	20/05/2021 10:47:54	Flávia Helena Pereira Padovani	Aceito
Outros	TermoDeAnuenciainstitucional_EAP.pdf	20/05/2021 10:47:35	Flávia Helena Pereira Padovani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_sintomas_psicofuncionais.docx	19/05/2021 20:17:50	Flávia Helena Pereira Padovani	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

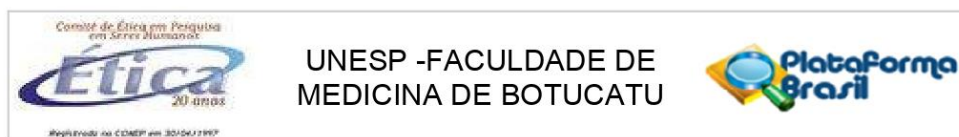
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 4.835.171

Ausência	TCLE_sintomas_psicofuncionais.docx	19/05/2021 20:17:50	Flávia Helena Pereira Padovani	Aceito
Outros	anuencia_CSE.pdf	19/05/2021 19:37:00	Flávia Helena Pereira Padovani	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 08 de Julho de 2021

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br