

INTERVENÇÃO BREVE SOBRE A RESPONSABILIDADE DE MÃES AOS RECÉM-NASCIDOS HOSPITALIZADOS

ZELMA FREITAS SOARES¹  

PATRÍCIA ALVARENGA¹  

¹ Universidade Federal da Bahia, Instituto de Psicologia, Salvador, BA, Brasil.

RESUMO

Este estudo adaptou uma intervenção breve sobre a responsividade materna e avaliou seus efeitos em mães de recém-nascidos hospitalizados para tratamento de sífilis congênita. Participaram 20 díades mãe-bebê recrutadas em um hospital público, que foram distribuídas entre os grupos intervenção e comparação. Na avaliação pré-intervenção foram coletadas informações sociodemográficas e clínicas e a saúde mental materna foi avaliada com o SRQ-20. As díades do grupo intervenção participaram do Programa Doses de Afeto, implementado em uma sala reservada no próprio hospital em seis encontros. Na pós-intervenção, a responsividade materna foi avaliada em uma observação da interação da díade. Os resultados indicaram que as mães do grupo intervenção interpretaram os comportamentos de seus bebês com mais frequência do que as mães do grupo comparação, que, por sua vez, acariciaram e embalaram mais os seus bebês. Discute-se o potencial do programa para aplicações no contexto hospitalar e a necessidade de aprimorá-lo.

Palavras-chave: Responsividade materna; Interação mãe-bebê; Desenvolvimento infantil; Hospital; Intervenção.

Correspondência:

Zelma Freitas Soares
soareszelma@gmail.com

Submetido em:

25/10/2019

Revisto em:

29/09/2021

Aceito em:

27/06/2022

Como citar:

Soares, ZF., & Alvarenga, P. (2022). Intervenção breve sobre a responsividade de mães aos recém-nascidos hospitalizados. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 74:e023. <http://doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP-2022v74.19242>



SHORT INTERVENTION ON MOTHERS RESPONSIVENESS TO HOSPITALIZED NEWBORNS

ABSTRACT

This study adapted a short intervention on the maternal responsiveness and evaluated the effects in mothers of newborns who were hospitalized to treat congenital syphilis. 20 mother-infant dyads recruited from a public hospital participated. They were distributed among intervention and comparison groups. In the pre-intervention evaluation, sociodemographic and clinical information was collected, and maternal mental health was assessed with SRQ-20. The dyads of the intervention group participated in the "Affection Doses Program", implemented in a reserved room in the hospital throughout six meetings. In the post-intervention assessment, maternal responsiveness was evaluated based on an observation of dyad's free interaction. Results indicated that mothers in the intervention group interpreted their newborn's behaviors more often than mothers in the comparison group, who in turn, caressed and rocked their babies more often. The potential of the program for applications in the hospital context and the need to improve it are discussed.

Keywords: Maternal responsiveness; Mother-infant interaction; Childhood development; Hospital; Intervention.

INTERVENCIÓN BREVE SOBRE LA RESPONSABILIDAD DE LAS MADRES A LOS RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS

RESUMEN

Este estudio adaptó una intervención breve sobre la responsividad maternay evaluó sus efectos en madres de recién nacidos hospitalizados para tratamiento de sífilis congénita. Los participantes fueron 20 díadas madre-bebé reclutadas de un hospital público, que se distribuyeron entre los grupos de intervención y comparación. En la evaluación previa a la intervención, se recopiló información sociodemográfica y clínica y se evaluó la salud mental materna mediante el SRQ-20. Las díadas del grupo de intervención participaron del Programa Dosis de Afecto, implementado en una sala reservada del hospital en seis encuentros. La capacidad de responsividad materna posterior a la intervención se evaluó en una observación de la interacción de la díada. Los resultados indicaron que las madres del grupo intervención

interpretaron los comportamientos de sus bebés con más frecuencia que las madres del grupo comparación, quienes a su vez acariciaron y mecieron más a sus bebés. Se discute el potencial del programa para aplicaciones en el contexto hospitalario y la necesidad de mejorarlo.

Palabras clave: Responsividad materna; Interacción madre-bebé; Desarrollo infantil; Hospital; Intervención.

INTRODUÇÃO

Fatores de risco associados à vulnerabilidade social podem contribuir para o adoecimento e a internação de recém-nascidos. A vulnerabilidade social pressupõe um conjunto de características, de recursos materiais ou simbólicos e de habilidades específicas de indivíduos ou grupos, que podem ser insuficientes ou inadequados, bem como o acesso restrito à estrutura de oportunidades sociais, econômicas e culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade (Abramovay, Castro, Pinheiro, Lima, & Martinelli, 2002). A ocorrência de diversos fatores de risco em conjunto ou de forma cumulativa, característica da vulnerabilidade social, tende a resultar em múltiplos prejuízos para o desenvolvimento infantil (Mcfadden & Tamis-lemonda, 2006). No entanto, intervenções para promover a parentalidade tendem a favorecer o desenvolvimento infantil e são efetivas em países de renda alta e, principalmente, em países de renda média e baixa (Jeong, Franchett, Oliveira, Rehmani, & Yousafzai, 2021).

No Brasil, a sífilis congênita é uma das doenças que atingem com frequência recém-nascidos de famílias sociovulneráveis, com tendências de aumento da incidência e das internações hospitalares (Iuri & Sousa, 2012). A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Treponema pallidum*, sendo a via sexual o principal meio de transmissão (Iuri & Sousa, 2012). A sífilis congênita acontece quando a mãe, infectada e não tratada ou inadequadamente tratada, transmite a doença para o bebê por meio da placenta ou do canal de parto (Pires, Oliveira, Morais, & Santos, 2014). A baixa qualidade da assistência pré-natal, o não tratamento dos parceiros (Pires et al., 2014) e a distribuição deste agravo em estratos sociais de menor escolaridade e renda (Iuri & Sousa, 2012) ilustram alguns dos processos e mecanismos pelos quais a vulnerabilidade social se associa à maior probabilidade de hospitalização na infância.

Além das complicações clínicas e sequelas da sífilis congênita, tais como prematuridade, baixo peso, comprometimento auditivo, visual, neurológico e déficit no desenvolvimento neuropsicomotor (Iuri & Sousa,

2012; Pires et al., 2014), a hospitalização durante os primeiros anos de vida, principalmente quando prolongada, está associada ao atraso no desenvolvimento físico, motor (Saccani, Valentini, Pereira, Muller, & Gabbard, 2013), cognitivo e socioemocional e ao estabelecimento de padrões de apego inseguro (Lehner & Sadler, 2015). O impacto negativo do tipo de apego considerado inseguro sobre o desenvolvimento infantil está claramente descrito na literatura (Brunswick, 2006), assim como os benefícios do apego seguro (Posada et al., 2016).

O contexto e a rotina hospitalar podem dificultar o exercício pleno da parentalidade. No caso de mães de bebês com sífilis congênita, essa vivência é marcada, ainda, pelo sentimento de culpa associado à transmissão vertical da doença e pela angústia quanto ao prognóstico (Rejane et al., 2010). Esses fatores aumentam o risco de que a mãe se comporte de forma menos responsiva ou sensível com seu bebê, pois o estresse e suas repercussões no estado emocional do cuidador podem comprometer de forma significativa a qualidade da responsividade (Mcfadden & Tamis-lemonda, 2006).

Teóricos do campo do Apego, como Isabella, Belsky, e von Eye (1989), definem responsividade materna como a atenção e percepção consistentes, interpretação acurada e resposta contingente e apropriada aos sinais da criança. Crianças que experienciam cuidados responsivos tendem a desenvolver um padrão de apego seguro, em contraste, crianças que experienciam cuidados pouco responsivos tendem a desenvolver um apego inseguro (Posada et al., 2016). Dada a importância do período logo após o nascimento para o exercício da responsividade e consequente formação do vínculo afetivo entre mãe e filho, intervir precocemente sobre a responsividade de mães de bebês em condições adversas com múltiplos fatores de risco, pode atuar como fator protetivo, ao fortalecer o vínculo entre a díade, minimizando atrasos e prejuízos para o desenvolvimento infantil (Fukkink, 2008). Na literatura internacional é possível constatar a existência de distintos programas de intervenção sobre a responsividade materna em contexto de hospitalização, com resultados positivos sobre a qualidade da interação entre a díade, sobretudo em casos de bebês prematuros (Barlow, Sembi, & Underdown, 2016; Kaaresen, Rønning, Ulvund, & Dahl, 2006; Rauh, Nurcombe, Achenbach, & Howell, 1990). Alguns desses programas internacionais apresentam foco apenas na responsividade (Hoffenkamp, Tooten, Hall, Braeken, & Bakel, 2015; Rauh et al., 1990), enquanto outros, adicionalmente, fornecem às mães conhecimentos e habilidades que favoreçam o reconhecimento e regulação de suas próprias emoções e pensamentos (Barlow et al., 2016; Kennedy, Ball,

& Barlow, 2017; Kaaresen et al., 2006). Os programas que intervêm apenas sobre a responsividade apresentaram efeitos importantes no aumento dos comportamentos sensíveis (Hoffenkamp et al., 2015; Rauh et al., 1990), porém, nem sempre encontraram diferenças esperadas em certas dimensões, como a intrusividade (Hoffenkamp et al., 2015). Alguns dos programas que combinam a intervenção sobre a responsividade com o manejo dos aspectos emocionais apresentaram efeitos positivos tanto sobre o aumento da responsividade quanto sobre os aspectos emocionais, especialmente, quanto à redução da ansiedade (Kennedy et al., 2017; Newnham, Milgrom, & Skouteris, 2009).

No Brasil, intervenções focalizando a responsividade materna no contexto hospitalar são escassas. No entanto, é possível encontrar programas domiciliares direcionados a famílias sociovulneráveis. Alvarenga, Cerezo, Wiese e Piccinini (2020), com base em modelos bem-sucedidos da literatura internacional, elaboraram o Programa de Responsividade Materna. Esse programa faz uso de vídeo *feedback* e modelação ao vivo, que consiste em filmar momentos de interação entre a díade, editar o vídeo e, por fim, assistir e discutir algumas cenas com o cuidador (Fukkink, 2008), a fim de promover melhora da qualidade da interação (Barlow et al., 2016). O programa é destinado às mães de bebês nascidos a termo e saudáveis, com idade entre três e oito meses, e tem como principal objetivo aumentar os níveis de responsividade materna e favorecer o desenvolvimento socioemocional e cognitivo da criança (Alvarenga et al., 2020).

Os efeitos iniciais do Programa Responsividade Materna foram testados por meio de um ensaio clínico randomizado, envolvendo 44 díades mãe-bebê, residentes em comunidades de baixa renda de Salvador/BA, distribuídas aleatoriamente entre os grupos intervenção (n = 22) e controle (n = 22). Na avaliação pós-teste, as mães do grupo intervenção interpretaram com maior frequência o comportamento de seus bebês, fizeram mais perguntas aos bebês e foram menos intrusivas. Além disso, as crianças do grupo intervenção, em comparação às crianças do grupo controle, apresentaram um ganho maior em comportamentos avançados, ou seja, comportamentos que não são típicos dessa fase de desenvolvimento, no caso aos 11 meses, mas que podem estar presentes (Alvarenga et al., 2020).

A revisão dos programas internacionais que tiveram seus efeitos testados no ambiente hospitalar indica especificidades desse ambiente e torna clara a importância de se adaptar intervenções que levem em consideração tanto

as condições do ambiente quanto as características dos participantes nesse contexto. De maneira geral, os estudos revisados apontam para a necessidade de ações focadas não apenas na responsividade, mas também no acolhimento e manejo de emoções e pensamentos da mãe frente ao adoecimento do bebê (Barlow et al., 2016; Kaaresen et al., 2006). Nesse sentido, o modelo psicoterapêutico denominado Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2003) pode ser um recurso útil a ser incorporado nos programas de intervenção sobre a responsividade em contexto de hospitalização. A ACT é um tipo de psicoterapia comportamental contextual baseada na Teoria das Molduras Relacionais (Barnes-Holmes, Hayes, & Torneke, 2010) que viabiliza a análise funcional da linguagem e da cognição humana e disponibiliza ferramentas de intervenção capazes de alterar o contexto simbólico (Hayes et al., 2003; Luciano, 2016). O principal objetivo da ACT é proporcionar flexibilidade psicológica, que significa aceitar, no sentido de perceber de modo integral sem lutar para tentar alterar, os próprios eventos privados aversivos (por exemplo: pensamentos e sentimentos), a fim de se engajar em ações que são importantes para a pessoa, ou seja, ações valorosas com potencial de transformar contingências ambientais (Hayes et al., 2003).

No contexto da parentalidade, por exemplo, a ACT entende que os valores podem atuar como lentes através das quais os pais podem ver seus filhos. Valores podem ser definidos como qualidades estáveis e abrangentes capazes de caracterizar o que seria, para a própria pessoa, uma vida significativa (Ferreira, Simões, Ferreira, & Santos, 2019). Assim, na abordagem da ACT para problemas relacionados à interação entre pais e filhos, recomenda-se o apoio à aceitação de quaisquer emoções ou pensamentos desagradáveis que os pais possam relatar em relação aos cuidados que dispensam aos filhos. Além disso, incentivam-se ações alinhadas aos valores parentais que tendem a beneficiar o desenvolvimento das crianças (Coyne, Murrell, & Wilson, 2009). Adicionalmente, a ACT prioriza o desenvolvimento da atenção plena (*mindfulness*), utilizando diversos recursos terapêuticos, entre esses, os exercícios de respiração e relaxamento, frequentemente utilizados para lidar com a ansiedade (Harris, 2009). A prática da atenção plena favorece a responsividade materna ao tornar a mãe mais disponível e presente durante as interações com o bebê. Destaca-se ainda o potencial da ACT para incentivar a interação da mãe com o bebê durante o período de adoecimento e internação, apesar do medo e da preocupação com seu estado de saúde. Nesse sentido, a abordagem pode ser muito efetiva ao sinalizar para a mãe as desvantagens de manter sua atenção focada nos próprios

sentimentos e pensamentos sobre o estado do bebê, que não podem ser controlados diretamente, e redirecioná-la para os sinais e comportamentos do recém-nascido, contribuindo para seu bem-estar e desenvolvimento durante a hospitalização.

Considerando esses aspectos, o presente estudo teve como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção breve sobre a responsividade materna associada ao modelo psicoterapêutico ACT, implementada com mães de recém-nascidos hospitalizados para tratamento de sífilis congênita provenientes de contexto sociovulnerável. A hipótese foi a de que comportamentos maternos responsivos seriam mais frequentes no grupo intervenção do que no grupo comparação, no pós-teste.

MÉTODOS

DELINEAMENTO

O presente estudo adotou delineamento pré-experimental de grupos não equivalentes, somente com pós-teste.

PARTICIPANTES

Participaram 20 díades mãe-bebê, distribuídas entre grupo intervenção ($n = 10$) e grupo comparação ($n = 10$), selecionadas em um hospital-maternidade pública na cidade de Salvador/BA. Foram incluídas as díades cujas mães tinham acima de 18 anos de idade, e seus bebês estavam hospitalizados para tratamento de sífilis congênita.

No grupo intervenção, todas as 10 mães (100%) se autodeclararam negras. A média de idade foi de 26 anos ($DP = 6,46$; $Md = 26,00$) e a escolaridade média foi de sete anos ($M = 7,40$; $DP = 2,55$; $Md = 6,00$), o que corresponde ao ensino fundamental incompleto. A renda *per capita* para esse grupo foi de R\$ 235,00 ($M = 235,62$; $DP = 260,99$; $Md = 162,50$). No grupo comparação, oito mães (80%) se autodeclararam negras e duas (20%) brancas. A média de idade foi de 25 anos ($DP = 6,40$; $Md = 24,50$) e a escolaridade média foi de oito anos ($M = 8,90$; $DP = 2,05$; $Md = 6,00$), o que corresponde, também, ao ensino fundamental incompleto. Para o grupo comparação a renda *per capita* foi de R\$ 227,53 ($M = 235,62$; $DP = 195,18$; $Md = 185,91$). A Tabela 1 apresenta detalhes sobre as características sociodemográficas das participantes do grupo intervenção e comparação.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das participantes do grupo intervenção e grupo comparação

	Intervenção (n = 10)	Comparação (n = 10)	U / χ^2	P
Idade da mãe do bebê (anos)				
M (DP)	26 (6,46)	25,90 (6,40)		
Md	26,00	24,50	49,50	0,97
Escolaridade da mãe (anos)				
M (DP)	7,40 (2,55)	8,90 (2,02)		
Md	6,00	9,00	29,00	0,12
Raça/cor da mãe				
Negra/parda	10 (100%)	8 (80%)	2,22	0,24
Branca		2 (20%)		
Coabitação parental				
Sim	6 (60%)	5 (50%)	0,20	0,50
Não	4(40%)	5 (50%)		
Quantidade de filhos além do bebê				
M (DP)	1,70 (2,16)	1,20 (0,79)		
Md	1,00	1,00	0,49	0,97
Idade do pai do bebê				
M (DP)	29 (7,58)	31,50 (11,03)		
Md	28	31	40,50	0,72
Escolaridade do pai (em anos)				
M (DP)	8,14 (2,79)	9,0 (3,35)		
Md	9,00	9,50	17,50	0,63
Renda <i>per capita</i> (reais)				
M (DP)	235,62 (260,99)	227,53 (195,18)		
Md	162,50	185,91	50,00	1,00

* Uma mãe do grupo comparação e duas do grupo intervenção não souberam informar nenhum dado sociodemográfico do pai do bebê.

Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

Quanto aos bebês, tanto os que integraram o grupo intervenção ($M = 2,60$; $DP = 1,07$; $Md = 2,00$) quanto o grupo comparação ($M = 2,70$; $DP = 2,05$; $Md = 2,00$) tinham em média dois dias de vida na avaliação pré-intervenção.

No momento da avaliação pós-intervenção, os bebês tinham em média nove dias, tanto os que constituíram o grupo intervenção ($M = 9,70$; $DP = 1,06$; $Md = 9,00$) quanto o grupo comparação ($M = 9,40$; $DP = 1,89$; $Md = 8,50$). A Tabela 2 apresenta em detalhe os dados relacionados à gestação e ao nascimento dos bebês dos grupos intervenção comparação.

Tabela 2 - Dados da gestação e nascimento dos bebês

	Intervenção ($n = 10$)	Comparação ($n = 10$)	U / χ^2	P
Consultas pré-natal				
M (DP)	5,40 (1,64)	5,60 (3,23)	38,50	0,38
Md	5,50	7,00		
Sexo do bebê				
Feminino	3 (30%)	5 (50%)		
Masculino	7 (70%)	5 (50%)	0,83	0,32
Tempo de gestação (semanas)				
M (DP)	39,40 (1,07)	39,60 (1,17)		
Md	40,00	39,50	45,00	0,74
Peso do bebê ao nascer (kg)				
M (DP)	3,18 (0,47)	3,21 (0,39)		
Md	3,18	3,24	49,00	0,97
Comprimento ao nascer (cm)				
M (DP)	48,15 (1,41)	47,85 (2,58)		
Md	48,50	47,50	45,50	0,74

Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

O Teste *Mann-whitney* e o *Qui-quadrado*, utilizados, respectivamente, para comparar as variáveis contínuas e categóricas, entre os dois grupos, quanto às características sociodemográficas, aos dados da gestação e nascimento dos bebês, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Essa análise indica que os grupos, intervenção e comparação, não diferem quanto a esses aspectos.

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (Parecer nº 2.719.560),

a primeira autora do presente estudo, antes de realizar a coleta de dados apresentada neste artigo, fez uma imersão de um mês no hospital para se familiarizar com a rotina da unidade e realizar o estudo-piloto com duas mães e seus respectivos bebês, com a finalidade de adaptar a proposta de intervenção. A primeira autora foi a facilitadora da intervenção e também responsável por aplicar todos os instrumentos nas várias fases de coleta de dados, apesar de a literatura recomendar que os processos de intervenção e de avaliação sejam independentes. Esse procedimento, que pode fragilizar os aspectos metodológicos do estudo, foi adotado para preservar as díades e a própria unidade hospitalar onde a pesquisa foi realizada, pois a entrada de outros pesquisadores poderia perturbar a rotina da enfermagem e causar estresse adicional às participantes que, durante a internação, precisaram lidar com demandas e procedimentos de muitos profissionais.

No início da coleta de dados a intervenção foi oferecida a todas as díades. Aquelas mães que aceitaram participar da intervenção formaram o grupo intervenção. Após a composição do grupo intervenção, as demais mães que concordaram em participar do estudo compuseram o grupo comparação. Inicialmente, após assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido pelas mães dos bebês, foi realizada uma avaliação pré-intervenção. Foram preenchidas a Ficha de dados sociodemográficos com informações fornecidas pelas mães e a Ficha de informações clínicas do bebê com base em informações contidas na Declaração de Nascidos Vivos (DNV) de cada bebê. Além disso, foi realizada avaliação da saúde mental materna por meio do *Self-Report Questionnaire of Minor Psychiatric Disorders* (SRQ-20). Logo após a avaliação pré-intervenção, as díades do grupo intervenção participaram de seis sessões do Programa Doses de Afeto, inicialmente intitulado Programa de Responsividade Materna/Recém-nascidos (Soares, 2019). As sessões tiveram em média 40 minutos de duração cada e foram realizadas durante seis dias consecutivos. Todas as mães participantes concluíram as seis sessões previstas no programa.

Após a finalização da intervenção, foi realizada uma avaliação pós-intervenção. Na pós-intervenção, uma avaliação da responsividade materna por meio da Observação da Interação Mãe-Bebê foi feita. Esse procedimento ocorreu apenas na pós-intervenção porque se mostrou inviável na pré-intervenção pelo fato de que os bebês passavam a maior parte do dia dormindo. Tanto a observação da interação mãe-bebê quanto a maioria das sessões de intervenção foram realizadas em local reservado, uma sala pequena (3 m²), mobiliada com duas cadeiras, que ficava localizada

no final de um dos corredores do hospital-maternidade. Na pós-intervenção, as mães participantes da intervenção responderam, ainda, em forma de entrevista, o Questionário de Satisfação com o Programa de Intervenção. A pós-intervenção ocorreu no próprio hospital, no dia seguinte ao término da intervenção. As díades participantes do grupo comparação realizaram apenas a Observação da Interação Mãe-Bebê. Após a conclusão da coleta de dados, foi oferecido um encontro, para a entrega de um panfleto e orientações sobre como estimular o desenvolvimento do bebê, para as mães do grupo comparação que desejaram.

As três mães participantes do estudo que apresentaram demanda para atendimento psicológico foram encaminhadas para o projeto de extensão "Psicoterapia cognitiva e comportamental para adultos e crianças", e para o Serviço de Psicologia do hospital onde a coleta de dados foi realizada.

INSTRUMENTOS

1. Ficha de dados sociodemográficos: permitiu caracterizar a amostra a partir da coleta de dados relacionados a alguns aspectos da família, tais como: idade da mãe, raça/cor, renda familiar, nível de escolaridade dos genitores, estado civil, número de pessoas que moram na casa e grau de parentesco com o bebê.

2. Ficha de informações clínicas do bebê: favoreceu a coleta de informações relacionadas ao período da gestação, histórico perinatal e pós-natal, tais como: idade gestacional, quantidade de consultas de pré-natal realizadas, tipo de parto, peso e estatura ao nascer.

3. SRQ-20: desenvolvido por Harding et al. (1980), trata-se de uma escala de rastreamento psiquiátrico composta por 20 itens que avaliam sintomas não psicóticos de transtornos psiquiátricos menores ou comuns. Foi investigada, portanto, a presença de sintomas de depressão, ansiedade e queixas psicossomáticas. Para este estudo foi utilizada a versão brasileira da escala, cujo índice de consistência interna (*alpha de Cronbach*) é de 0,86 (Gonçalves, 2008).

4. Observação da Interação Mãe-Bebê: foi utilizada para a avaliação da responsividade da mãe aos comportamentos do bebê durante a interação na pós-intervenção. A mãe foi filmada por 10 minutos interagindo livremente com o bebê. Todas as filmagens foram realizadas com o bebê no colo da mãe. As mães foram instruídas a interagir com os bebês como normalmente o faziam, podendo utilizar um brinquedo que foi disponibilizado pela

pesquisadora (chocalho branco com três pequenos sinos de cores distintas). Foram utilizados para as análises os seis primeiros minutos consecutivos dos vídeos a fim de garantir que os bebês se mantiveram acordados. Esses seis minutos foram analisados em intervalos de 12 segundos, com base em categorias descritas na literatura (Piccinini, Alvarenga, & Frizzo, 2007). Nos primeiros seis segundos foram registrados os comportamentos do bebê em relação a cinco categorias, a saber: a) Emite sons/vocaliza; b) Emite respostas reflexas; c) Fica inquieto/chora; d) Suga/mama/chupa bico; e e) Olha atentamente.

As respostas maternas frente aos comportamentos do bebê foram registradas no mesmo intervalo e no intervalo seguinte (de seis segundos). O registro em ambos os intervalos de seis segundos foi efetuado e analisado da mesma forma. Os comportamentos maternos foram registrados em oito categorias distintas: a) Interpreta/fala pelo bebê; b) Fala para o bebê; c) Sorri para o bebê; d) Acaricia/embala/aconchega; e) Arruma/limpa o bebê; f) Amamenta o bebê; g) Estimula fisicamente (com/sem objeto); e h) Age de forma intrusiva. As categorias (a), (b), (c), (d) (e) (f) e (g) incluem comportamentos maternos considerados sensíveis, enquanto a categoria (h) inclui comportamentos que revelavam a ausência de sensibilidade da mãe aos sinais do bebê. Os comportamentos do bebê e da mãe foram registrados em protocolo de papel, entendendo-se que os comportamentos eram mutuamente excludentes. A análise da interação mãe-bebê foi realizada por dois codificadores independentes, que receberam treinamento prévio. A fidedignidade foi estabelecida com base em 10 vídeos e atingiu 0,82 para as categorias de comportamentos maternos e 0,79 para as categorias de comportamentos infantis (coeficiente *Kappa de Cohen*). Esses valores são considerados excelentes (Robson, 1993).

5. Questionário de satisfação com o programa de intervenção: trata-se de um questionário confeccionado pelas autoras com o objetivo de obter *feedback* das participantes acerca do programa de intervenção por meio de três questões abertas: "o que você achou de participar dos encontros com a Psicóloga facilitadora aqui no hospital?"; "você notou alguma mudança na sua forma de brincar ou conversar com o (nome do bebê) após os nossos encontros?"; e "você percebeu alguma mudança na sua forma de lidar com teus pensamentos e emoções após os nossos encontros"? As respostas das participantes, que não eram anônimas, foram submetidas à análise de conteúdo qualitativa (Laville & Dionne, 1999). A partir da leitura das respostas das mães às questões foram criadas três categorias de análises, a saber: (a) percepção de

mudanças na forma de agir e brincar com o bebê; (b) percepção de mudanças na forma de entender o bebê; e (c) percepção de mudanças na forma de lidar com os próprios pensamentos e emoções.

PROGRAMA DOSES DE AFETO

Foi realizada uma adaptação para o contexto hospitalar do Programa de Responsividade Materna (Alvarenga et al., 2020), que tem como objetivo aumentar os níveis de sensibilidade materna e, conseqüentemente, melhorar o desenvolvimento das crianças. O Programa de Responsividade Materna é destinado a mães de bebês nascidos a termo e saudáveis, com idade entre três e oito meses. Faz uso de vídeo *feedback* e modelação ao vivo e envolve oito visitas domiciliares de uma hora de duração. Cada visita contempla um tema específico com foco na responsividade.

O modelo de intervenção adaptado para o contexto hospitalar tem seis sessões e foi denominado Doses de Afeto. As adaptações realizadas levaram em consideração as características específicas do hospital-maternidade onde o estudo foi realizado, bem como as características da fase de desenvolvimento dos bebês das díades participantes e da doença. A principal adaptação foi a introdução de técnicas do modelo psicoterapêutico ACT nas sessões iniciais (1ª e 2ª sessão) e de forma transversal ao longo das sessões de intervenção sobre a responsividade, a fim de intervir sobre as emoções e preocupações das mães diante da doença e da hospitalização do bebê. Além disso, o número de sessões destinadas à intervenção sobre a responsividade materna foi reduzido e alguns conteúdos foram alterados de modo a contemplar as características dos participantes e as especificidades do contexto hospitalar, bem como da unidade específica onde o estudo foi implementado. As seis sessões do Programa Doses de Afeto tiveram duração média de 40 minutos cada, ocorreram durante seis dias consecutivos e foram realizadas individualmente com cada díade.

A **primeira sessão** foi elaborada levando em consideração o conceito de esquiva experiencial abordado pela ACT, que está relacionado à dificuldade de a pessoa lidar com eventos privados aversivos (Hayes et al., 2003). Essa sessão teve como foco criar um ambiente favorável para que a mãe entrasse em contato com as emoções despertadas no contexto da maternidade e com as preocupações frente à experiência de ter um filho doente e hospitalizado. O manejo nessa sessão visou favorecer a percepção e a aceitação dos próprios sentimentos e preocupações por parte da mãe

de modo que ela compreendesse que eles eram inerentes a esse contexto e que, portanto, fazia sentido que ela estivesse se sentindo angustiada, ansiosa ou desconfortável durante a hospitalização do seu bebê. O processo de aceitação diminui a esquiva experiencial e permite que a pessoa possa apresentar maior abertura e curiosidade para vivenciar novas experiências (Harris, 2009).

A **segunda sessão**, também baseada na ACT, teve como foco ensinar à mãe exercícios favorecedores de atenção plena (*mindfulness*). Tratou-se de um exercício de respiração e relaxamento, comumente utilizado com o objetivo de conectar a pessoa com seu momento presente a fim de que a experiência vivenciada se torne núcleo de sua atenção (Harris, 2009). A atenção plena, além de reduzir a ansiedade, promove uma atitude de abertura e curiosidade. A prática de exercícios favorecedores de atenção plena visava facilitar a disponibilidade atencional e emocional da mãe para que ela pudesse se beneficiar das orientações recebidas e ter uma experiência mais agradável e plena durante a interação com o bebê.

A terceira, quarta e quinta sessões de intervenção tiveram como foco a responsividade materna e nelas foram trabalhados três temas da intervenção original de Alvarenga et al. (2020), considerados apropriados para a fase desenvolvimental dos bebês participantes, bem como ao contexto do hospital. Os temas foram o potencial interativo, a contingência social e a intrusividade. A estrutura das sessões de intervenção sobre a responsividade materna foram semelhantes às do modelo da intervenção original (Alvarenga et al., 2020), tendo como diferença o fato de que cada sessão era iniciada com um exercício de atenção plena durante cerca de cinco minutos seguido por alguns minutos em que as mães foram incentivadas a falar sobre suas emoções e preocupações relacionadas ao adoecimento do bebê, sempre que esta fosse uma demanda constatada pela facilitadora ou manifestada pela própria participante. Além disso, a filmagem da interação e os procedimentos de vídeo *feedback* previstos no modelo original foram substituídos por observação ao vivo da facilitadora e registro em uma ficha de registro dos comportamentos da diáde confeccionada especificamente para essa finalidade com base nos códigos de registro do método do Sistema de Codificação da Interação Mãe-Criança Revisado – CITMI-R (Alvarenga & Cerezo, 2013), utilizado para a análise da filmagem na intervenção original. Essa conduta foi tomada porque a filmagem foi considerada inviável, dadas as condições do contexto hospitalar, superlotado na maior parte do tempo.

Todas as três sessões de responsividade foram realizadas seguindo o mesmo roteiro: 1) *Rapport inicial*: acolhimento e apresentação da sessão; 2) *Exercício de atenção plena*: prestando atenção na respiração; 3) *Observação da interação mãe-bebê*: observação de alguns minutos da interação face a face entre a diade; 4) *Análise da interação mãe-bebê*: o facilitador examinava o registro da interação observada, tomando como base os códigos de registro do método do CITMI-R e de categorias adicionais sobre a dimensão cognitiva da responsividade. 5) *Orientações*: 20 minutos de *feedback* em que o facilitador discutia com a mãe os comportamentos observados, com base nas análises da observação realizadas na etapa anterior, com foco no tema da sessão. 6) *Modelação*: cinco minutos durante os quais o facilitador interagiu com o bebê mostrando para a mãe estratégias responsivas de aproximação e interação. A mãe era estimulada a participar também da interação, tentando praticar as habilidades aprendidas durante o encontro; 7) *Fechamento*: 10 minutos de fechamento da sessão com destaque para os progressos alcançados e encorajamento para que a mãe seguisse exercitando as habilidades aprendidas.

O tema *potencial interativo do bebê* foi abordado na **terceira sessão**, que teve por objetivo sinalizar e discutir o papel ativo do bebê na relação e sua prontidão para comunicar-se, despertar a atenção e atrair os cuidados da mãe ou do adulto cuidador. A **quarta sessão** abordou aspectos da *contingência social* e tinha a finalidade de mostrar à mãe a importância de ela reagir aos sinais do bebê com respostas compatíveis com os sinais que ele dava, fortalecendo, assim, suas tentativas de comunicação e interação. A **quinta sessão** trabalhou a temática *intrusividade* e, portanto, focou na percepção e no respeito ao ritmo e ao espaço do bebê, e na capacidade de identificar e evitar condutas invasivas ou restritivas durante a interação. A **sexta sessão** teve como objetivo revisar os temas trabalhados nas sessões anteriores, tanto relacionados à ACT quanto à responsividade, bem como incentivar a mãe a continuar praticando. Maiores detalhes acerca de cada sessão da intervenção podem ser consultados na dissertação de mestrado da primeira autora deste estudo, sob orientação da segunda (Soares, 2019).

ORIENTAÇÕES PARA O GRUPO COMPARAÇÃO

Um panfleto com informações sobre a importância dos cuidados maternos sensíveis para o desenvolvimento do bebê foi entregue às

mães durante uma sessão de orientação, em que o conteúdo do material foi esclarecido.

PROCEDIMENTOS DE ANÁLISES DOS DADOS

Procedimentos de estatística descritiva foram utilizados nas análises preliminares. Os efeitos da intervenção sobre a responsividade foram avaliados comparando o grupo comparação ao grupo intervenção, a partir dos dados da observação da interação entre a díade na pós-intervenção, por meio do Teste *Mann-Whitney*. Foi adotado como nível de significância o valor de $p < 0,05$. As respostas das participantes no questionário de satisfação foram analisadas por meio da análise de conteúdo qualitativa.

RESULTADOS

SAÚDE MENTAL DAS MÃES DOS GRUPOS INTERVENÇÃO E COMPARAÇÃO

Os escores no SRQ-20 das mães do grupo intervenção variaram entre dois e 12, com média de 6,90 ($DP = 3,57$; $Md = 6,50$). Com base no ponto de corte do instrumento, os relatos de quatro mães (40%) indicaram a presença de transtornos mentais. Quanto às mães do grupo comparação, os escores variaram entre cinco e 11, com média de 5,10 ($DP = 2,76$; $Md = 5,0$). Nesse último grupo, apenas o relato de uma mãe (10%) indicou a presença de transtornos mentais. A partir do Teste de *Mann-Whitney* foi possível constatar que os grupos não diferiram estatisticamente quanto à saúde mental no período pré-intervenção ($U = 35,00$; $p < 0,14$).

COMPORTAMENTOS MATEROS E INFANTIS DOS GRUPOS INTERVENÇÃO E COMPARAÇÃO

A Tabela 3 apresenta médias, desvios-padrão e valores de U e p para o Teste *Mann-Whitney* das frequências dos comportamentos infantis de ambos os grupos na pós-intervenção. De acordo com esses resultados, os grupos intervenção e comparação não apresentaram diferença estatisticamente significativa quanto à frequência em nenhuma das categorias analisadas, indicando que os bebês do grupo intervenção e comparação se comportaram de modo muito semelhante.

Tabela 3 - Média, desvio-padrão, valor de U e valor de p (Mann-Whitney) das frequências dos comportamentos infantis dos grupos intervenção e comparação na pós-intervenção

	Intervenção (n = 10)		Comparação (n = 10)		U	p
	M (DP)	Md	M (DP)	Md		
Emite sons/vocaliza	1,20 (1,23)	1,00	1,30 (1,41)	1,00	49,50	0,48
Emite respostas reflexas	7,80 (6,92)	7,00	6,60 (6,13)	5,00	47,50	0,43
Fica inquieto/chora	5,80 (6,59)	3,50	4,40 (6,80)	1,50	35,0	0,14
Suga/mama/chupa bico	6,60 (10,61)	1,50	6,0 (9,28)	0	43,50	0,31
Olha atentamente	12,30 (8,18)	12,00	10,40 (8,21)	7,50	43,50	0,31

Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

A Tabela 4 apresenta médias, desvios-padrão e valores de U e p para o Teste Mann-Whitney das frequências dos comportamentos maternos de ambos os grupos na pós-intervenção. Foi possível constatar uma diferença significativa na categoria interpreta/fala pelo bebê ($U = 7,50$; $p < 0,001$), indicando que as mães do grupo intervenção ($M = 12,70$; $DP = 7,36$; $Md = 12,50$) apresentaram maiores frequências do que as mães do grupo comparação ($M = 2,70$; $DP = 2,75$; $Md = 2,00$). Além disso, foi constatada uma tendência entre as mães do grupo intervenção ($M = 14,00$; $DP = 9,00$; $Md = 13,50$) em estimular mais fisicamente seus bebês ($U = 31,00$; $p < 0,08$) do que as mães do grupo comparação ($M = 8,30$; $DP = 8,52$; $Md = 5,50$). O Teste de Mann-Whitney também indicou diferença significativa na categoria acaricia/embala/aconchega ($U = 17,50$; $p = 0,005$), revelando maiores frequências apresentadas pelas mães do grupo comparação ($M = 29,80$; $DP = 12,02$; $Md = 29,00$) em comparação as mães do grupo intervenção ($M = 16,70$; $DP = 8,85$; $Md = 19,50$).

Tabela 4 - Média, desvio-padrão, valor de U e valor de p (Mann-Whitney) das frequências dos comportamentos maternos dos grupos intervenção e comparação na pós-intervenção

	Intervenção (n = 10)		Comparação (n = 10)		U	p
	M (DP)	Md	M (DP)	Md		
Interpreta/fala pelo bebê	12,70 (7,36)	12,50	2,70 (2,75)	2,00	7,50	0,001
Fala para o bebê	37,50 (11,12)	41,00	28,00 (17,28)	25,00	33,50	0,11
Sorri para o bebê	5,00 (7,76)	1,00	10,50 (16,99)	6,00	33,50	0,11
Acaricia/embala/aconchega	16,70 (8,85)	19,50	29,80 (12,02)	29,00	17,50	0,005

Continua

Continuação

	Intervenção (n = 10)		Comparação (n = 10)		U	p
	M (DP)	Md	M (DP)	Md		
Arruma/limpa o bebê	13,50 (6,83)	12,50	15,20 (6,36)	14,50	41,00	0,26
Amamenta o bebê	12,30 (21,33)	2,00	12,40 (18,65)	0	48,00	0,46
Estimula fisicamente	14,00 (9,00)	13,50	8,30 (8,52)	5,50	31,00	0,08
Age de forma intrusiva	5,40 (4,47)	4,50	6,40 (8,15)	2,50	42,50	0,29

Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

SATISFAÇÃO DAS PARTICIPANTES COM O PROGRAMA DOSES DE AFETO

A análise de conteúdo qualitativa mostrou percepção de ganhos importantes por parte das mães a partir de sua participação no programa de intervenção. Em relação à categoria "percepção de mudança na forma de agir e brincar com o bebê", as mães que perceberam mudanças (n =7), disseram que passaram a conversar mais com o bebê, respeitar o seu espaço e ritmo, a partir do aprendizado do momento ideal para envolvê-lo na interação. Os trechos dos relatos de duas mães elucidam esses aspectos: "[...] antes, para mim, ele era um nada assim... eu só dava banho e botava para dormir. Não conversava e agora eu converso com ele" (M7); "[...] No começo mesmo eu brincava assim, bem em frente dele, encostando a cara dele o tempo todo na minha, invadindo o espaço dele, como você me falou. Eu brincava com ele na hora que ele estava com sono. Mas mudou tudo" (M8).

Em relação à categoria "percepção de mudança na forma de entender o bebê", as mães que perceberam mudanças (n =6), relataram ganhos relacionados, especialmente, ao entendimento das capacidades que o bebê já apresentava, tais como a visão e a audição, e capacidade de interagir e de comunicar os seus desejos. Esses aspectos podem ser constatados nos trechos dos relatos: "[...] eu aprendi que na forma de agir ela já demonstra o que não gosta" (M3); "[...] eu descobri coisas que não sabia. Coisas que um bebê já é capaz de sentir e fazer. Descobri que ele já enxerga deste tamanho, que pode ter contato com as coisas. E eu comecei a perceber ele fazendo uns movimentos quando eu conversava com ele" (M7).

Quanto aos resultados relacionados à categoria "percepção de mudanças na forma de lidar com os próprios pensamentos e emoções", as mães que perceberam mudanças (n = 9), relataram, sobretudo, sentir-se mais calmas ou menos ansiosas. O foco na respiração foi a estratégia citada por

algumas mães para lidar com suas emoções e por outras para lidar com os pensamentos desagradáveis. Os trechos dos relatos abaixo ilustram essas questões: "[...] antes eu não parava, eu não pensava, eu não relaxava. E agora, depois desses encontros, eu procuro sempre respirar fundo e tentar me acalmar" (M4); "[...] eu pude perceber que os pensamentos negativos eles existem, eles vêm. Mas eu não posso deixar que eles venham influenciar toda a minha vida, os meus planos, os meus objetivos. Eu sei que eles existem, mas eles não tomam mais conta da minha pessoa como antes" (M9).

DISCUSSÃO

A hipótese de que as frequências de comportamentos maternos responsivos seriam mais frequentes no grupo intervenção do que no grupo comparação, no pós-teste, foi parcialmente confirmada. Os resultados da avaliação dos comportamentos maternos após a intervenção indicaram que as mães do grupo intervenção apresentaram maiores frequências na categoria interpreta/fala pelo bebê do que as mães do grupo comparação. A categoria, interpreta/fala pelo bebê, contempla um dos comportamentos maternos mais próximos à definição do construto responsividade materna, pois envolve a percepção e interpretação dos sinais comportamentais da criança (Isabella et al., 1989), evidenciando, assim, efeitos do programa sobre um componente importante da responsividade. Por se tratar de uma intervenção envolvendo mães de recém-nascidos, esse dado ganha ainda mais destaque, pois quanto menor o bebê mais difícil se torna para os pais interpretarem os sinais de seus comportamentos e responderem de forma adequada aos mesmos (Helen et al., 2011). Os bebês de uma maneira geral e, em especial os recém-nascidos, são desprovidos da linguagem falada e o corpo se apresenta como sua principal via de comunicação (Coutinho, 2011). Nesse sentido, a interpretação acurada dos seus sinais é uma condição importante para atender de forma contingente e apropriada às suas necessidades (Isabella et al., 1989).

Embora a acurácia das interpretações feitas pelas mães não tenha sido avaliada, o exercício de observar os sinais do bebê e interpretá-los indica um ganho significativo proporcionado pela intervenção. Devido à idade dos bebês, grande parte das interpretações se relacionava ao choro e outras manifestações de desconforto dos bebês, assim como a seus estados de consciência e sinais de prazer, conforto ou preferências por determinados tipos de estimulação. Esses comportamentos maternos foram estimulados,

principalmente, na sessão denominada "aprendendo a noção de contingência social". A intervenção nessa sessão atribui destaque ao fato de que, mesmo doente, o bebê quer se conectar com o mundo e com as pessoas a sua volta, auxiliando a mãe a discriminar os sinais que o bebê mostra. Ao mesmo tempo, enfatiza-se a importância desse tipo de ação para que o bebê perceba que seus comportamentos provocam reações no outro e, assim, possa seguir na tentativa de se comunicar. Desse modo, destaca-se nessa sessão o quanto a contingência social pode ser uma fonte de conforto e tranquilidade para o bebê durante o período de internação e os primeiros meses após o nascimento, por aumentar sua sensação de bem-estar e confiança no mundo. De igual modo, a tendência constatada entre as mães do grupo intervenção em estimular mais fisicamente seus bebês do que as mães do grupo intervenção pode também estar associada aos aspectos abordados nessa sessão. A literatura é consistente quanto ao fato de que a contingência social é um meio importante através do qual os bebês fazem descobertas sobre si e sobre o funcionamento do mundo de uma maneira mais ampla (Bigelow, 2001). Treinar a mãe para desenvolver relações contingentes com o bebê pode ajudá-la, ainda, a perceber o bebê como um ser mental, intencional, capaz de demonstrar agrados e desagradados, o que pode tornar a sua interação com o bebê mais prazerosa e permeada de sentidos e significados (Bigelow, 2001).

A categoria acaricia/embala/aconchega apresentou maior frequência no grupo comparação. Esse resultado evidencia o fato de que as mães do grupo comparação também apresentaram alta frequência de comportamentos responsivos. Esse dado é relevante, principalmente porque o embalar e aconchegar é um comportamento responsivo importante quando se trata do cuidado com recém-nascidos. Para o grupo intervenção, essa categoria foi a segunda mais frequente, indicando também sensibilidade das mães quanto a este aspecto.

É possível que a menor frequência de comportamentos emitidos pelas mães do grupo intervenção na categoria acaricia/embala/aconchega, quando comparada à frequência de emissão dessas respostas pelas mães do grupo comparação, esteja associada ao treino proporcionado pela intervenção. Em primeiro lugar, as mães do grupo intervenção foram estimuladas a praticar outras respostas como, por exemplo, deixar que os bebês olhassem para a sua face, falar, cantar e interpretar seus comportamentos. Isso pode ter contribuído para a diminuição na frequência de carícias e embalo. Em segundo lugar, as mães do grupo intervenção foram orientadas a fazer uma coisa de cada vez com seus bebês a fim de que elas pudessem observar as reações do

bebê com mais clareza e evitar comportamentos intrusivos como o excesso de estimulação. Essa hipótese explicativa ganha consistência a partir dos relatos maternos quanto à satisfação com o programa de intervenção. As mães destacaram, especialmente, ganhos na comunicação com o recém-nascido, na medida em que relataram aumento na frequência de conversas com o bebê e descreveram melhoras na compreensão das capacidades que o bebê já apresentava, principalmente, as capacidades auditivas, visuais e de apresentar tendência à interação. Esses aspectos foram o foco da sessão "potencial interativo do bebê" e esses resultados evidenciam que os conteúdos discutidos em sessão foram consolidados. As mães também mencionaram respeitar mais o espaço e ritmo do bebê, a partir da compreensão do momento ideal para interagir, aspecto trabalhado, particularmente, na sessão referente à intrusividade.

No que se refere aos pensamentos e às emoções aversivas, algumas mães mencionaram o foco na respiração como uma estratégia importante, evidenciando, assim, o aprendizado de conteúdos tratados nas sessões de ACT, especialmente, na sessão intitulada "atenção plena". Esses relatos das participantes fortalecem a hipótese de que a intervenção pode ter contribuído para que as mães participantes apresentassem maior abertura para entrar em contato e refletir sobre seus pensamentos e sentimentos. Nesse sentido, o processo de adaptação apontou para a ACT como um modelo psicoterapêutico de atuação bastante promissor, pois a atuação da facilitadora no sentido de acolher o sofrimento e as emoções das mães frente às condições impostas pela maternidade, incluindo o adoecimento e hospitalização dos bebês, e de interpretar esses sentimentos como condições naturais e inevitáveis naquele contexto, pode ter sido um recurso importante para que as mães se mostrassem engajadas na intervenção e abertas a construir relacionamentos mais sincronizados com seus bebês. Resultados dessa natureza foram encontrados por outros autores que incorporaram a abordagem psicoterapêutica às sessões de intervenção sobre a responsividade (Kennedy et al., 2017).

De uma maneira geral, os resultados do presente estudo se assemelham, em alguns aspectos, aos constatados por alguns estudos internacionais envolvendo intervenção sobre a responsividade materna no contexto hospitalar (Hoffenkamp et al., 2015; Newnham et al., 2009; Helen et al., 2011), especialmente no que diz respeito ao aumento da capacidade das mães interpretarem as pistas comportamentais de seus bebês (Newnham et al., 2009). No entanto, alguns desses estudos internacionais, além de terem

apresentado efeitos sobre outras dimensões da responsividade materna, como a intrusividade (Hoffenkamp et al., 2015), encontraram também efeitos imediatos da intervenção sobre os comportamentos dos bebês, no sentido de se mostrarem mais ativos durante a interação, ou de revelarem humor mais positivo e menos irritabilidade e choro do que os bebês de grupos-controle ou comparação (Newnham et al., 2009; Helen et al., 2011). Ao contrário desses achados, os bebês do grupo intervenção do presente estudo se comportaram de forma muito semelhante aos bebês do grupo comparação na avaliação pós-intervenção, não indicando efeitos imediatos da intervenção sobre seu padrão de comportamento. Diferentemente da maioria desses trabalhos internacionais, que constataram esse tipo de efeito, o presente estudo envolveu recém-nascidos em seus primeiros dias de vida e o período decorrido entre as avaliações pré e pós-intervenção foi curto, o que justifica a ausência de efeitos da intervenção sobre seus comportamentos.

Algumas das limitações apresentadas por este estudo dizem respeito ao número reduzido de participantes, que impossibilitou a utilização de testes estatísticos paramétricos que trabalham com médias em vez de medianas, e que são mais robustos para detectar diferenças entre grupos. Outras limitações estão associadas ao fato de não terem sido incorporados na intervenção outros elementos que poderiam ser úteis para mães de recém-nascidos, como por exemplo, comportamentos não verbais referentes ao embalar e ao aconchegar o bebê de forma apropriada, além de ênfase na importância do toque para o recém-nascido. A implementação da intervenção em dias consecutivos, por questões relacionadas ao cronograma da pesquisa, pode ter cansado as mães e dificultado a constatação de resultados mais expressivos. Ademais, a estrutura de categorias utilizada na análise dos vídeos pode não ter sido suficientemente sensível em captar a contingência dos comportamentos da diáde em interação, pois as categorias utilizadas apenas distinguiam tipos de comportamentos sensíveis ou não sensíveis, independentemente do momento em que aconteciam, desde que estivessem dentro do intervalo de até 12 segundos. Nesse sentido, as mães que, por exemplo, interpretaram o comportamento do bebê dentro de um intervalo de 1 a 12 segundos foram consideradas sensíveis por conta do tipo de comportamento emitido e não pelo intervalo de tempo em que o comportamento foi emitido. Alguns autores indicam a janela de tempo de 1 segundo como mais adequada para avaliar a contingência no período neonatal (Domingues, Devouche, Apter, & Gratier, 2016). De qualquer modo, outros estudos com bebês nos primeiros meses de vida adotam janelas de tempo mais amplas (Bornstein, Tamis-LeMonda,

Chun-Shin, & Haynes, 2008; Bornstein & Manian, 2013). Por fim, o fato de não ter sido realizada avaliação da responsividade no momento pré-intervenção impossibilitou, por exemplo, a comparação dos níveis de responsividade das mães dos dois grupos do pré-intervenção para o pós-intervenção, além de ter comprometido a avaliação da equivalência entre os grupos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo mostraram que uma intervenção breve sobre a responsividade, adaptada e associada a aspectos do modelo psicoterapêutico ACT, com mães de bebês recém-nascidos hospitalizados, provenientes de contexto sociovulnerável, apresentou efeitos sobre uma dimensão da responsividade materna: interpretar o comportamento do recém-nascido. É importante que pesquisas futuras sobre esse tema ampliem o número de participantes e adotem delineamentos experimentais a fim de obter resultados em condições metodológicas mais rigorosas. Intervenções mais prolongadas e que focalizem outros aspectos como os comportamentos não verbais referentes ao embalar e ao aconchegar o bebê de forma apropriada podem apresentar efeitos sobre outras categorias que também caracterizam comportamentos maternos responsivos, especialmente em se tratando de recém-nascidos, assim como também em outras variáveis como a saúde mental materna. Além disso, considerando o fato de que a escolha do protocolo de observação pode influenciar os resultados da análise, sugere-se a inclusão de dimensões como a duração e a valência afetiva dos comportamentos maternos e infantis. De qualquer modo, o programa Doses de Afeto apresentou efeitos em um importante componente da responsividade materna, evidenciando assim, o seu potencial para aplicações em contexto de hospitalização.

REFERÊNCIAS

- Abramovay, M., Castro, M. G., Pinheiro, L. C., Lima, F. S., & Martinelli, C. C. (2002). *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para as políticas públicas*. Brasília: Unesco.
- Alvarenga, P., & Cerezo, M. A. (2013). Interação mãe-criança: fidedignidade da versão brasileira. *Avaliação Psicológica*, 12(3), 307-316.
- Alvarenga, P., Cerezo, M. A., Wiese, E., & Piccinini, C. A. (2020). Effects of a short video feedback intervention on enhancing maternal sensitivity and infant development in low-income families. *Attachment and Human Development*, 22(5), 1-21. <https://doi.org/10.1080/14616734.2019.1602660>

- Barlow, J., Sembi, S., & Underdown, A. (2016). Pilot RCT of the use of video interactive guidance with preterm babies. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 34(5), 511-524. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1217404>
- Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C., & Torneke, N. (2010). *Learning RFT: an introduction to relational frame theory and its clinical applications*. Oakland: Context Press.
- Bigelow, A. E. (2001). Discovering self through other: Infants' preference for social contingency. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65(3), 335-346. <https://doi.org/10.1521/bumc.65.3.335.19852>
- Bornstein, M. H., & Manian, N. (2013). Maternal responsiveness and sensitivity re-considered: some is more. *Development and Psychopathology*, 25(4, Pt. 1), 957-971. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000308>
- Bornstein, M. H., Tamis-LeMonda, C. S., Chun-Shin, H., & Haynes, O. M. (2008). Maternal responsiveness to young children at three ages: longitudinal analysis of a multidimensional, modular, and specific parenting construct. *Developmental Psychology*, 44(3), 867-874. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.3.867>
- Brunswick, N. (2006). Child maltreatment and insecure attachment: a meta-analysis. *Reproductive and Infant Psychology*, 24(3), 187-197. <https://doi.org/10.1080/02646830600821231>
- Coutinho, A. M. S. (2011). O corpo e a ação social de bebês na creche. *Poiésis*, 4(8), 221-233. <https://doi.org/10.19177/prppge.v4e82011221-233>
- Coyne, L., Murrell, A., & Wilson, K. (2009). *The joy of parenting: an acceptance and commitment therapy guide to effective parenting in the early years*. Richmond: Raicoast Book.
- Domingues, S., Devouche, E., Apter, G., & Gratier, M. (2016). The roots of turn-taking in the neonatal period. *Infant and Child Development*, 25(3), 240-255. <https://doi.org/10.1002/icd.1976>
- Ferreira, T. A. F., Simões, A. S., Ferreira, A. R., & Santos, B. O. S. (2019). What are values in clinical behavior analysis? Perspectives on behavior science. *Perspectives on Behavior Science*, 43, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s40614-019-00219-w>
- Fukkink, R. G. (2008). Video feedback in widescreen: a meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 904-916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.01.003>
- Gonçalves, D. M. (2008). Avaliação de desempenho do self-reporting questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 380-390. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>
- Harding, T.W., Arango, M. V., Baltazar, J., Climent, C. E., Ibrahim, H. H. A., Ladrado-Ignacio, L., & Wig, N. H. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, 10(2), 231-241. <https://doi.org/10.1017/S0033291700043993>

- Harris, R. (2009). *ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger.
- Hayes, S., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Helen, I., Smith, L., Lindemann, R., Aarhus, N., Margrethe, N., Haugen, E. et al. (2011). Effect of early intervention on social interaction between mothers and preterm infants at 12 months of age: a randomized controlled trial. *Infant Behavior and Development*, 34(2), 215-225. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.11.004>
- Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, R. A. S., Braeken, J., & Bakel, H. J. A. (2015). Effectiveness of hospital-based video interaction guidance on parental interactive behavior, bonding and stress after preterm birth: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 416-429. <https://doi.org/10.1037/a0038401>
- Isabella, R. A., Belsky, J., & von Eye, A. (1989). Origins of infant-mother attachment: an examination of interactional synchrony during the infant's first year. *Developmental Psychology*, 25(1), 12-21. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.1.12>
- Iuri, A., & Sousa, A. (2012). Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia saúde da família. *Revista de Saúde Pública*, 46(3), 479-486. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000300010>
- Jeong, J., Franchett, E. E., Oliveira, C. V. R., Rehmani, K., & Yousafzai, A. K. (2021). Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: a global systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 18(5), 1-51. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003602>
- Kaarsen, P. I., Rønning, J. A., Ulvund, S. E., & Dahl, L. B. (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics*, 118(1), e9-e19. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1491>
- Kennedy, H., Ball, K., & Barlow, J. (2017). How does video interaction guidance contribute to infant and parental mental health and well-being. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(3)500-517. <https://doi.org/10.1177/1359104517704026>
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa nas ciências humanas*. Porto Alegre: Penso.
- Lehner, D. C., & Sadler, L. S. (2015). Toddler developmental delays after extensive hospitalization: primary care practitioner guidelines. *Pediatric Nursing*, 41(5), 236-242.
- Luciano, M. C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 3-14. <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2791>
- Mcfadden, K. E., & Tamis-lemonda, C. S. (2006). Maternal responsiveness, intrusiveness, and negativity during play with infants: contextual associations and infant cognitive status in a low-income sample. *Infant Mental Health Journal*, 34(1), 80-92. <https://doi.org/10.1002/imhj.21376>

- Newnham, C. A., Milgrom, J., & Skouteris, H. (2009). Effectiveness of a modified mother: infant transaction program on outcomes for preterm infants from 3 to 24 months of age. *Infant Behavior and Development*, 32, 17-26. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.09.004>
- Piccinini, C. A., Alvarenga, P., & Frizzo, G. B. (2007). A responsividade como foco da análise da interação mãe-bebê e pai-bebê. In Piccinini C. A., & Moura, M. L. S. (Eds.), *Observando as interações pais-bebê-criança* (pp. 131-153). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pires, A. C. S., Oliveira, D. D., Morais, G. M. N., & Santos, A. (2014). Ocorrência de sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade: revisão de literatura. *Revista Uningá*, 19(1), 58-64.
- Posada, G., Trumbell, J., Noblega, M., Plata, S., Pena, P., Carbonell, O. A. et al. (2016). Maternal sensitivity and child secure base use in early childhood: studies in different cultural contexts. *Child Development*, 87(1), 297-311. <https://doi.org/10.1111/cdev.12454>
- Rauh, V. A., Nurcombe, B., Achenbach, T., & Howell, C. (1990). The mother-infant transaction program: the content and implications of an intervention for the mothers of low-birthweight infants. *Clinics in Perinatology*, 17(1), 31-45. [https://doi.org/10.1016/S0095-5108\(18\)30586-4](https://doi.org/10.1016/S0095-5108(18)30586-4)
- Rejane, M., Suélly, E., Brito, V., Cyntya, L., Freire, G., Pedrosa, M. D. M. et al. (2010). Percepção de mulheres com relação à ocorrência de sífilis congênita em seus conceitos. *Revista de APS*, 13(3), 301-309.
- Robson, C. (1993). *Real world research*. Oxford: Cambridge: Blackwell.
- Saccani, R., Valentini, N. C., Pereira, K. R., Muller, A. B., & Gabbard, C. (2013). Associations of biological factors and affordances in the home with infant motor development. *Pediatrics International*, 55(2), 197-203. <https://doi.org/10.1111/ped.12042>
- Soares, Z. F. (2019). *Adaptação de uma intervenção breve sobre a responsividade de mães de bebês hospitalizados* (Dissertação). Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.