

Prevenção da insônia em bebês

*Ryad Simon**

RESUMO

A partir dos achados de pesquisa com mães de bebês com insônia (Tenembojm), evidenciando que estas apresentam diferença estatisticamente significativa relativa aos grupos adaptativos da EDAO - Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (Simon) e do Inventário de Depressão de Beck, é possível compor uma história natural da insônia em bebês. A partir desta, é possível organizar um programa de prevenção da insônia em bebês, com apoio de psicólogos, obstetras, ginecologistas e pediatras. A ajuda psicológica às mães e seus familiares baseia-se principalmente no atendimento em PBO – Psicoterapia Breve Operacionalizada (Simon), aplicada no período de gestação, no grupo de maior risco. E acompanhada pela equipe de prevenção após os primeiros meses do nascimento. É enfatizada a importância da detecção da insônia do bebê como indicativa de dificuldades adaptativas na mãe, na dupla, e mesmo do grupo familiar, requerendo intervenção em PBO para evitar prejuízo na evolução psíquica.

Palavras-chave: Insônia em bebês; Prevenção; Psicoterapia Breve Operacionalizada - PBO; Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – EDAO.

Prevention of insomnia in babies

Abstract

Starting from the research data gathered by Tenembojm with mothers of babies with insomnia – that show they present statistically significant differences to the adaptive groups of the AODS – Adaptive Operationalized Diagnostic Scale, by Simon, and the Beck Depression Inventory – it is possible to organize a natural history of insomnia in babies. Starting from this it is possible to organize a program to prevent insomnia in babies with the support of psychologists, obstetricians, gynecologists and pediatricians. The psychological help to mothers and relatives is mainly based on attention through BOP – Brief and Operationalized Psychotherapy (Simon), offered during gestation to the greatest risk group and accompanied by the prevention team after the first months after birth. It is emphasized the importance of the detection of insomnia in the baby as an indication of the adaptive difficulties of the mother, of the couple and of the family group, demanding intervention through brief and operationalized psychotherapy (BOP) to prevent breakdown in the emotional development

Keywords: Baby insomnia-prevention; Brief and Operationalized Psychotherapy BOP; Adaptive Operationalized Diagnostic Scale AODS.

Prevención del insomnio en bebés

Resumen

A partir de los resultados de una investigación con madres de bebés con insomnio (Tenembojm) y que evidencian que estas presentan una diferencia estadísticamente significativa de los grupos adaptativos de la EDAO - Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (Simon) y del Inventario de Depresión de Beck, es posible componer una historia natural del insomnio en bebés. A partir de esta es posible organizar un programa de prevención del insomnio en bebés con el apoyo de psicólogos, obstetras, ginecólogos y pediatras. La ayuda psicológica a las madres y sus familiares se basa principalmente en la atención a través de PBO – Psicoterapia Breve Operacionalizada (Simon) aplicada en el período de gestación en el grupo de riesgo más grande. Esta es acompañada por el equipo de prevención después de los primeros meses de nacimiento. Es enfatizada la importancia de la detección del insomnio en el bebé como indicativo de dificultades adaptativas en la madre, en la pareja y aun mismo en el grupo familiar, lo que puede demandar intervención por PBO para evitar lesiones en la evolución psíquica.

Palabras-clave: Insomnio en bebés – prevención; Psicoterapia Breve Operacionalizada – PBO; Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – EDAO.

* Professor Titular do Departamento. Psicologia Clínica – IP-USP. Orientador Acadêmico do *Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica* – IP-USP. Coordenador do Curso de Pós-Graduação *lato sensu Psicoterapia Breve Operacionalizada* – UNIP.

Convidado, no X Simpósio da Associação de Psicoterapia Psicanalítica - APP, realizado em 6 de junho de 2009, para comentar o trabalho *Insônia de Bebês: Estudo da Eficácia Adaptativa e Depressão em suas Mães*, da colega Eduardina Telles Tenembojm, baseado em sua Tese de Doutorado em Ciências pela Faculdade de Medicina da USP, senti-me agradavelmente surpreendido e estimulado. Eduardina pôde conjugar sua experiência como pediatra e especialista em psicoterapia psicanalítica para realizar uma pesquisa que resultou em achados significativos e de efeitos preventivos relevantes. Vou ater-me a aspectos da pesquisa que me inspiraram propor uma prevenção da insônia em bebês que me parece promissora, exequível e não particularmente dispendiosa; isto é, que pode ser posta em prática sem abalar o orçamento da saúde pública.

Inicialmente, para dar uma idéia sumária dos achados vou servir-me do resumo da própria autora, cuja apresentação encontra-se publicada nos *Anais do X Simpósio da APP*, páginas 5 a 17; (2009). “*Insônia de bebês, definida como dificuldade repetida em iniciar e/ou manter o sono, com despertares durante a noite, e dificuldade para reiniciar o sono.*” Objetivos da pesquisa: “*Investigar a eficácia adaptativa de mães de bebês com insônia, sua qualidade de sono e sinais e sintomas depressivos, e comparar estes dados aos obtidos das mães de bebês sem insônia.*” Método empregado: “*Os instrumentos utilizados foram: Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, questionário do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, Inventário de Depressão de Beck, diário de sono da criança, Teste de Denver II e Classificação Econômica Brasil.*” A pesquisa indicou os seguintes “*Resultados: Houve diferença estatisticamente significante entre a eficácia adaptativa das mães do grupo-estudo e do grupo-controle, com eficácia adaptativa pior no grupo-estudo à custa do setor afetivo-relacional; as mães deste grupo apresentaram pior qualidade de sono em relação ao grupo-controle, assim como maiores níveis de sinais e sintomas depressivos.*”

Supondo que os conceitos de “*Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO)*”, “*adaptação eficaz/ineficaz*” e “*Grupos Adaptativos*” sejam do conhecimento do leitor¹, passarei sem mais delongas a apresentar alguns dados extraídos da pesquisa.

Deixando de lado os resultados da EDAO referente ao grupo G-3 (adaptação ineficaz moderada) – para tornar mais evidentes as diferenças – e ao qual voltarei no final deste artigo – juntei os grupos G-1 (adaptação eficaz) e G-2 (adaptação ineficaz leve), de um lado; e, de outro, G-4 (adaptação ineficaz severa) e G-5 (adaptação ineficaz grave). Apenas 16,6% das mães do grupo-estudo

RESULTADOS ADAPTAÇÃO (EDAO)

QUADRO I – COMPARAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO PELA EDAO DE MÃES DOS GRUPOS “ESTUDO” E “CONTROLE” (EXCLUINDO G-3)

	G-1 e G-2	G-4 e G-5
GRUPO DE ESTUDO	16,6%	<u>36,7%</u>
GRUPO CONTROLE	<u>63,3%</u>	13,3%

(mães com bebês insones) apresentaram adaptação “mais eficaz” (G-1+G-2); enquanto no grupo-controle (mães com bebês sem insônia) a soma foi 63,3% (quase quatro vezes maior), ao passo que a soma dos grupos com adaptação “mais ineficaz” (G-4+G-5), resultou em 36,7% no grupo-estudo, contra 13,3% no grupo-controle (quase três vezes maior).

Comparando os resultados da Escala de Depressão de Beck, temos:

QUADRO II COMPARAÇÃO DE DEPRESSÃO EM MÃES

	SEM DEPRESSÃO	COM DEPRESSÃO
GRUPO DE ESTUDO	43%	<u>57%</u>
GRUPO CONTROLE	<u>80%</u>	20%

Comparando o quesito “Sem Depressão” encontramos: grupo-estudo: 43%; grupo-controle 80%; isto é quase o dobro das mães do grupo-controle não apresenta sinais ou sintomas de depressão, enquanto no quesito “Com Depressão”, o grupo-controle apresenta mais que o dobro: 57% dados positivos, e o grupo-controle, apenas 20%.

Assim, entrevistando as mães pelo SISDAO (Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado – Simon, 2005; 2008), para efetuar a EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada) será possível separar grupo de gestantes, ou mães, apresentando *Adaptação Ineficaz Severa* ou *Grave* (G-4 e G-5); e, pelo questionário de Beck, com sinais e sintomas depressivos, como sendo a parte da população de gestantes, ou mães de recém-nascidos, com maior risco de virem a ter, ou terem, bebês com insônia.

¹ O esclarecimento dos conceitos pode ser encontrado em Simon, R. (2008 -2ª ed. e 2005).

QUADRO III – HISTÓRIA NATURAL DA INSÔNIA DE BEBÊS E PREVENÇÃO CORRESPONDENTE

PERÍODO PRÉ-PATOGÊNICO		PERÍODO PATOGÊNICO		
Hospedeiro (bebê) Agente (mãe G4 e G5,deprimida, A-R inadeq.) Ambiente (marido, outros; condições gerais ambiente)		(Patogenia Precoce)	(Horizonte Clínico) Sinais e sintomas de insônia	Cronificação
1º a 6º mês gestação	6º a 9º mês gestação	0 a 3 meses	Bebê de 3 a 6 meses	Bebê acima de 6 meses
Promoção De Saúde	Proteção Específica	Diagnóstico Precoce	Tratamento Imediato	Reabilitação
Alimentação, trabalho, recreação, Orientação Psicológica.	PBO p/Prevenir crise, inadequação, depressão	G-4 e G-5 Depressão A-R inadequado	PBO Mãe, e/ou Casal, e/ou Família	Psicoterapia Psicanalítica e PBO casal ou familiar
PREVENÇÃO PRIMÁRIA (obstetras, ginecologista, psicólogo)		PREVENÇÃO SECUNDÁRIA (pediatra, psicólogo)		PREVENÇÃO TERCIÁRIA (psicólogo)

Acompanhando o Quadro III, acima, podemos ver que a história natural de qualquer doença, e, particularmente, da *insônia de bebês*, compreende dois períodos: “período pré-patogênico da insônia do bebê”, no qual as condições para a ocorrência da doença estão presentes, mas esta ainda não se realizou. No período pré-patogênico de qualquer doença as condições suscetíveis de provocá-la estão presentes, mas esta ainda não se manifestou; o sujeito está saudável. Exemplificando: o agente específico da tuberculose é o bacilo de Koch. Esse agente patogênico e o hospedeiro (no caso o ser humano) estão interagindo mediados por um ambiente (bio-psicossocial). Devido a um conjunto de fatores o agente infiltra-se no hospedeiro. Instala-se o “período patogênico”, em que a doença se apresenta, primeiramente, de uma forma sub-clínica, não detectável – “*patogenia precoce*”; e, se os recursos do organismo não evitarem, a doença evolui para os primeiros sinais e sintomas, evidenciando um “*horizonte clínico*”. Nesse momento podem ocorrer três alternativas para o curso da doença: cura sem defeito; cura com defeito; ou cronificação. A cada um dos períodos (e fases) da história natural da doença é possível construir um modo de prevenção. Embora a insônia dos bebês seja um sintoma, estou considerando essa insônia como uma doença, para efeito da construção de uma história natural

e prevenção respectiva. A insônia do bebê, apesar de ser um sintoma, pode ser encarada como a ponta de um iceberg: *o bebê com insônia apresenta precocemente um distúrbio na relação com a mãe; e esta, pode ser considerada como suscetível de apresentar sérias dificuldades adaptativas*. Assim, a insônia do bebê, por sua importância reveladora, seria por si só um indicativo de que a dupla, ou mesmo a família, necessita de ajuda especializada.

Para utilizar o conhecimento adquirido com a pesquisa, visando a um esquema de prevenção primária da insônia de bebês, precisamos ter um conhecimento sucinto do modelo de prevenção proposto por Leavel e Clark a partir da concepção da história natural da doença. Recorrendo ao Quadro III acima e aplicando essas concepções à questão específica da insônia em bebês consideremos o *período pré-patogênico*, isto é, aquele em que a doença não foi adquirida, mas existem as condições para que ocorra. Neste, em nosso esquema de prevenção, o hospedeiro é o *feto*, que virá a se constituir no *bebê* suscetível de sofrer de insônia. Estendendo conjecturalmente os achados da pesquisa podemos supor que as mães propensas a terem bebês insones seriam diagnosticadas como estando nos *grupos G-4 ou G-5*; e *deprimidas*, sendo, portanto, consideradas o agente (visto que a pesquisa indicou que 36,7% das mães com bebês insones pertencem a esses dois grupos; e ainda,

que 57% apresentam sinais de depressão). O ambiente seria composto pelos parentes próximos que interagem com a mãe, incluídos num espaço bio-psicossocial.

No período pré-patogênico as medidas de prevenção possíveis compõem um conjunto chamado de fase de *prevenção primária*, constituído de dois níveis: *promoção de saúde* – no caso da prevenção da insônia em bebês, aplicado do primeiro ao sexto mês de gestação, alertando ginecologistas e obstetras quando o psicólogo – do posto ou centro de saúde – diagnosticar a gestante nos Grupos G-4 e G-5 da EDAO, possuindo ela reações depressivas. Neste nível de promoção da saúde são adotados suprimentos gerais para manutenção da saúde: alimentação e trabalho adequados, recreações, orientação psicológica etc. Esse nível de promoção de saúde envolve a participação do obstetra, do pediatra e do psicólogo da equipe preventiva.

Do sexto ao nono mês de gestação, considerando-se como agente a mãe dos grupos G-4 e G-5, e deprimida, serão adotadas medidas ao nível de *proteção específica* – no caso, atendimento psicológico em *Psicoterapia Breve Operacionalizada-PBO* (Simon, 2005) visando evitar “*crises adaptativas*” ou aumento da ineficácia adaptativa, e monitoramento de situações geradoras de reações depressivas mais agudas.

Após o nascimento do bebê, e até o terceiro mês, supondo-se que o bebê esteja no grupo de risco de vir a apresentar insônia, mas esta ainda não se caracterizou, este já se encontra no período patogênico da insônia do bebê e começa-se a adotar medidas da fase da prevenção secundária. Neste, porém, considerando que a insônia é sub-clínica, ocorre o estágio de “*patogenia precoce*”, ou seja, os primeiros sinais e sintomas ainda não apareceram. A equipe de prevenção acompanha com atenção a família durante esses primeiros três meses de vida do bebê, mas ainda não intervém. Todavia, se a insônia se apresenta logo após o nascimento, ou algumas semanas depois, o estágio de *patogenia precoce* praticamente inexistente, a doença já ultrapassou o “horizonte clínico”, e então introduzem-se medidas de *diagnóstico precoce*; ou seja, a equipe preventiva se mobiliza para avaliar a situação da mãe, do bebê e familiares, conforme o caso. Comprovada a insônia do bebê, a medida seguinte da prevenção secundária é o *tratamento imediato*, ocupando o pediatra e o psicólogo. É importante o diagnóstico do pediatra, pois a insônia pode ter causas orgânicas (gastrointestinais, malformações, neurológicas etc.). Afastadas as hipóteses orgânicas – e levando em conta o grupo adaptativo da mãe, além do entorno familiar, – a etiologia da insônia do bebê pode ser considerada psicológica. Nesse caso, o tratamento

imediate na modalidade de *Psicoterapia Breve Operacionalizada* (PBO) envolve primeiramente a mãe; e, dadas as circunstâncias, o casal, ou mesmo a família.

Acompanhei de perto a realização da pesquisa da colega Eliana M. De Felice estudando mães primíparas no sétimo mês de gestação. Sua pesquisa resultou em dissertação de mestrado, mais tarde adaptada para livro (De Felice, 2006). O interesse de seus achados para a Psicoterapia Breve Operacionalizada de mães com bebês insones prende-se ao fato de haver sido constatado dois grupos de mães: A) as que tiveram um bom relacionamento com suas genitoras na infância e conseguiram introjetar em seu mundo interno uma figura materna “boa” e prestativa. Em conseqüência, puderam viver sua primeira gestação com tranquilidade e segurança. E, após o parto, a relação com o bebê era feliz e competente; B) ao passo que as mães que tiveram um relacionamento ruim com suas genitoras na infância apresentavam em seu mundo interno uma figura materna “má”, muito crítica e hostil, provocando na gestante muito temor e insegurança quanto ao parto, à possibilidade do bebê nascer defeituoso ou morto. No momento do parto sentiam-se desamparadas e incapazes; e, após a vinda do bebê, necessitando da ajuda do marido, da mãe ou da sogra para cuidar do recém-nascido. A própria parturiente identificava-se com um bebê desamparado e angustiado. O conhecimento teórico dessa condição pode auxiliar na eficácia da PBO, que utiliza como um dos instrumentos principais a “*interpretação teorizada*” (Simon, 2005).

Se todas as medidas de prevenção secundária não surtirem efeito, admite-se que a insônia do bebê evoluiu para a *cronificação*, caso em que a equipe se vê a braços com providências da fase de prevenção terciária. As medidas compreendem atendimento mais intensivo e mais longo prazo. Com relação à mãe será indicada *psicoterapia psicanalítica*, com no mínimo duas sessões semanais, e por tempo indeterminado. Outra opção concomitante é o atendimento do casal, ou familiar, em PBO.

E quanto às mães do Grupo G-3 da EDAO? No grupo-estudo, isto é, mães com bebês insones, a frequência foi de 46,7% - quase metade da amostra estudada. Já no grupo-controle, de mães com bebês sem insônia, verificou-se a frequência de 23,4%, menos de ¼ da amostra. A elevada frequência de mães no Grupo G-3 no grupo-estudo pode ser explicada pela composição da amostra. Isto é, foram incluídas mães cujos bebês apresentavam insônia. Isso quer dizer que era esperado no grupo-estudo estarem concentradas mães com menor eficácia adaptativa, isto é, G-3, G-4 e G-5. E no grupo-

controle esperava-se mães com maior eficácia adaptativa, como de fato ocorreu ($G-1+G-2 = 63,3\%$). Mas estas mães não necessariamente tinham ineficácia adaptativa grave. Pode-se conjecturar que poderiam espontaneamente superar o problema da insônia do bebê. Todavia, já que a insônia do bebê se apresentou, indicando algum grau de dificuldade no manejo materno, havendo folga no grupo de psicólogos do centro de saúde, o atendimento dessas mães seria conveniente.

Outro achado que se pode levar em conta a partir da pesquisa em estudo, é que a insônia do bebê (afastadas as causas orgânicas) é um achado importante como indicador de ineficácia adaptativa da dupla, devendo a equipe multidisciplinar mobilizar-se para intervir o mais prontamente possível. O diagnóstico precoce e o tratamento imediato e eficaz teriam um efeito preventivo de primeira ordem,

evitando agravamento do quadro e muito sofrimento desnecessário, sem contar o benefício do pronto bem estar físico e mental do bebê e sua família.

Referências

- De Felice, E. M. (2006). *Vivências da Maternidade*. São Paulo: Vetor.
- Leavel, H. R., & Clark, E. G. (1965). *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. (3ª Ed.). N. York: Mc Graw-Hill.
- Simon, R. (2005). *Psicoterapia Breve Operacionalizada: Teoria e Técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Simon, R. (2008). *Psicologia Clínica Preventiva: Novos Fundamentos* (2ª Ed.). São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária - EPU.
- Tenembojm, E. T. (2009, junho). Insônia em bebês: Estudo da Eficácia Adaptativa e Depressão em suas Mães. *Anais do Simpósio da Associação de Psicoterapia Psicanalítica*. São Paulo, Brasil, 10.

recebido em 18 /06 /2009

aprovado para publicação em 13/10/2009