



Universidade Federal da Bahia - UFBA
Instituto de Psicologia - IPS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI

Zelma Freitas Soares

**Adaptação de uma intervenção breve sobre a responsividade de mães de bebês
hospitalizados**

Salvador/BA

2019

Zelma Freitas Soares

Adaptação de uma intervenção breve sobre a responsividade de mães de bebês hospitalizados

Dissertação apresentada como requisito de avaliação parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (PPGPSI/UFBA).

Área de concentração: Psicologia do Desenvolvimento

Professora orientadora: Dr.^a Patrícia Alvarenga

Salvador/BA

2019

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Freitas Soares, Zelma

Adaptação de uma intervenção breve sobre a
responsividade de mães de bebês hospitalizados /
Zelma Freitas Soares. -- Salvador, 2019.
147 f.

Orientadora: Patrícia Alvarenga.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-graduação em
Psicologia) -- Universidade Federal da Bahia,
Instituto de Psicologia, 2019.

1. Desenvolvimento infantil. 2. Responsividade
materna. 3. Interação mãe-bebê. 4. Hospital. 5.
Intervenção. I. Alvarenga, Patrícia. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
Instituto de Psicologia - IPS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI
MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO



TERMO DE APROVAÇÃO

**"ADAPTAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO BREVE SOBRE A RESPONSABILIDADE
DE MÃES DE BEBÊS HOSPITALIZADOS"**

Zelma Freitas Soares

BANCA EXAMINADORA:

Prof.ª Dr.ª Patrícia Alvarenga (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Prof.ª Dr.ª Dóris Firmino Rabelo
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Prof.ª Dr.ª Pompéia Villachan Lyra
Universidade Federal Rural de Pernambuco - UFRPE

Salvador, 10 de janeiro de 2019.

Aos meus pais por serem base segura
e fomentarem o meu voo.

“Poesia é voar fora da asa”

(M. de Barros)

Agradecimentos

À minha mãe por ser exemplo de luta e defensora da educação. Dedicada professora de alfabetização com quem, entre tantos ensinamentos, aprendi sobre o valor do conhecimento. Gratidão infinita!

Ao meu pai por ser inspiração! Sua singeleza ao lidar com a realidade concreta do sertão encoraja-me a enfrentar as adversidades do estradar. Seu olhar sempre a fundo e de principiante diante das coisas inspira a pesquisadora que tenho tentado me tornar. Admiro-te!

À minha orientadora Prof. Dr^a Patrícia Alvarenga, por ser tão presente e um grande exemplo de responsividade! Obrigada pela oportunidade concedida ao aceitar me orientar e por ter confiado em mim para a execução de um trabalho tão complexo e valoroso!

À Maternidade IPERBA por ter concedido a anuência para a execução do estudo. De modo especial às psicólogas do Serviço de Psicologia por tão calorosa acolhida!

Ao Hospital Martagão Gesteira, pela anuência concedida, embora algumas contingências referentes aos critérios de inclusão dos participantes, tenham impossibilitado realização da coleta de dados nesse espaço.

Aos colegas de turma! Especialmente a Antônio com quem dividi mais de perto os entraves e as conquistas. Obrigada por sua amizade e por ser tão parceiro! À Nara, Sandrinha e Victor, pelos sorrisos e agonias partilhadas. O caminho ganha leveza quando temos pessoas como vocês.

Aos colegas do Grupo de pesquisa. Pela acolhida, pelas contribuições durante os ensaios e pelos momentos compartilhados! De uma maneira especial, agradeço aos bolsistas Deriene, Luisa e Vitor pela sensibilidade e entusiasmo nas análises dos vídeos.

Aos queridos companheiros do Ap. SertãoMar (Cari, Cris e Neto). O respeito e o companheirismo constantes possibilitaram o despertar de belos afetos. Dividir o lar com vocês torna os meus dias em Salvador mais aconchegantes e divertidos!

Aos meus irmãos pelo apoio e torcida!

Aos meus sobrinhos pelos sorrisos. Cada reencontro com vocês é uma experiência singular!

À amiga/irmã Jule (Juliana Freitas) que tanto me inspira a seguir o percurso acadêmico. São anos de amizade e de muito amor partilhado. Durante esses dois anos, especialmente, você sempre esteve pronta para me lembrar das possibilidades quando os desafios aumentavam.

Às amigas Silvana e Ana, por desafiarem a distância física e me proporcionarem sua presença, através das chamadas de vídeos, nos eventos importantes de nossas vidas. Afeto e parceria transbordam entre nós!

Aos amigos, Elder Vargão, Izamar Macedo e Jéssica Alves pela amizade sólida construída ao longo da Residência no contexto hospitalar e que continua ganhando força ao longo dos anos. Entre tantos aspectos que favoreceram a nossa amizade, posso destacar o fato de acreditarmos no vínculo enquanto ferramenta potente do cuidado em saúde. Durante esses anos de mestrado, nossos encontros, sempre cheios dos mais diversos assuntos, foram como bálsamo!

À professora Dóris Rabelo por ler tão atentamente o meu trabalho em todos os seminários de qualificação (I e II) e na defesa, tecendo contribuições valorosas e apontando para caminhos de discussão.

À professora Maria Cláudia Oliveira pelas relevantes contribuições no primeiro Seminário de qualificação.

À professora Pompéia Villachan Lyra por aceitar o convite para compor a minha banca de defesa de dissertação.

Aos principais protagonistas desse trabalho. Às mães que me concederam o privilégio de acompanhá-las em um dos momentos mais sensíveis de suas vidas: o puerpério! E aos bebês, nascidos em contextos tão adversos, transbordando vida! Cada encontro com vocês era como estar diante de fractais, sempre algo novo surgia. E é com esse sentimento que finalizo esse trabalho que não é completo nem se encerra por si mesmo. Considerando a complexidade dos distintos temas que ele toca, instiga muitas outras investigações.

Aos professores e funcionários do PPGPSI.

À FAPESB pela bolsa concedida.

Resumo

No Brasil, muitas famílias vivem em contextos de vulnerabilidade social que expõem as crianças a inúmeros riscos à saúde, resultando em hospitalizações. A associação desses diferentes fatores aumenta a probabilidade de que a mãe se comporte de forma menos responsiva com seu bebê hospitalizado, pois os recursos psicológicos e as fontes contextuais de estresse desempenham um papel central na qualidade na responsividade materna. Considerando esses aspectos, o presente estudo teve como objetivo adaptar uma intervenção breve sobre a responsividade materna para a implementação com mães de recém-nascidos hospitalizados para tratamento de sífilis congênita, provenientes de contexto de vulnerabilidade social, bem como fazer uma avaliação preliminar de seus efeitos sobre os comportamentos maternos responsivos. O estudo adotou delineamento pré-experimental somente com pós-teste e foi realizado em um hospital-maternidade na cidade de Salvador/BA. Participaram 20 díades, distribuídas entre os grupos intervenção e comparação. Na avaliação pré-intervenção foi preenchida a Ficha de dados sociodemográficos e a Ficha de informações clínicas do bebê. Além disso, foi realizada avaliação da saúde mental materna por meio do SRQ-20. No pós-intervenção foi realizada avaliação da responsividade materna, a partir de uma observação da interação livre entre mãe e bebê, e da satisfação das participantes do grupo intervenção com o programa. Ambos os grupos foram submetidos aos mesmos procedimentos do pré e pós-intervenção, com exceção da avaliação da satisfação com o programa que foi aplicada somente no grupo intervenção. Após a avaliação pré-intervenção, as díades do grupo intervenção participaram do Programa de Responsividade Materna/Recém-nascidos. Esse programa é uma adaptação do Programa de Responsividade Materna para o contexto hospitalar. O programa original envolve oito visitas domiciliares, entre o terceiro e o décimo mês de vida do bebê. O modelo adaptado envolve seis sessões e, a principal adaptação esteve relacionada à introdução de técnicas do modelo psicoterapêutico Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) nas duas sessões iniciais, com o objetivo 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, levando em consideração as características específicas do contexto hospitalar, bem como das díades participantes. Portanto, nas sessões três, quatro e cinco foram trabalhados três temas relacionados à responsividade materna: o potencial interativo do recém-nascido, a importância da contingência social para o desenvolvimento e os riscos da intrusividade para o desenvolvimento. A última sessão foi destinada a revisão dos temas

trabalhados nas sessões anteriores, tanto relacionados à ACT quanto à responsividade. Os resultados indicaram que a intervenção apresentou efeito positivo sobre uma dimensão da responsividade materna: interpretar o comportamento do recém-nascido. As mães do grupo intervenção apresentaram uma frequência mais alta desse tipo de resposta ao comportamento do bebê do que as mães do grupo comparação durante a interação livre. Discute-se a importância do comportamento responsivo materno de interpretar os sinais e pistas do bebê para o desenvolvimento infantil e para a qualidade da interação da díade, bem como a necessidade de dar continuidade à pesquisa sobre o programa de intervenção com vistas a alcançar resultados mais expressivos sobre a responsividade.

Palavras-chave: desenvolvimento infantil, responsividade materna, interação mãe-bebê, sífilis congênita, hospital, intervenção.

Abstract

In Brazil, many families live in contexts of social vulnerability that expose children to numerous health risks, resulting in hospitalizations. The association of these different factors increases the likelihood that the mother responds in a less sensitive way with her baby at the hospital, since psychological resources and contextual sources of stress play a central role in the quality of maternal sensitivity. Taking these aspects into account the current study aimed to adapt a brief intervention focused on the maternal sensitivity for mothers of newborns who were hospitalized to treat congenital syphilis and lived in socially vulnerable contexts, as well as to make a preliminary evaluation of its effects on sensitive maternal behaviors. The study adopted a pre-experimental design only with post-test and was performed in a maternity hospital in the city of Salvador/BA. Participants were 20 dyads, distributed between intervention and comparison groups. In the pre-intervention evaluation, the Sociodemographic Data Sheet and the Baby Clinical Information Sheet were completed. In addition, an evaluation of maternal mental health through SRQ-20. In the post-intervention, was measures of maternal sensitivity, based on an observation of mother-infant free interaction, and of participants' satisfaction with the program. Both groups went through the same pre and post-intervention procedures, except for the evaluation of the satisfaction with the program, which was assessed only in the intervention group. After the pre-intervention evaluation, the dyads of the intervention group participated in the Maternal Sensitivity Program/Newborns. This program resulted from an adaptation of the Maternal Sensitivity Program for hospital contexts. The original program includes eight home visits, between the third and tenth month of the infant's life. The adapted model is carried out in six sessions, and the main adaptation was the introduction of techniques from the psychotherapeutic approach Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the two initial sessions, aiming to intervene on mothers' emotions and concerns in the face of the disease and the hospitalization. In addition, the number of sessions focused on maternal sensitivity was reduced, taking into account the specific characteristics of the hospital context, as well as dyads' specificities. Therefore, three themes related to maternal sensitivity were addressed on sessions three, four and five: the interactive potential of the newborn, the importance of social contingency for development and the risks of intrusiveness for development. The last session aimed at reviewing the themes discussed in previous sessions, related to both, ACT and maternal sensitivity. Results indicated that the intervention had a positive effect on one dimension of maternal sensitivity: interpreting the newborn's behavior. The mothers of the intervention group had a higher frequency of this type of response to baby's behavior than mothers in the comparison group during free interaction. The importance of the maternal sensitive behavior of interpreting the infant's signals and cues for child development and for the quality of the dyad's interaction is discussed, as well as the need of further research on the intervention program in order to achieve more expressive effects on maternal sensitivity.

Keywords: childhood development, maternal responsiveness, mother-infant interaction, congenital syphilis, hospital, intervention.

Lista de Tabelas

Tabela 1. <i>Características Sociodemográficas das Participantes do Grupo Intervenção e Grupo Comparação</i>	55
Tabela 2. <i>Dados da Gestação e Nascimento dos Bebês</i>	57
Tabela 3. <i>Idade do Bebê no Pré-intervenção e Pós-intervenção</i>	58
Tabela 4. <i>Média, Desvio padrão, Valor de U e Valor de p (Mann-Whitney) das Características de Transtornos Mentais Comuns dos Grupos Intervenção e Comparação no Pré-intervenção</i>	70
Tabela 5. <i>Média, Desvio padrão, Valor de U e Valor de p (Mann-Whitney) das Frequências dos Comportamentos infantis dos Grupos Intervenção e Comparação no Pós-intervenção</i>	71
Tabela 6. <i>Média, Desvio padrão, Valor de U e Valor de p (Mann-Whitney) das Frequências dos Comportamentos Maternos dos Grupos Intervenção e Comparação no Pós-intervenção</i>	73
Tabela 7. <i>Relatos quanto à Satisfação das Participantes com o Programa de Responsividade Materna/Recém-nascidos</i>	75

Sumário

Introdução.....	14
Fatores de risco e proteção ao desenvolvimento infantil: o impacto da vulnerabilidade social, do adoecimento, da hospitalização e do ambiente familiar.....	15
O potencial protetivo da interação mãe-bebê e da responsividade materna em relação ao desenvolvimento infantil no contexto hospitalar.....	25
Intervenções sobre a responsividade materna no contexto hospitalar.....	36
Justificativa e objetivo do estudo.....	51
Método.....	54
Delineamento.....	54
Participantes.....	54
Procedimentos de coleta de dados.....	58
Considerações éticas.....	60
Instrumentos.....	60
Intervenção sobre a responsividade de mães de bebês hospitalizados.....	63
Intervenção para o grupo comparação.....	68
Procedimentos de análises dos dados.....	68
Resultados.....	70
Saúde mental das mães dos grupos intervenção e comparação.....	70
Comportamentos maternos e infantis dos grupos intervenção e comparação.....	70
Satisfação das participantes com o Programa de Responsividade Materna/Recém-nascidos.....	73
Discussão.....	77
Considerações finais.....	84
Referências.....	85
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupo intervenção.....	100

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo comparação.....	102
Apêndice C: Ficha de dados sociodemográficos da família.....	104
Apêndice D - Ficha de informações clínicas do Bebê.....	105
Apêndice E - Definição das categorias para análise dos comportamentos maternos e infantis.....	106
Apêndice F: Fidedignidade a partir do <i>Kappa</i>	109
Apêndice G - Self-Report Questionnaire of Minor Psychiatric Disorders (SRQ-20).....	110
Apêndice H - Protocolo de Análise dos Comportamentos Maternos e Infantis...	111
Apêndice I - Protocolo de registro com base nos códigos do CITMI-R.....	112
Apêndice J - Panfleto Cuidados Responsivos (Grupo comparação).....	113
Apêndice K - Questionário de Satisfação com o Programa de Intervenção.....	114
Apêndice L: Trechos de intervenções realizadas com base na ACT.....	116
Apêndice M - Manual de intervenção breve sobre a responsividade de mães de bebês hospitalizados.....	118

Introdução

O desenvolvimento infantil é influenciado por distintos fatores que tanto podem representar risco como atuar como proteção em contextos adversos, como em situações de internamentos hospitalares, por exemplo. Apesar da melhora nas condições de hospitalização de bebês ao longo do tempo (Lamy, Gomes, Gianini, & Hennig, 2005; WHO, 2003), o hospital não deixou de ser um ambiente de risco potencial ao desenvolvimento (Gooding et al., 2011). Além das adversidades inerentes a condições clínicas e procedimentos aos quais o bebê hospitalizado precisa ser submetido, e que podem restringir seu desenvolvimento, a hospitalização também pode prejudicar a qualidade da interação da díade cuidador-criança (Medeiros & Piccinini, 2015).

O impacto da qualidade da interação mãe-bebê sobre o desenvolvimento infantil está bem documentado na literatura (Bowlby, 2002; Posada et al., 2016; Malmberg et al., 2016), portanto, faz-se necessário que as práticas de saúde considerem esses aspectos e busquem criar condições, no contexto de hospitalização, que contribuam para diminuir os riscos que esse ambiente apresenta ao desenvolvimento (Lehner & Sadler, 2015). Neste cenário, o fortalecimento do vínculo entre a díade, especialmente por meio da ampliação da responsividade materna, configura-se como uma das condições protetoras e favorecedoras do desenvolvimento infantil. A importância desse foco de intervenção no contexto hospitalar ganha ainda mais relevo quando as mães e crianças vivem em contexto de vulnerabilidade social que, por sua vez, é marcado pela coexistência de fatores que acentuam as desigualdades e ampliam o risco ao desenvolvimento infantil. Quando os problemas de saúde e a internação ocorrem durante o primeiro ano de vida, fase em que o vínculo entre o bebê e sua mãe ainda está se estabelecendo, um fator de risco adicional se soma a esse contexto.

Nas últimas décadas, inúmeras investigações testaram os efeitos de intervenções sobre a interação mãe-bebê e sobre a responsividade materna em uma multiplicidade de contextos. No que se refere à hospitalização ao longo do primeiro ano de vida, predominam intervenções direcionadas a mães e pais de bebês prematuros. Com base nesses aspectos, o presente estudo buscou adaptar uma intervenção breve sobre a responsividade para a implementação com mães de bebês recém-nascidos hospitalizados para tratamento de sífilis congênita, e que vivem em contexto de vulnerabilidade social, bem como fazer uma avaliação preliminar de seus efeitos. Para tanto, a revisão da literatura apresentada a seguir buscou compreender os diversos fatores de risco e proteção ao desenvolvimento infantil,

incluindo o impacto da vulnerabilidade social, do adoecimento, da hospitalização e do ambiente familiar. Também foi discutido o potencial protetivo da interação mãe-bebê e da responsividade materna para o desenvolvimento infantil. Além disso, foram revisadas algumas intervenções sobre a responsividade materna em contextos de hospitalização.

Fatores de risco e proteção ao desenvolvimento infantil: o impacto da vulnerabilidade social, do adoecimento, da hospitalização e do ambiente familiar

A infância é um período sensível e pode ser influenciada por múltiplos fatores, que tanto podem atuar de forma protetiva como também representar riscos ao desenvolvimento (Klein & Linhares, 2006). A investigação dos distintos fatores associados ao desenvolvimento infantil permite a identificação de bebês em risco e a implementação precoce de programas educacionais e de orientação a pais a fim de minimizar atrasos no desenvolvimento (Pereira, Valentini, & Saccani, 2016).

A definição de fator de risco sofreu modificações ao longo do tempo. Inicialmente esteve associada ao modelo biomédico, constantemente relacionada ao termo mortalidade (Sapienza & Pedromônico, 2005). O termo fator de risco começou a ser associado aos estudos sobre desenvolvimento humano apenas a partir da década de 1980, quando os estudos passaram a identificar a influência de adversidades no desenvolvimento de crianças e adolescentes ou em qualquer outra etapa do ciclo vital (Horowitz, 1992).

Em um estudo de revisão da literatura, Sapienza e Pedromônico, (2005) afirmam que o conceito de fator de risco, de maneira geral, “se refere às variáveis ambientais que aumentam a probabilidade de que ocorra algum efeito indesejável no desenvolvimento” (p.209). Santos e Pacheco (2012) também buscaram analisar a definição do conceito de fatores de risco, porém, em sua relação com o desenvolvimento da criança. Os autores constataram relação do termo com noções como “eventos negativos”, “variáveis ambientais” e “eventos estressores” que aumentam a probabilidade de a criança apresentar problemas físicos e emocionais, acentuando sua condição de vulnerabilidade e problemas de comportamento, ou ainda trazendo consequências psicossociais de longo prazo que podem interferir no seu desenvolvimento.

Paralelamente ao uso da noção de fator de risco, as pesquisas começaram a se interessar também pelos fatores protetivos do desenvolvimento. Inicialmente o conceito de fatores de proteção foi definido por Rutter (1985) como “influências que modificam, melhoram ou alteram as respostas de uma pessoa frente a algum risco ambiental preditor de

algum desfecho não adaptativo” (p.600). Por outro lado, para Sapienza e Pedromônico (2005) o conceito de fatores de proteção ainda não apresenta uma definição consensual e constantemente se mistura com o conceito de resiliência.

As discussões e divergências conceituais, em torno das definições das noções de risco e proteção, indicam que definir de forma precisa quais fatores configuram-se como risco ou proteção ao desenvolvimento é uma tarefa complexa, pois as interações entre fatores e combinações de seus efeitos requerem uma análise contextualizada e cuidadosa (Yunes, 2001). Nesse sentido, é possível prever que as diversas influências e eventos de vida possam configurar-se por vezes como risco e em outros contextos como proteção. Para Poletto e Koller (2008), isso dependerá, pelo menos em parte, da existência e da qualidade das relações emocionais e sociais, incluindo a presença de afetividade e o nível de reciprocidade que o ambiente propicia.

Apesar dessas ressalvas que relativizam e mostram a complexidade das noções de risco e proteção, a literatura apresenta evidências de que existem fatores consistentemente associados a prejuízos desenvolvimentais, bem como variáveis que favorecem o desenvolvimento pleno. Vários estudos têm procurado identificar fatores característicos de risco e proteção ao desenvolvimento infantil mais prevalentes, sendo estes estudados a partir de distintas propostas. Alguns estudos abordam os diferentes fatores concomitantemente enquanto outros tendem a organizá-los em diferentes agrupamentos, como por exemplo, fatores biológicos, fatores sociodemográficos e fatores relacionados ao contexto familiar. Neste cenário, o exame da literatura sobre o desenvolvimento infantil revela que o uso da noção de risco para o desenvolvimento predomina se comparado à noção de proteção ou promoção do desenvolvimento.

Entre os fatores biológicos de risco ao desenvolvimento infantil mais frequentemente descritos na literatura estão a prematuridade, o baixo peso ao nascer e a baixa estatura (Datar & Jackowitz, 2009; Saccani, Valentini, Pereira, Muller, & Gabbard, 2013), infecções (Oliveira, Viera, Collet, & Lima, 2010), exposição à substâncias psicoativas durante a gravidez (Grewen et al., 2014), carência nutricional materna (Gigante, Victora, & Barros, 2000), escore baixo no Apgar (Stanton-Chapman, Chapman, Bainbridge, & Scott, 2002), gestação materna com intervalo entre os partos inferior a 18 meses (Pilz & Schermann, 2007), alterações neurológicas (Parmelee, Howard, & Beckwith, 1984), problemas congênitos (Mussatto et al., 2014; Graminha, 1997) e síndromes genéticas (Roberts, McCary, Shinkareva, & Bailey, 2016).

Alguns desses fatores biológicos, como por exemplo, o baixo escore no Apgar, já são consequências de outros fatores primários, o que indica a possibilidade de efeitos em cadeia. Os estudos que investigam esses fatores mostram que o risco biológico tende a acarretar impactos ao longo de todo desenvolvimento, uma vez que essas condições, em sua maioria, podem afetar o desenvolvimento cerebral, tornando as crianças mais propensas a apresentarem transtornos ou atrasos em seu desenvolvimento e problemas comportamentais (Parmelee et al., 1984; Mello, Muszkat, & Miranda, 2013). Nesse contexto, o ambiente pode atuar como moderador importante, atenuando ou acentuando essas condições (Mancini, Megale, Brandão, Melo, & Sampaio, 2004).

Quanto aos fatores ambientais, destacam-se, de um lado, características sociodemográficas e do outro, características do ambiente doméstico, dos pais, e das interações familiares. No contexto de investigação das características sociodemográficas, inúmeros estudos têm apontado para a pobreza e outras condições a ela associadas como um fator de risco grave. Santos et al. (2008), em um estudo longitudinal realizado no município de Salvador/Brasil, no período de 1999 a 2001, examinaram o impacto da pobreza sobre o desempenho cognitivo aos cinco anos de idade em 346 crianças. Os resultados deste estudo mostraram que a função cognitiva, avaliada por meio da escala *Wechsler* para Pré-escolares e a escala primária de inteligência Revisada (WPPSI-R), foi negativamente associada a condições socioeconômicas precárias, baixa escolaridade materna, ausência paterna e condições sanitárias inadequadas no domicílio e no bairro.

O estudo desenvolvido por Koutra, et al. (2013), na Grécia, descreveu as características sociodemográficas associadas ao neurodesenvolvimento de 612 crianças com 18 meses de idade. O neurodesenvolvimento das crianças foi avaliado usando a Escala Bayley (*Bayley Scales of Infant and Toddler Development – Bayley III*). A Bayley-III é um instrumento administrado individualmente que avalia o funcionamento de cinco domínios (Cognitivo, Linguagem receptiva e expressiva, Motor amplo e refinado, Sócio-emocional e Comportamentos adaptativos) do desenvolvimento de bebês e crianças pequenas entre um e 42 meses de idade (Bayley, 2006). Neste estudo observou-se que um alto nível de escolaridade materna esteve associado positivamente a quase todos os aspectos do desenvolvimento cognitivo infantil avaliados. Já o aumento do número de irmãos mais velhos no ambiente doméstico esteve associado negativamente ao desenvolvimento cognitivo, às habilidades de comunicação e ao desenvolvimento motor amplo. Os resultados

foram também sugestivos de um efeito positivo do emprego/trabalho materno na linguagem receptiva e expressiva dos bebês e nos escores motores brutos.

Pilz e Schermann (2007) verificaram a prevalência de suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e suas possíveis associações a fatores ambientais, em uma amostra de 197 crianças de 0 a 6 anos e suas respectivas mães, em sua maioria, com baixa renda e baixo nível de escolaridade. As mães responderam um questionário sobre fatores socioeconômicos e reprodutivos, condições da criança ao nascer, patologia da criança e estrutura familiar. O desenvolvimento neuropsicomotor das crianças foi avaliado por meio do Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver (Denver II). Os resultados revelaram prevalência de suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor em 27% das crianças avaliadas. Com base na análise multivariada, a baixa renda familiar foi um dos fatores associados à suspeita desse atraso.

A análise da literatura sobre os fatores de risco sociodemográficos para o desenvolvimento revela que a pobreza, um importante fator de risco, tende a estar associada aos problemas de saúde e às hospitalizações na infância. No entanto, apesar da população pobre estar mais suscetível aos contextos vulneráveis, a questão econômica é relevante, porém não suficiente para a análise dessa variável (Carmo & Guizardi, 2018). O conceito de vulnerabilidade social reúne um conjunto de fatores de risco a fim de explicar suas relações e, desse modo, se torna extremamente relevante para essa discussão. Embora a temática da vulnerabilidade social venha sendo abordada ao longo dos últimos anos, sua definição encontra-se ainda em construção dada a sua complexidade e magnitude. De acordo com Abramovay, Castro, Pinheiro, Lima e Martinelli (2002), 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.

A ocorrência de diversos fatores de risco em conjunto ou de forma cumulativa, característica da vulnerabilidade social, constitui uma situação de múltiplo risco, aumentando a ameaça ao desenvolvimento infantil ao longo do tempo (Walker et al., 2007; Mussatto et al., 2014). Por exemplo, em 2007 estimava-se que aspectos associados à pobreza, à saúde, à nutrição e a fatores sociais impedissem que pelo menos 200 milhões de crianças alcançassem seu potencial de desenvolvimento nos países em desenvolvimento (Walker et al., 2007). Em outro estudo epidemiológico robusto, apesar de não se tratar de uma pesquisa

recente, a renda familiar esteve inversamente relacionada ao baixo peso e ao retardo de crescimento intrauterino. As crianças com baixo peso ao nascer (menos de 2.500 g), por sua vez, apresentaram um risco maior de morrer ou adoecer no primeiro ano de vida (Horta, Barros, Halpern, & Victora, 1996).

A partir de dados oficiais disponibilizados no DATASUS, Oliveira, Viera, Collet e Lima (2010) mostraram que as causas mais frequentes de hospitalização de crianças de zero a quatro anos, no período de 1998 a 2007 no Brasil, foram as doenças do aparelho respiratório, seguidas das doenças infecciosas e parasitárias. Os autores discutem o fato de que essas são doenças que podem ser evitadas ou minimizadas pelas ações de atenção básica. A sífilis congênita é também uma das condições que afetam neonatos e pode ser evitada a partir de ações preventivas. Contudo, a doença ainda continua sendo motivo constante de internação de bebês recém-nascidos.

A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Treponema pallidum*, tendo a via sexual como principal meio de transmissão. Ela possui fases distintas (sífilis primária, secundária e terciária) e períodos de latência (Pires, Oliveira, Rocha, & Santos, 2014). A sífilis congênita acontece quando a mãe infectada não-tratada ou inadequadamente tratada transmite a doença para o bebê por meio da placenta ou canal de parto, podendo esta infecção ser transmitida para o feto em qualquer estágio da doença materna (Raffale et al., 2016).

Estudos de revisão da literatura apontam diversos fatores associados ao aumento de casos de sífilis congênita no Brasil, sendo a baixa qualidade da assistência pré-natal e o não tratamento dos parceiros os mais citados (Dantas, Alcântara, & Silva 2014; Pires et al., 2014). Araújo, Shimizu, Sousa e Hamann (2012) investigaram a incidência da sífilis congênita no Brasil a partir de um estudo ecológico observacional, com componentes descritivos e analíticos, desenvolvido por meio de duas abordagens: em série temporal (2003 a 2008) e focalizando dados de 2008. As análises de séries temporais apontam tendências de aumento da incidência e das internações hospitalares. Em relação ao perfil da sífilis congênita em 2008 foram notificados 5.541 casos em 897 (16%) municípios brasileiros, resultando em taxa de incidência de 2,1/1.000 nascidos vivos. Entre as mães das crianças com sífilis congênita, predominaram mulheres negras, na faixa etária de 20 a 29 anos, com menos de oito anos de estudo e residentes em zona urbana. Os autores discutem o fato de que a distribuição desse agravo reflete desigualdades sociais em saúde, uma vez que uma maior incidência foi constatada em estratos sociais de menor escolaridade e em grupos raciais tradicionalmente mais desfavorecidos socioeconomicamente.

Visando eliminar a sífilis congênita, o Ministério da Saúde passou a indicar o rastreamento da sífilis na gravidez por meio do diagnóstico sorológico não treponêmico (VDRL) que deve ser realizado antes da 14^o semana de gestação e entre a 28^o e 32^o semana. Contudo, em um estudo de prevalência, somente 14,1% das parturientes tinha realizado dois testes de sífilis durante a gestação e um no parto. O percentual de gestantes que apresentaram pelo menos um teste no cartão de pré-natal foi de 75,1%, porém apenas 16,9% apresentaram os resultados dos dois testes (Szwarcwald, Barbosa Jr, Miranda, & Paz, 2007).

A sífilis congênita é responsável por mais de 50% de morte intrauterina sob a forma de aborto, natimorto e óbito neonatal. As repercussões da sífilis no bebê variam de acordo com a gravidade da doença da mãe. As complicações constatadas associadas à sífilis congênita são a prematuridade, baixo peso, comprometimento auditivo, visual, neurológico e déficit no desenvolvimento neuropsicomotor (Raffale et al., 2016). O tratamento da sífilis depende do estágio em que a doença se encontra, no entanto, a antibioticoterapia mais indicada é a penicilina cristalina por via intravenosa, utilizada durante dez dias. Geralmente esse tratamento é realizado no contexto hospitalar logo após o nascimento. Após o tratamento a criança precisa realizar exames de acompanhamento após três, seis, 12 e 24 meses para garantir que não há mais infecção (Pires et al., 2014).

Silva et al. (2010) investigaram a percepção de 11 mulheres que realizaram consulta pré-natal em relação à ocorrência de sífilis congênita. Foi realizada análise narrativa de conteúdo das entrevistas a partir de três categorias: a percepção materna sobre a transmissão da sífilis; a assistência ao ciclo gravídico-puerperal e sua influência no conhecimento sobre a sífilis; a doença e o sofrimento materno. Os resultados evidenciaram que as mulheres responsabilizaram os seus parceiros, a assistência pré-natal e a si mesmas pela ocorrência da doença. O acometimento da doença nas crianças produziu angústia, dor e sofrimento nas mães. Preocupação, estresse, culpa pela transmissão vertical da sífilis, medo de sofrer estigmas e discriminação foram sentimentos também evidenciados por meio da técnica de narrativa de vida utilizadas com 13 mães e quatro pais que tiveram filho recém-nascido hospitalizado por sífilis congênita, participantes do estudo de Guimarães (2015).

Além dessas complicações intrínsecas às características da doença, a hospitalização infantil, por acarretar impacto emocional e mudanças na rotina e na dinâmica familiar (Rumor & Boehs, 2013; Torquato et al., 2012; Schneider & Medeiros, 2011), também pode atuar como fator de risco adicional ao desenvolvimento infantil. O hospital é um ambiente estrangeiro para a maioria dos pais e o fato de precisar dividir o cuidado de seu filho doente

com a equipe de saúde gera estresse e sofrimento, uma vez que os mesmos tendem a se sentirem reduzidos em seu papel parental (Holditch-Davis et al., 2014; Carmona, Coca, Vale, & Abrão, 2012; Franck, Cox, Allen, & Winter, 2005). Esses aspectos podem contribuir para que os pais tenham dificuldades no processo de cuidado o que, por sua vez, pode evocar sentimentos de insegurança e desamparo na criança.

Em um estudo de revisão da literatura, Lehner e Sadler (2015) buscaram examinar o desenvolvimento da criança e o impacto da hospitalização prolongada (30 dias ou mais) nos três primeiros anos de vida. Os autores afirmam que múltiplos fatores inerentes à hospitalização podem ter um impacto no desenvolvimento infantil, tais como: 1) o tipo de condição clínica, 2) a frequência de agravamento/piora, 3) adaptações e mecanismos de enfrentamento da criança e da família, 4) extensão do envolvimento dos pais e 5) tempo de duração da hospitalização. Os resultados da revisão evidenciaram que as crianças mais jovens, além de terem sido internadas com mais frequência, apresentaram períodos mais longos de permanência durante cada internação. Foram encontrados achados de atraso no desenvolvimento físico e motor, associados às restrições na exploração e experimentação de novos estímulos sensoriais e ambientais. Os autores também discutiram o fato de que o atraso cognitivo encontrado pode estar associado ao estresse vivenciado pelo bebê durante a hospitalização, uma vez que o estresse está relacionado à diminuição das conexões sinápticas no hipocampo, que é o centro de aprendizagem e memória. Também foram constatados atrasos psicossociais, com manifestação em diferentes momentos ao longo do desenvolvimento. Foram ainda encontradas evidências de que o contato interrompido ou limitado da criança com um cuidador primário em decorrência da hospitalização acarreta impactos negativos, favorecendo o apego inseguro.

No estudo de Sacconi et al. (2013) houve correlação negativa fraca entre o desenvolvimento motor e o tempo de internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) após o parto. Quanto maior o tempo de hospitalização, pior o desempenho motor. De acordo com os autores, esse resultado apresenta a restrição ambiental do movimento como um fator de risco para o desenvolvimento motor. Giachetta et al. (2010) avaliaram a influência do tempo de hospitalização sobre o desenvolvimento neuromotor de 67 recém-nascidos pré-termo. O desenvolvimento neuromotor foi avaliado pela escala motora infantil de Alberta (*Alberta infant motor scale, AIMS*). Os recém-nascidos pré-termo que permaneceram por mais de 34 dias hospitalizados mostraram atraso no desenvolvimento neuromotor, sugerindo que, sem

excluir outros fatores, quanto maior o tempo de internação do recém-nascido, maior seu comprometimento motor.

Panceri, Pereira, Valentini e Sikilero (2012) também avaliaram o desenvolvimento motor de bebês que estiveram internados no Hospital das Clínicas de Porto Alegre por mais de 30 dias em comparação com bebês que não tiveram internações hospitalares anteriores. A análise dos escores da escala motora infantil de Alberta mostrou que os bebês com histórico de hospitalização apresentaram desempenho motor inferior nos escores de todas as posturas, escore bruto, percentil e categorização. No entanto, os autores chamam atenção para o fato de que a hospitalização não deve ser vista de forma isolada ou considerado como único responsável pelo comprometimento motor dos bebês, pois outras variáveis podem estar envolvidas atuando como fatores de risco ao desenvolvimento.

Além dos fatores de risco sociodemográficos, que incluem a noção de vulnerabilidade social, e de possíveis problemas de saúde e hospitalizações associadas a condições de vida precárias, as características do ambiente doméstico e da família exercem influência importante no desenvolvimento infantil e estão no grupo de fatores de risco ambientais. Inúmeras pesquisas investigam o impacto dessas variáveis sobre diferentes esferas do desenvolvimento infantil.

As condições de saúde mental materna, tanto durante a gravidez (Field, 2011; DiPietro, 2010), quanto após o parto (Sevili et al., 2010), têm sido estudadas como preditoras do desenvolvimento infantil, especificamente no que tange a suas repercussões na interação mãe-bebê. Em uma revisão de literatura, Schmidt, Piccoloto e Muller (2005) investigaram repercussões da depressão pós-parto na relação materno-infantil e no desenvolvimento da criança. Foram encontradas evidências de associação entre a depressão pós-parto e prejuízos no desenvolvimento emocional, cognitivo e social da criança. Nesse cenário, os autores discutem o fato de que a duração da depressão implica uma redução na afetividade, retraimento, baixo envolvimento com o bebê, além de comportamentos poucos responsivos e mais intrusivos, sendo esses aspectos associados a prejuízo no desenvolvimento cognitivo e social no primeiro ano de vida, bem como ao apego inseguro. A depressão materna também tem sido associada à história de hospitalização infantil (Guttmann, Dick, & To, 2004). Neste contexto de discussão é importante ressaltar o fato de que vários estudos mostram os sintomas de transtornos mentais, incluindo a depressão pós-parto, como sendo mais frequentes em populações vulneráveis do ponto de vista socioeconômico (Bennett, Schott,

Krutikova, & Behrman, 2016; Silva, Leite, Nogueira, & Clapis, 2016; Brito, Alves, Ludermir, & Araújo, 2015).

A vulnerabilidade social também está associada a ambientes domésticos carentes em estimulação para a criança, o que, por sua vez, é um fator de risco para o desenvolvimento infantil. Muitas investigações examinam a qualidade de estimulação do ambiente doméstico e o desenvolvimento no primeiro ano de vida mostrando que, em populações menos favorecidas economicamente, a menor qualidade de estimulação prejudica o desenvolvimento da criança.

Um dos objetivos do estudo de Sacconi et al. (2013) foi examinar a relação entre as características do ambiente familiar e o desenvolvimento motor de 561 bebês do Sul do Brasil, envolvendo recém-nascidos até 18 meses de idade. O desenvolvimento motor foi avaliado a partir da escala motora infantil de Alberta, enquanto que as características do ambiente familiar foram avaliadas por meio do *Affordances in the Home Environment for Motor Development – Infant Scale (AHEMD-IS)*. Nesse estudo, vários fatores relacionados à interação dos pais com os bebês estiveram positivamente correlacionados ao desenvolvimento motor. Entre eles tiveram destaque os seguintes comportamentos parentais: encorajar a criança a alcançar e agarrar, envolver a criança em jogos, ensinar atividades de movimento ou ação, permitir que a criança se movesse livremente e que escolhessem brinquedos ou atividades físicas, além de permitir que brincassem com outras crianças.

Pereira, Valentini e Sacconi (2016) investigaram os efeitos do conhecimento materno a respeito do desenvolvimento infantil, das práticas maternas e do ambiente familiar no desempenho motor e cognitivo de 49 crianças saudáveis do Sul do Brasil, com idade entre dois e 12 meses. Os autores encontraram altas pontuações cognitivas entre crianças de famílias em que os bebês eram colocados com maior frequência em posições que permitiam a movimentação livre. Outro resultado do estudo mostrou que mais brinquedos e diversidade no espaço estiveram associados a maiores pontuações nas variáveis cognitivas. Além disso, altos escores cognitivos também estiveram associados à inserção das crianças em creches.

O estudo de Andrade et al. (2005), realizado com crianças maiores, 17 e 42 meses, em comunidades de Salvador/Brasil, buscou analisar a associação entre a qualidade da estimulação no ambiente familiar avaliada a partir do inventário *Home (Home Observation for Measurement of the Environment Inventory)* e o desempenho cognitivo infantil por meio da escala *Bayley*. As crianças com menor qualidade de estimulação no ambiente doméstico, indicado por meio dos itens do *HOME*, tiveram menor desempenho cognitivo na *Bayley*.

Foram encontrados ainda escores médios de estimulação no ambiente familiar significativamente mais altos para crianças cujas mães apresentavam escolaridade acima de cinco anos e que trabalhavam fora do domicílio. Esses achados apoiam a hipótese de que características associadas à vulnerabilidade social afetam também o ambiente de estimulação doméstico oferecido à criança.

Miquelote et al. (2012) investigaram a associação entre os dispositivos do ambiente doméstico e capacidade motora e cognitiva infantil. Os dispositivos domésticos, especificamente, espaço físico, variedade da estimulação e materiais de jogos, foram avaliados por meio do *Affordances in Home Environment for Motor Development (AHEMD-IS)* e as habilidades motora e cognitiva foram medidas por meio da escala Bayley-III. Participaram 32 bebês, que foram avaliados em dois momentos. Aos nove meses, investigou-se a qualidade dos dispositivos domésticos e o desempenho motor e, aos 15 meses, essas medidas foram repetidas juntamente com a avaliação cognitiva. Os resultados indicaram uma correlação moderada positiva entre o desempenho motor global na primeira avaliação e a variedade da estimulação diária na segunda avaliação. Houve também uma correlação semelhante entre a disponibilidade de materiais de jogos na primeira avaliação e o desempenho motor fino na segunda avaliação. Além disso, a pontuação total do AHEMD-IS na primeira avaliação foi significativamente relacionada ao desempenho motor fino na segunda avaliação. Nenhuma das dimensões do AHEMD-IS estava relacionada ao desenvolvimento cognitivo, no entanto, houve uma relação positiva moderada entre o desempenho motor fino na primeira avaliação e o desenvolvimento cognitivo na segunda avaliação. Discute-se nesse estudo a influência do ambiente doméstico no comportamento motor infantil. Além disso, a correlação positiva entre a habilidade motora fina e a capacidade cognitiva apresenta embasamento em distintos estudos prévios, segundo os autores.

Em resumo, a revisão de literatura apresentada revela que os fatores de risco e proteção são de diferentes níveis e que podem atuar conjuntamente ao longo do desenvolvimento. A vulnerabilidade social, caracterizada pelo acúmulo de distintos fatores de risco, implica impactos negativos significativos sobre o desenvolvimento infantil e, portanto, é um conceito muito relevante para a compreensão dos fenômenos. Associadas à vulnerabilidade social, estão as doenças e as hospitalizações no primeiro ano de vida que, a depender da gravidade, da duração e de outros fatores associados, também constituem importantes riscos para o desenvolvimento. Por fim, esta breve revisão mostrou que alguns

fatores ambientais como a saúde mental materna e características do ambiente doméstico também são importantes preditores do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida. Ainda no âmbito dos fatores ambientais, uma das variáveis com maior potencial de risco e proteção sobre o desenvolvimento infantil são as características da interação mãe-bebê e, associados a ela, a responsividade materna. Essas características do comportamento materno podem inclusive reduzir ou compensar os efeitos adversos de outros fatores de risco ao desenvolvimento da criança (Bradley et al., 1993; Bacharach & Baumeister, 1998). A responsividade materna e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil, que constituem o objeto central do presente estudo, serão examinados na próxima seção.

O potencial protetivo da interação mãe-bebê e da responsividade materna em relação ao desenvolvimento infantil no contexto hospitalar

O interesse da Psicologia em compreender os aspectos relacionados à interação mãe-bebê não é recente. Inicialmente, Bowlby (1969), com base em diversos estudos, buscou entender a influência de características da interação mãe-bebê para o desenvolvimento do apego nos primeiros anos de vida. O conceito de apego refere-se ao vínculo emocional entre a criança e seu cuidador e, portanto, a qualidade das relações estabelecidas entre cuidador-criança resultará em padrões de apego distintos, podendo ser do tipo seguro ou inseguro (Bowlby, 1990). Os estudos iniciais sobre o tema identificaram três diferentes tipos de apego, sendo um desses tipos considerado seguro e os dois outros, denominados ambivalente ou resistente e evitativo, considerados padrões de apego inseguro (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Posteriormente, um terceiro tipo de apego inseguro, o apego desorganizado, foi descrito por Main e Hesse (1990).

Bowlby (1969) sugeriu que o padrão de apego está relacionado ao desenvolvimento de uma organização psicológica interna e orienta o curso do desenvolvimento dos indivíduos. Por exemplo, as pessoas que estabelecem apego seguro tendem a ter confiança em si mesmas e na disponibilidade do apoio de sua figura de apego, em momentos de estresse e incerteza (Posada et al., 2016). Já as pessoas que estabelecerem padrões de apego inseguro geralmente apresentam desconfiança e incerteza em relação ao que se pode esperar do ambiente e tendem a apresentar fragilidade na organização interna para lidar com situações estressoras (Baer & Martinez, 2006). Nesse sentido, a formação de um padrão de apego seguro entre a criança e seu principal cuidador seria um aspecto central do desenvolvimento nos primeiros anos de vida, que possibilitaria uma base fundamental a partir da qual a criança poderia

explorar o ambiente, vincular-se em novas relações com outros adultos e com os pares e, assim, expandir processos de interação que resultariam na progressiva complexidade e refinamento do seu desenvolvimento (Bowlby, 2002; Posada et al., 2016).

A Teoria do Apego de Bowlby tem sua importância e reconhecimento, tanto no que diz respeito ao desenvolvimento de recursos metodológicos quanto na obtenção de evidências para compreensão do impacto da relação pais-bebê na promoção do desenvolvimento socioemocional na infância (Alvarenga, Weber, & Bolsoni-Silva, 2016). Neste cenário iniciaram as discussões sobre as características necessárias dos cuidadores para o desenvolvimento de um apego seguro entre a criança e os mesmos. Essas características são abordadas pela Teoria do Apego, a partir do conceito de sensibilidade ou responsividade sensível (Ainsworth, 1985).

A responsividade sensível materna ou parental foi definida inicialmente por Ainsworth como a capacidade do cuidador de estar em sintonia com os sinais emitidos nos comportamentos do bebê, interpretando-os com precisão a fim de responder aos mesmos de forma adequada e prontamente (Ainsworth, 1974; Ainsworth et al., 1978). Após inaugurar o construto responsividade materna, Ainsworth desenvolveu uma escala para sua avaliação denominada *Ainsworth sensitivity scale* (Ainsworth et al., 1974), recentemente adaptada para contextos de múltiplos cuidadores (Mesman, Minter, & Angged, 2016). Para Ainsworth (1985), o comportamento materno frente ao processo de cuidado exerce influência significativa no comportamento e desenvolvimento do bebê.

Embora o presente estudo tenha como foco a responsividade materna, faz-se importante destacar que esse construto não se refere exclusivamente a uma característica do comportamento materno (Ribas, Moura, & Ribas Jr, 2003; Lucassen et al., 2011). Além disso, trata-se de um construto multidimensional, uma vez que está relacionado a diferentes componentes, como por exemplo, o temperamento da criança e as diferenças individuais dos pais, e interpessoal, devido ao fato de ser um conceito analisado em termos de relação entre comportamentos dos dois sujeitos em interação (Ribas, Moura, & Ribas Jr, 2003).

Ao revisar a literatura envolvendo o conceito de responsividade materna, Ribas et al. (2003) chamaram a atenção para o fato de que esse conceito não apresenta uma definição consensual, no entanto, algumas características principais têm sido utilizadas para sua definição, tais como a dimensão qualitativa e temporal. Na dimensão qualitativa são estudadas as características afetivas, como a proximidade, o afeto positivo e a intimidade entre a díade. Enquanto que para avaliação da dimensão temporal, investiga-se a

contingência da resposta materna, ou seja, como a mãe reage ao comportamento da criança frente a cada contexto. Entre as definições mais frequentemente utilizadas encontra-se a de Isabella, Belsky e von Eye (1989), que definiu responsividade materna como a atenção e percepção consistentes, interpretação acurada e resposta contingente e apropriada aos sinais da criança. Neste contexto, crianças que experienciam cuidados sensíveis e responsivos tendem a desenvolver um padrão de apego seguro, que está relacionado a confiança na disponibilidade emocional do cuidador, e que favorece uma orientação positiva e confiante da criança em relação a ela, ao mundo e a si mesma. Em contraste, crianças que experienciam cuidados pouco responsivos tendem a desenvolver um apego inseguro, que se associa a falta de confiança na disponibilidade emocional da mãe e pode acarretar em uma atitude negativa e baixa confiança da criança em relação a ela, ao mundo e a si mesma (Belsky & Fearon, 2002).

A intrusividade é outro tipo de comportamento materno frequentemente investigado no cenário dos estudos sobre responsividade e da interação entre a díade. Ao contrário da responsividade, este conceito está relacionado aos comportamentos maternos marcados por controle excessivo dos comportamentos da criança, limitação de seus movimentos e constantes repreensões (Oliveira, Frizzo, & Marin, 2000). Ao se tratar de bebês, a intrusividade materna está mais relacionada ao grau em que a mãe interfere ou interrompe os comportamentos de seus bebês ou antecipa suas necessidades (Smaling et al., 2017). Nesse sentido o conceito de responsividade pressupõe a não intrusividade ou a baixa frequência deste tipo de comportamento na mãe (Alvarenga & Cerezo, 2013).

A relação entre a qualidade da interação entre a díade pai/mãe-criança, incluindo a responsividade, e o desenvolvimento do apego infantil já foi extensamente investigada. A primeira meta-análise sobre responsividade materna e apego infantil foi realizada por De Wolff e Van IJzendoorn (1997). Os autores encontraram correlações moderadas indicando que a responsividade materna é um aspecto importante para o desenvolvimento do apego seguro infantil, mas não uma condição exclusiva. Outros domínios do comportamento materno estiveram também associados exercendo importante papel, tais como, o contato físico, cooperação, sincronia, mutualidade, suporte, atitudes positivas e estimulação materna.

Nievar e Becker (2008), entretanto, realizaram uma nova análise do estudo de De Wolff e Van IJzendoorn (1997) e fizeram considerações importantes. Foi realizado um agrupamento diferente, reunindo os comportamentos de sensibilidade a outras duas categorias muito similares a eles, a mutualidade e a sincronia. Foi encontrada uma correlação

maior entre esse agrupamento e o apego seguro infantil em comparação aos demais domínios do comportamento materno. As autoras avaliaram também os moderadores da relação entre sensibilidade e apego, como o status socioeconômico e a metodologia de estudo. O status socioeconômico apresentou-se como um moderador significativo da relação entre sensibilidade e apego, com efeitos mais fracos observados entre as famílias de baixa renda. Em outra meta-análise mais recente, Lucassen et al. (2011) pesquisaram associações entre a sensibilidade paterna e o desenvolvimento do apego infantil. Embora tenham sido encontradas associações fracas, os resultados mostraram que níveis mais altos de sensibilidade paterna estavam associados ao apego seguro infantil.

Além das meta-análises, estudos empíricos recentes também investigaram essa relação. Por exemplo, Posada et al. (2016) analisaram a relação entre responsividade materna e o apego seguro infantil em diferentes países (Colômbia, México, Peru e Estados Unidos), a partir da observação da interação entre 237 díades, em condições naturalísticas, quando as crianças tinham entre 36 e 72 meses. Foram encontradas associações significativas entre os comportamentos maternos responsivos e os comportamentos de apego seguro das crianças nos diferentes momentos e contextos culturais investigados. Com base nos achados, os autores afirmam a importância da responsividade materna para a construção do apego seguro infantil, sendo este um processo recíproco e contínuo.

Em resumo, considerando o apego seguro como um preditor importante do desenvolvimento infantil pleno em diferentes áreas e o impacto da responsividade sobre este fator, os estudos revisados indicam a importância dessa característica da mãe ou do principal cuidador para o bem-estar e o funcionamento da criança em diferentes contextos.

Além do impacto da responsividade sobre a formação do apego, que, por sua vez, pode influenciar outros aspectos do desenvolvimento ao longo dos anos, as pesquisas também têm sinalizado o poder preditivo da responsividade materna sobre inúmeras variáveis de distintos domínios do desenvolvimento infantil. Fraley, Roisman e Haltigan (2012), a partir de um estudo longitudinal, investigaram, nos Estados Unidos, a relação entre a responsividade materna precoce e dois domínios considerados importantes para o desenvolvimento adaptativo ao longo do tempo, a competência social e habilidades acadêmicas/cognitivas. Participaram do estudo 1.306 crianças que foram acompanhadas do nascimento aos 15 anos de idade. Os resultados mostraram que a associação entre sensibilidade materna e as habilidades sociais e cognitivas/acadêmicas das crianças foi relativamente constante ao longo do tempo. Essas associações se mantiveram mesmo quando

foram levadas em consideração algumas variáveis confundidoras, como por exemplo, a escolaridade materna. Os resultados sugerem efeitos duradouros das experiências iniciais de cuidados em ambos os domínios avaliados.

Leigh, Nievar e Nathans (2011) investigaram a relação entre a responsividade sensível das mães e as habilidades de linguagem expressiva das crianças durante a primeira infância. A responsividade materna foi avaliada a partir da observação da interação entre a díade e a linguagem por meio de uma escala aos 15, 24 e 36 meses de vida da criança. Os resultados sinalizaram que interações maternas sensíveis estavam associadas positivamente a linguagem expressiva posterior. A partir de um estudo longitudinal, Nozadi et al. (2013) também investigaram as associações entre a responsividade materna e a linguagem expressiva quando as crianças tinham 18 (n = 247) e 30 (n = 216) meses. Os resultados mostraram que a sensibilidade materna aos 18 meses se apresentou como uma variável preditora da linguagem das crianças ao longo do tempo. Os autores discutem o fato de que essa relação entre a sensibilidade materna e a capacidade linguística das crianças pode estar relacionada à promoção da competência e da independência que as mães sensíveis tendem a proporcionar aos filhos. As mães consideradas sensíveis são mais propensas a criar ambientes estimulantes para seus filhos e a se envolverem em atenção compartilhada, usando linguagem mais apropriada ao contexto durante a interação. Esses resultados sugerem a importância da sensibilidade precoce para o desenvolvimento da linguagem das crianças.

Esta breve revisão mostra a influência da responsividade nos primeiros anos de vida sobre o desenvolvimento em diferentes áreas e fases da infância e da adolescência. Ao longo do primeiro ano de vida, a responsividade materna parece ter um impacto ainda mais expressivo e relevante, considerando a centralidade da interação mãe-bebê para o desenvolvimento de um bebê pequeno, cujos comportamentos dirigem-se e são atendidos de forma predominante pela mãe. Vários estudos avaliam relações entre a responsividade materna e diferentes tipos de variáveis do bebê nos primeiros meses de vida. Por exemplo, Malmberg et al. (2016) avaliaram a influência da sensibilidade dos pais e mães durante as interações com seus filhos no primeiro ano de vida (entre 10-12 meses, n = 97) sobre o desenvolvimento cognitivo e linguagem aos 18 e 36 meses. Os comportamentos sensíveis dos pais foram avaliados a partir da observação da interação entre a díade durante dez minutos de brincadeira e o desenvolvimento infantil foi avaliado por meio da escala Bayley (BSID-II). Os resultados mostraram que os comportamentos sensíveis dos pais estiveram associados ao desenvolvimento cognitivo e de linguagem infantil posterior, sendo que a

sensibilidade das mães se mostrou mais propícia a sofrer influências de fatores sociodemográficos. Apesar de considerar o tamanho reduzido da amostra como uma das limitações do estudo, esses resultados sugerem que a sensibilidade dos pais no primeiro ano de vida do bebê pode desempenhar um papel importante no desenvolvimento cognitivo e linguístico posterior, sendo, portanto, de extrema importância promover estratégias de intervenção precoce para fortalecer a qualidade das interações entre as díades, principalmente nos casos de mães que vivenciam vulnerabilidades sociais.

Mais recentemente, com o avanço das neurociências, estudos neuroanatômicos, ou seja, estudos que investigam vias e estruturas do sistema nervoso, têm buscado investigar a influência dos cuidados maternos sobre o desenvolvimento cerebral. Rifkin-Graboï et al. (2015), investigaram se a responsividade materna poderia prever aspectos do desenvolvimento do sistema límbico humano e os padrões de conectividade funcional. Participaram do estudo 20 díades mãe-bebê. Os bebês foram submetidos à Ressonância Magnética Anatômica e a Funcional aos seis meses de vida. Durante as sessões de ressonância os bebês encontravam-se dormindo, porém sem uso de sedação. Foram tomadas precauções para reduzir os efeitos à exposição ao scanner. Também aos seis meses de idade do bebê foi realizada avaliação da responsividade materna a partir da observação da interação entre a díade, em laboratório. As análises de regressão demonstraram associações indiretas entre a sensibilidade materna e o volume bilateral do hipocampo. As análises das conexões funcionais mostram que, após controle da idade materna e da renda familiar, a sensibilidade conseguiu prever significativamente e de forma positiva conexão funcional entre o hipocampo e regiões relacionadas à regulação emocional (córtex pré-frontal). A sensibilidade conseguiu também prever de forma negativa conexão funcional entre a região direita da amígdala e o córtex temporal inferior esquerdo, região importante para o processamento de estímulos emocionais visuais. Além disso, conseguiu prever de forma negativa conexões entre a amígdala esquerda e uma região potencialmente importante para a memória autobiográfica (córtex entorrinal esquerdo). Apesar de se tratar de um estudo exploratório, com uma amostra restrita, os autores discutem o fato de que esses resultados preliminares sugerem que os cuidados influenciam trajetórias neuroanatômicas importantes para o futuro funcionamento cognitivo e emocional das crianças.

Bernier, Calkins e Bell (2016) investigaram relações entre variações na qualidade da interação mãe-bebê e o desenvolvimento cerebral posterior. Participaram do estudo 352 díades. Aos cinco meses de idade do bebê foi realizada avaliação da qualidade da interação

entre a díade, a partir da observação em laboratório. Os bebês foram submetidos à eletroencefalograma (EEG), em repouso, em região frontal, quando tinham cinco, 10 e 24 meses de idade. Os resultados indicaram que as mães que mantinham interação com seus bebês, aos cinco meses, caracterizada por afeto positivo e menos estimulação física (intrusividade) tiveram bebês com maior poder de alfa e teta no EEG em repouso aos 10 e 24 meses. Os registros do EEG refletem as mudanças subjacentes no número de sinapses, bem como a eficiência das redes em regiões frontais dos bebês. A região frontal do cérebro está relacionada a funções executivas que envolvem, por exemplo, o desenvolvimento de julgamento, tomada de decisão e autocontrole, sendo estas funções importantes para o desenvolvimento socioemocional. Esses resultados sugerem que a qualidade do comportamento materno durante a interação com o bebê pode ter contribuído para essas diferenças individuais envolvendo bebês que vivenciaram interações com maior qualidade. Por fim, embora preliminares, para os autores, esses resultados fornecem evidências de que a qualidade da interação entre a díade pode contribuir para o desenvolvimento do cérebro de crianças pequenas.

Com relação ao desenvolvimento socioemocional e motor nos primeiros meses, alguns estudos avaliaram variáveis desses domínios e suas relações com a responsividade. Karam et al. (2016) avaliaram o impacto do estresse nos pais, no período pré e pós-natal, sobre o desenvolvimento infantil aos 12 meses. Participaram do estudo 71 casais e seus bebês. O estresse foi avaliado durante a gravidez e aos dois meses pós-parto, por meio de uma escala de estresse percebida, enquanto o desenvolvimento infantil, em um ano de vida da criança, foi avaliado a partir da escala Bayley (BSID-III). Os escores ajustados de estresse materno e paterno pós-parto estiveram negativamente associados ao desenvolvimento motor e socioemocional infantil. Esses resultados evidenciam o impacto do estresse dos pais sobre o desenvolvimento infantil, tornando clara a necessidade de identificação precoce desses fatores a fim de que estratégias de suporte às famílias sejam traçadas, promovendo assim melhor qualidade de vida das famílias e um desenvolvimento infantil mais favorável.

Alvarenga, Paixão, Soares e Santos (2018) investigaram o impacto da saúde mental da mãe em seus comportamentos durante a interação com o bebê e avaliaram as relações entre os comportamentos maternos e indicadores do desenvolvimento aos três meses de vida. Participaram do estudo 64 díades mãe-bebê, que foram filmadas em um episódio de brincadeira livre. Foram encontradas correlações negativas entre os sintomas de transtornos mentais comuns e os comportamentos de sorrir para o bebê e de tocar o bebê ou estimulá-lo

com objetos, bem como, correlação negativa entre os sintomas de depressão e os comportamentos de sorrir para o bebê e a prática de tocar ou estimular o bebê com objetos. As análises de regressão confirmaram o poder preditivo da depressão sobre a frequência de sorrisos maternos e também da estimulação tátil ou com objetos sobre os comportamentos motores do bebê. Os comportamentos em estabilização, ou seja, comportamentos motores mais comumente esperados em crianças com três meses de vida, como por exemplo, levar a mão à boca ou seguir um objeto visualmente até 180 graus, estiveram positivamente correlacionados com os comportamentos maternos de tocar ou estimular o bebê com objetos e negativamente correlacionados com os comportamentos maternos de agir de forma intrusiva. Os resultados da análise de regressão confirmaram o poder preditivo da estimulação tátil e com objetos. Os autores discutem o fato de que, apesar de a intrusividade materna não ter sido confirmada como um preditor do desenvolvimento motor nesse estudo, a correlação inicialmente verificada, que indicou prejuízos no desenvolvimento motor em bebês de mães que mais frequentemente agiam de forma intrusiva, apoia os achados de investigações prévias sobre respostas maternas intrusivas e seu impacto negativo sobre o desenvolvimento do bebê. Os autores concluem ainda que os resultados desse estudo ressaltam o impacto da depressão pós-parto sobre uma dimensão afetiva da interação mãe-bebê, o sorriso da mãe, e os efeitos da estimulação tátil e com objetos sobre o desenvolvimento motor. Esses achados mostram que o estado emocional da mãe e seus efeitos comportamentais têm potencial de afetar o desenvolvimento do bebê já nos primeiros meses de vida e, portanto, devem ser alvo de avaliação e intervenção.

A importância da responsividade materna pode ser ainda maior em contextos de risco como a prematuridade, o adoecimento físico do bebê e a hospitalização. Ao mesmo tempo, esse tipo de condição adversa tende a também produzir impacto sobre a capacidade da mãe de agir de modo sensível e responsivo ao seu filho. Muitos dos bebês prematuros apresentam também baixo peso e, em geral, necessitam de hospitalização prolongada em Unidades de Tratamentos Intensivos Neonatais (UTIN) até completar a data prevista para seu nascimento (Feeley, Zelkowitz, Westreich, & Dunkley, 2011). A imaturidade neurofisiológica torna os bebês prematuros, muitas vezes, mais passivos e menos atentos e alertas em comparação com bebês a termo em suas primeiras interações com suas mães (Sansavini et al., 2015; White-Traut et al., 2013). Eles tendem a ser menos atenciosos e responsivos e seu comportamento atípico torna difícil para os pais interpretarem as pistas de seus comportamentos e responderem adequadamente aos mesmos (Ravn et al., 2011).

Korja, Latva e Lehtonen (2012), a partir de uma revisão sistemática, investigaram a relação mãe-bebê no contexto de prematuridade. Os resultados evidenciaram diferenças nos comportamentos de interação mútua, durante os primeiros seis meses de vida, sendo estes menos frequentes entre mães de recém-nascidos prematuros em comparação a mães de bebês nascidos a termo. Os autores discutiram o fato de que a compreensão da relação mãe-bebê no contexto da prematuridade infantil é complexa e alguns aspectos podem prever maior risco do que outros. Por exemplo, o baixo nível socioeconômico e o nível de ansiedade e estresse materno elevado são aspectos associados à maior risco. Os autores chamaram a atenção para a importância de diminuir o estresse materno e a separação precoce entre a díade durante a hospitalização. Além desses aspectos previamente mencionados, os bebês prematuros, em geral, demonstram distanciamento, ou seja, baixa capacidade de autorregulação frente às tentativas de interação e seus pais tendem a manter menos interação face-a-face e contato visual com eles (Montirosso, Borgatti, Trojan, Zanini, & Tronick, 2010).

A partir de uma meta-análise, Bilgin e Wolke (2015) investigaram se as mães de crianças prematuras se comportam de forma menos responsivas em suas interações com seus filhos após alta hospitalar em comparação às mães de crianças nascidas a termo. Foram incluídos 34 estudos. Os resultados mostraram que as mães dos filhos nascidos prematuros em comparação às mães dos que nasceram a termo não diferiram entre si em termos de comportamento durante a interação com seus filhos. Faz-se importante sinalizar que esses resultados devem ser vistos de forma cuidadosa, uma vez que algumas limitações são identificadas no estudo. Por exemplo, há heterogeneidade nos estudos encontrados, em termos de desenhos metodológicos e tamanho da amostra, e, além disso, foram considerados apenas estudos publicados na língua inglesa. Soma-se a isso o fato de que mudanças longitudinais não foram consideradas nas análises, além de os estudos revisados não fornecerem informações sobre complicações médicas.

Coppola e Cassibba (2010) investigaram diferenças individuais nos comportamentos de mães na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) após o parto de bebês prematuros e verificaram se esses comportamentos iniciais preveem sensibilidade posterior, quando o bebê tinha três meses de idade corrigida. Participaram do estudo 20 díades, mãe-bebê. Os resultados mostraram que o comportamento das mães na UTIN estava associado a distintas condições, como, por exemplo, a gravidade do nascimento prematuro, a posição do bebê durante a visita, bem como a maneira pessoal com a qual as mães reagem e experienciam os eventos. A partir de análises de regressão linear foi possível identificar os comportamentos

sensíveis de sorrir para o bebê durante interação aos 30 dias de vida do bebê, durante hospitalização, como preditor significativo da sensibilidade materna aos três meses de idade corrigida do bebê. Apesar do comportamento materno também sofrer influência do grau de complicações médicas vivenciada pela criança (Coppola & Cassibba, 2010), ainda são poucos os estudos no contexto da responsividade materna que fornecem essas informações, tornando, assim, difícil investigar seu potencial efeito (Bilgin & Wolke, 2015).

Medeiros e Piccinini (2015) buscaram compreender o impacto do nascimento pré-termo na relação pai-bebê, a partir de um estudo de delineamento longitudinal de estudo de caso coletivo, envolvendo entrevistas sobre a relação do pai com o bebê no período gestacional, no período de internação da criança e no terceiro mês após a alta hospitalar. Participaram três pais de bebês nascidos prematuros. De maneira geral, foram identificadas transformações expressivas na interação pai-bebê no período de tempo compreendido entre a gestação e o terceiro mês após a alta hospitalar. Os resultados revelam influência do nascimento pré-termo na relação pai-bebê, desde a gestação. Isso foi evidenciado por meio do relato de alguns participantes que descreveram dificuldades na interação com seus bebês, relacionando-as à pré-eclâmpsia e ao nascimento prematuro. Após o nascimento, foram constatadas algumas particularidades no que diz respeito a qualidade da interação entre a díade durante a hospitalização do bebê na UTI. Dois pais demonstraram maior receio de estabelecer contato físico, particularmente nas primeiras semanas de hospitalização, por temerem risco de infecção. Um dos pais referiu temor de que sua presença na UTI pudesse gerar transtornos na equipe, vindo a atrapalhar o tratamento do bebê, e cuidava para que suas visitas fossem rápidas. Após a alta hospitalar, foi possível perceber o fato de que a satisfação dos pais estava associada à reciprocidade e à responsividade do bebê percebidas por eles durante a interação.

Estudos clássicos como o de Spitz (1979), realizado com bebês, já indicava o impacto da carência afetiva sobre o desenvolvimento infantil. Com os avanços das pesquisas nesse campo, mostrando a importância dos primeiros vínculos para o desenvolvimento infantil, passou-se a observar algumas mudanças nos contextos de hospitalização, na medida em que as interações entre pais e bebês começaram a ser acolhidas e incentivadas (Gooding, et al. 2011), visando prestar um cuidado mais humanizado. Um desses avanços diz respeito à inserção do método canguru, em que os bebês nascidos com baixo peso são colocados em contato pele a pele com seus cuidadores, favorecendo a troca afetiva (Brasil, 2002; Lamy et al, 2005; WHO, 2003). No entanto, muitos pais ainda referem insatisfação frente às poucas

oportunidades de envolvimento com seus bebês hospitalizados, pouca informação médica a respeito das condições clínicas do bebê (Gooding et al., 2011), bem como dúvidas frente ao manejo dos bebês após alta hospitalar (Medeiros & Piccinini, 2015). Esses aspectos mostram, ainda, a necessidade de melhora da assistência, no que diz respeito ao fortalecimento da participação das famílias, em especial do cuidador primário, frente ao processo de cuidado do bebê hospitalizado e favorecimento de interações positivas.

A análise dos estudos revisados sobre as relações entre a prematuridade e a responsividade materna mostra a complexidade dessa problemática e desse campo de estudos. De qualquer modo, alguns resultados indicam que a condição frágil de saúde e o desenvolvimento dos bebês, além da própria hospitalização, podem produzir impacto sobre a responsividade da mãe. Por outro lado, a qualidade da interação entre a díade e a responsividade materna podem atuar como fatores protetivos nesse tipo de contexto.

Poehlmanna e Fiese (2001) investigaram se a qualidade da interação entre a díade se apresentaria como mediadora da relação entre risco neonatal e escores cognitivos infantis. Foram considerados como riscos neonatais os seguintes aspectos: prematuridade, baixo peso e estatura ao nascer, baixo escore no Apgar no primeiro e quinto minuto, período de hospitalização, intubação e complicações respiratórias. Aos seis meses de vida do bebê foi realizada avaliação da qualidade da interação mãe-bebê, a partir da observação e as habilidades cognitivas foram avaliadas aos 12 meses de vida, por meio da escala Bayley. A qualidade da interação entre a díade aos seis meses foi apontada como mediadora da relação entre a gravidade do risco neonatal e o desenvolvimento cognitivo infantil aos 12 meses. Os autores discutem o fato de que as interações iniciais, entre mães e bebês, caracterizadas por reciprocidade, afeto positivo e envolvimento são capazes de atuarem de forma protetiva ao desenvolvimento infantil. Neste estudo, no entanto, características sociodemográficas maternas não se apresentaram como mediadores da relação entre risco neonatal e desenvolvimento cognitivo.

Forcada-Guex et al. (2006) investigaram diferentes padrões comportamentais entre díades de bebês prematuros, quando estes tinham seis meses de idade corrigida, em comparação a díades de bebês nascidos a termo. Posteriormente, analisaram o impacto potencial desses padrões de interação sobre os comportamentos dos bebês aos 18 meses. Entre os padrões comportamentais identificados, dois apresentaram destaques no contexto de díades com bebês prematuros: padrão cooperativo, caracterizado pela sensibilidade da mãe pela cooperação do bebê e um padrão marcado por controle, que envolvia mães com

características controladoras e bebês impulsivos. Aos 18 meses, os bebês prematuros de díades com padrões cooperativos apresentaram resultados comportamentais semelhantes aos dos bebês a termo. Por outro lado, os bebês prematuros de díades com padrões de interação caracterizada por controle apresentaram-se significativamente menos positivos em comparação com bebês prematuros de díades com padrões cooperativos, bem como comparados com crianças nascidas a termo. Além disso, eles apresentavam mais sintomas comportamentais, como oposição e problemas de sono, do que os bebês nascidos a termo e os prematuros do grupo de padrões cooperativos. Também vivenciaram mais problemas alimentares e menor desenvolvimento social. Segundo os autores, esses resultados mostram o papel protetor da interação entre as díades, caracterizados por padrões cooperativos e com mães sensíveis, evidenciando assim a importância de programas de intervenção precoce, desde a hospitalização à transição para a casa, a fim de melhorar as interações positivas e promover o desenvolvimento infantil.

Os aspectos apresentados nesta seção mostram a influência da qualidade da relação entre a díade e da responsividade materna, em especial no primeiro ano de vida do bebê, sobre o curso do desenvolvimento infantil. Os estudos revisados também evidenciam o impacto de condições adversas como a saúde mental materna, a prematuridade, o adoecimento e as hospitalizações do bebê sobre a responsividade materna. Além disso, fica clara a complexidade que circunscreve esse contexto, uma vez que diversos aspectos podem exercer influências mútuas uns sobre os outros. Nesse sentido, é possível vislumbrar a importância de considerar estes aspectos e intervir sobre a responsividade materna precocemente, com o objetivo de favorecer a qualidade da relação mãe-bebê e de promover o desenvolvimento infantil, especialmente em contextos adversos. A intervenção sobre a responsividade materna caracteriza-se como outra dimensão central no presente estudo e será melhor abordada na seção seguinte.

Intervenções sobre a responsividade materna no contexto hospitalar

Intervenções precoces sobre a responsividade materna podem trazer benefícios para o desenvolvimento infantil, além de tornar a experiência da maternidade mais prazerosa, na medida em que favorecem o fortalecimento do vínculo entre a díade (White-Traut et al., 2013; Fukkink, 2008). Existem distintos tipos de intervenção sobre o comportamento materno com o objetivo de aumentar a responsividade no contexto da interação mãe-bebê.

A partir de uma meta-análise, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn e Juffer (2003) buscaram evidências sobre características de intervenções sobre a responsividade que apresentariam os melhores efeitos. Além disso, investigaram se as intervenções sobre a responsividade dos pais foram acompanhadas de mudanças no tipo de apego infantil. Foram incluídos nas análises 81 estudos. O foco das intervenções nos estudos encontrados foi classificado nas seguintes categorias: a) responsividade; b) suporte; c) representação; d) responsividade e suporte; e) representação e suporte; f) responsividade e representação; e, g) responsividade, representação e suporte. Os resultados mostraram eficácia dos diversos tipos de intervenções no aumento da responsividade materna. Porém, tiveram destaque, ou seja, apresentaram maiores efeitos, as intervenções breves (envolvendo entre cinco e 16 sessões) focadas apenas na responsividade, as destinadas a grupos clínicos (ex: ansiedade e depressão materna) e as que utilizaram o *video feedback* como método. Em relação ao apego infantil, foram encontrados 29 estudos de intervenção sobre a responsividade que visavam o aumento do apego seguro infantil. Os resultados evidenciaram o fato de que as intervenções focadas apenas na responsividade foram as únicas que apresentaram tamanho de efeito significativo sobre o tipo de apego da criança, no sentido de alterá-lo de um padrão inseguro para um padrão seguro.

As intervenções que tem como método o *video feedback* envolvem o uso de filmagens da interação entre a díade a fim de promover melhora da qualidade dessa interação (Barlow, Sembi, & Underdown, 2016). A maioria dos programas de vídeo feedback seguem um protocolo, que consiste nas seguintes etapas: filmar momentos de interação entre a díade, editar o vídeo e, por fim, assistir e discutir com o cuidador (Fukkink, 2008). As filmagens da interação entre a díade devem capturar interações semelhantes às que ocorrem no ambiente natural dos participantes. Recomenda-se que as filmagens ocorram, por exemplo, no momento do banho, alimentação ou de brincadeiras entre a díade. A edição cuidadosa dos vídeos pelo profissional visa selecionar cenas específicas a serem discutidas na sessão seguinte. Cada sessão tem um tema específico (Bakermans-Kranenburg, Juffer, & Van IJzendoorn, 1998). Durante a intervenção o profissional pode parar o vídeo em certos momentos ou pode repetir alguns fragmentos, ocasionalmente, para destacar algum comportamento específico do cuidador em interação com a criança.

O foco dado durante a intervenção por meio do vídeo feedback podem apresentar variações, pois depende do objetivo. Em geral, duas abordagens principais são seguidas: orientada para o comportamento ou representações mentais (Fukkink, 2008). As abordagens

com foco no comportamento geralmente têm como base teórica as Teorias de Aprendizagem Social (Bandura, 1977) e, com base nas análises dos comportamentos, tanto do cuidador quanto da criança, durante a interação, visam contribuir para o desenvolvimento de cuidados sensíveis. As abordagens que tem como foco as representações mentais do cuidador, em geral, têm como base teórica as Teorias Psicodinâmicas e visam intervir sobre as representações mentais que o cuidador tem de si que interferem no processo de cuidado. Neste sentido, a partir do vídeo feedback é possível identificar, por exemplo, situações nas quais a criança precisa de conforto e não é atendida por seus pais. Nestas situações o objetivo é ajudar os pais a interpretar os motivos que fizeram com que não reagissem ou não consolassem a criança, e intervir a fim de ressignificar suas representações mentais e desenvolver cuidados mais sensíveis (Goodman, 2010).

Por meio de uma meta-análise, incluindo 29 estudos, Fukkink (2008) analisou os efeitos das intervenções com base no modelo de vídeo feedback sobre o comportamento e atitude/habilidades comportamentais dos pais, bem como o desenvolvimento infantil. As análises dos dados levaram em consideração a presença de fatores de risco, como: baixo nível socioeconômico, pais adolescentes e diagnósticos de saúde mental. Foram considerados estudos experimentais, nos quais as intervenções tiveram como foco primário o aumento da responsividade ou melhora das representações mentais dos pais. Os resultados mostraram efeito positivo de tamanho médio das intervenções com vídeo feedback sobre os comportamentos dos pais durante a interação com seus filhos. Após a conclusão do programa, os pais se mostraram mais habilidosos e sensíveis, menos intrusivos e, em geral, tiveram uma percepção mais positiva da parentalidade. O tempo de duração foi identificado como característica moderadora do tamanho desse efeito, pois os programas de menor duração foram mais efetivos, em concordância com a meta-análise realizada por Bakermans-Kranenburg et al. (2003). Em relação ao comportamento infantil foram encontrados efeitos positivos significativos de tamanho pequeno e médio sobre os comportamentos de choro e irritabilidade excessiva. Esses efeitos foram menores em casos com presença de múltiplos fatores de risco. Os autores concluíram que as intervenções de vídeo feedback apresentam eficácia em famílias com crianças pequenas, no entanto, não é indicada como estratégia única de intervenção em situações em que há presença de múltiplos fatores de risco. Dada a complexidade de interação desses fatores, a combinação com outras estratégias, como a psicoterapia e fortalecimento de rede de apoio podem ser de extrema importância.

Diferentes programas de intervenção sobre a responsividade de pais, que utilizam o vídeo feedback como método, são também empregados durante a hospitalização de bebês. Em geral, trata-se de programas breves, destinados, principalmente, a pais de bebês prematuros. Entre esses programas encontra-se o *Cues Intervention Program*, desenvolvido com base nas evidências da meta-análise apresentada por Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn e Juffer (2003), destinado a mães de bebês nascidos com muito baixo peso, hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (Feeley, Zelkowitz, Westreich, & Dunkley, 2011; Feeley et al., 2008).

O *Cues Intervention Program* consiste em um programa individual, de seis sessões, e utiliza o vídeo feedback como método. Cada sessão dura em média 60 minutos. O conteúdo desse programa inclui dois componentes: redução da ansiedade e aumento da responsividade materna. O objetivo do programa é ensinar às mães conhecimentos e habilidades necessárias para reconhecer e gerenciar seus próprios sentimentos de ansiedade, bem como desenvolver habilidades necessárias para interagir de forma sensível com seus bebês. Para os autores, as condições adversas atreladas ao nascimento e à hospitalização, a responsividade e o estresse psicológico materno são outros dois fatores que também podem exercer influência importante sobre o desenvolvimento do bebê nascido com muito baixo peso (Feeley, Zelkowitz, Westreich, & Dunkley, 2011). As duas primeiras sessões do programa são destinadas a fornecer à mãe conhecimentos e habilidades para manejar a ansiedade. As quatro sessões seguintes são voltadas a ensinar à mãe sobre os sinais comportamentais do bebê e seu estado físico e emocional a fim de que ela possa interagir de forma sensível. As primeiras cinco sessões são planejadas para ocorrer durante uma semana, no período em que o bebê se encontra na UTI. A última sessão ocorre na casa da família, quatro semanas após a alta. Na última sessão a interação entre a díade é filmada, sendo esse material aproveitado tanto para discutir com a mãe e revisar os conteúdos trabalhados nas sessões anteriores, como também utilizado para avaliar o efeito da intervenção sobre a responsividade materna (Feeley et al., 2008).

Embora um estudo piloto envolvendo o *Cues Intervention Program* tenha apresentado resultados positivos sobre a redução da ansiedade materna e aumento da responsividade (Feeley et al., 2008), ainda são poucos os estudos direcionados a testar sua eficácia. Zelkowitz, et al. (2011) testaram a eficácia do *Cues Intervention Program* com mães de bebês nascidos com muito baixo peso em contexto de UTIN no Canadá. Um total de 121 mães foram distribuídas aleatoriamente entre grupo de intervenção (n= 60) ou

controle (n = 61), após avaliação na linha de base. O grupo intervenção participou das seis sessões do programa, enquanto as participantes do grupo controle receberam apenas os cuidados normalmente ofertados pelo hospital. Os resultados, pós-intervenção, foram avaliados durante uma visita domiciliar quando o bebê tinha entre seis e oito semanas de idade corrigida. Observou-se que, embora as mães no grupo intervenção tenham demonstrado maior conhecimento do conteúdo da intervenção em comparação as mães no grupo controle, os grupos não diferiram nos níveis de ansiedade, depressão e sintomas de estresse pós-traumático. Em relação a sensibilidade, as mães de ambos os grupos foram igualmente sensíveis na interação com seus bebês. Os autores acreditam no fato de que os cuidados cotidianos ofertados pelo hospital foram tão efetivos quanto a intervenção precoce.

Alguns desafios são sinalizados frente ao processo de execução do Cues Intervention Program em contexto de UTIN, bem como algumas recomendações são dadas. O tempo de recrutamento apresenta-se como um desses desafios, pois os potenciais participantes devem ser abordados cedo, logo após o nascimento do bebê, para que se tenha tempo suficiente de completar a intervenção antes da alta. No entanto, é pouco provável que as mães concordem em participar até que a condição clínica do bebê esteja relativamente estável, pois neste cenário, as preocupações e emoções das mães estão basicamente voltadas integralmente para o estado de saúde do bebê (Zelkowitz et al., 2011). Outra questão importante é que, a depender do número de internações na UTIN, os bebês estáveis algumas vezes são transferidos para outros hospitais a fim de que seu crescimento e desenvolvimento possam ser monitorados antes de receber alta para casa. Essas transferências podem implicar perda de participantes na intervenção. Sugere-se uma boa articulação entre o profissional que executa o programa com os demais profissionais da unidade a fim de que ele possa manter-se informado dessas possíveis condições (Zelkowitz et al., 2008).

Outra intervenção breve, com aplicabilidade em contexto hospitalar, e que também tem o vídeo feedback como método é a *Video Interaction Guidance (VIG)*. Essa intervenção visa promover a reflexão dos pais sobre seus comportamentos frente à interação com seus bebês (Kennedy, Landor, & Todd, 2011). A intervenção é conduzida por um profissional bem treinado e se constitui basicamente de três etapas: a) filmagem em vídeo da interação pais-bebê, b) edição das filmagens e, c) revisão e discussão conjunta com os pais dos trechos selecionados na edição. As filmagens em vídeo duram aproximadamente 15 minutos e são realizadas durante algumas atividades diárias de cuidados, como por exemplo, banho, mudança de fraldas e alimentação. A principal finalidade da filmagem é registrar elementos

espontâneos e naturais de comunicação básica entre os pais e o bebê, com foco especial ao contato visual, espelhamento e imitação (Hoffenkamp et al., 2014). As filmagens são editadas pelo profissional, que seleciona os micrômeros das iniciativas de contato do bebê e as respostas positivas dos pais a esses sinais. Por fim, os pais são convidados a rever esses momentos e a discuti-los com o profissional. Este procedimento de filmagem, edição e revisão compartilhada com os pais é repetido, já que o programa geralmente consiste, em média, em três sessões de gravação e revisão. A partir do feedback entre profissionais e pais, após assistir e discutir sobre os vídeos, são pactuadas algumas metas relacionadas a melhora da interação e da comunicação entre os pais e o bebê, sendo essas metas observadas e discutidas na filmagem seguinte.

Dois conceitos fundamentais embasam a intervenção Video Interaction Guidance: intersubjetividade e aprendizagem mediada (Hoffenkamp et al., 2014). A intersubjetividade se refere a um processo de interação bidirecional entre pais e filho, em que há compartilhamento de estados subjetivos. A aprendizagem mediada, por sua vez, é inspirada na Teoria de Aprendizagem Social de Bandura (Bandura, 1977) e está relacionada ao fato de se tratar de um processo de intervenção mediado por um profissional, que assiste e revisa os vídeos em conjunto com os pais, emitindo comentários positivos sobre os comportamentos dos pais durante a interação. As gravações em vídeo da interação pais-bebê e os comentários de um profissional treinado para execução do programa oferecem uma oportunidade para os pais observarem, analisarem e discutirem sobre seus comportamentos durante a interação com seu bebê o que, por sua vez, pode favorecer a melhora da qualidade da interação, bem como fortalecer o vínculo entre a díade (Kennedy et al., 2011).

A intervenção Video Interaction Guidance tem como foco as interações positivas (Barlow, Sembi, & Underdown, 2016). A função do profissional é ajudar os pais a identificar respostas positivas do bebê e responder às mesmas de forma contingente, além de identificar e sinalizar potencialidades ou capacidades que os pais já têm, a fim de fortalecê-las. É importante criar um espaço de abertura para que os pais possam falar sobre suas experiências de ter um bebê, bem como suas percepções sobre o bebê (Barlow, Sembi, & Underdown, 2016). De acordo com Kennedy, Ball e Barlow (2017), os princípios teóricos da Video Interaction Guidance surgiram a partir das observações de Colwyn Trevarthen, um psicólogo e psicobiologista, utilizando métodos etológicos. Essas observações das interações entre as díades identificaram a presença de uma compreensão compartilhada, denominada aqui de intersubjetividade. A Video Interaction Guidance consiste em uma abordagem compassiva

onde a esperança é mantida e a confiança é construída através de uma relação terapêutica respeitosa e apreciadora (Kennedy, Macdonald, & Whalley, 2016).

Embora trate-se de uma modalidade de intervenção relativamente recente (Kennedy et al., 2011), existem investigações dos efeitos da Video Interaction Guidance em diferentes condições. Por exemplo, Hoffenkamp et al. (2014) examinaram sua eficácia sobre o comportamento de pais durante a interação com seus bebês nascidos prematuros (25-37 semanas de gestação), em condições hospitalares, na Holanda. Participaram do ensaio clínico 150 famílias (150 crianças, 150 mães, 144 pais), que foram alocadas aleatoriamente entre grupo controle ($n = 75$) e intervenção ($n = 75$). Os resultados mostraram efetividade da intervenção sobre aumento dos comportamentos sensíveis e diminuição de comportamentos de retirada/afastamento dos pais. Entretanto, posteriormente, aos seis meses de vida do bebê, esses efeitos não se mantiveram, pois não foram observadas diferenças entre os grupos de intervenção em comparação ao grupo controle. No que diz respeito aos comportamentos de intrusividade dos pais não foram encontrados efeitos. Os efeitos da intervenção, tanto em termos de ganhos nos comportamentos observados na interação, quanto em termos de fortalecimento de vínculo foram encontrados, principalmente, entre as mães que perceberam o parto prematuro como um evento traumático.

Barlow, Sembi e Underdown (2016), investigaram o potencial efeito da intervenção Video Interaction Guidance sobre o aumento da responsividade de pais de bebês nascidos prematuros, após alta hospitalar. Efeitos secundários sobre o estresse, depressão e ansiedade parentais e estresse pós-traumático foram também examinados. O estudo consistiu em um ensaio clínico, envolvendo a participação de 31 díades, distribuídas entre grupo controle ($n = 15$) e de intervenção ($n = 16$), que aceitaram receber a intervenção em seus domicílios. Embora tenham sido coletados dados de ambos os pais, apenas os achados relacionados aos cuidadores primários foram analisados (29 mães e dois pais). Os resultados não mostraram diferenças significativas, favorecendo o grupo de intervenção em relação à sensibilidade dos pais. O mesmo ocorreu em relação à depressão, ansiedade e estresse parental. Os autores afirmam que a Video Interaction Guidance parece ser uma intervenção com potencial para aumentar a responsividade de pais, porém parece necessitar de componentes adicionais, bem como estudos com amostras mais amplas. Os autores acreditam que o foco exclusivo da Video Interaction Guidance em interações positivas pode não atender às necessidades dos pais que demonstram uma variedade de formas de interação com seus bebês, algumas das

quais podem ser prejudiciais para o desenvolvimento infantil, que não são acessadas por esse procedimento de intervenção.

Kennedy, Ball e Barlow (2017) incorporaram a Video Interaction Guidance em uma abordagem psicoterapêutica, com uma mãe de 35 anos, com depressão pós-parto severa, traços de transtorno de personalidade do tipo borderline e histórico de abuso sexual e tentativas de suicídio. A paciente estava em acompanhamento psiquiátrico, tinha outros dois filhos (seis e sete anos) e morava com o esposo. No início do acompanhamento a paciente referiu que estava preocupada por não conseguir gostar de seu bebê. Apesar de suprir adequadamente a maioria das necessidades básicas, ela não mantinha nenhum contato visual ou interesse em interagir com o bebê. O bebê se apresentava irritadiço e inquieto. Os primeiros encontros não envolveram intervenções e foram focados em criar um ambiente acolhedor a fim de favorecer o estabelecimento de vínculo. A paciente foi encorajada a falar sobre seus sentimentos em relação à maternidade. Ao longo do processo, foi possível observar relações entre suas dificuldades de interação com o bebê com situações de sua história de vida, que precisaram ser alvo da intervenção. Durante as sessões de Video Interaction Guidance, a paciente era encorajada a falar sobre suas dificuldades e emoções frente a cada contexto de interação. Nas primeiras sessões, era comum o uso de cócegas, e a paciente reconheceu que suas interações com o bebê estavam sendo artificiais. Ao decorrer do acompanhamento a paciente passou a desenvolver interações mais positivas com seu bebê. Ela passou a contemplá-lo, a dar espaço para que ele pudesse guiar a interação e a direcionar o olhar para onde o bebê estivesse olhando. Esses ganhos eram demarcados e valorizados pelo terapeuta enquanto assistia e discutia, em abordagem colaborativa, as filmagens com a paciente. A cada sessão de filmagem o terapeuta discutia em supervisão antes de dialogar com a paciente na sessão seguinte. Além das interações positivas observadas, a paciente passou a referir sentir prazer durante as interações, tanto com o bebê quanto com os demais filhos. Os autores afirmam que a Video Interaction Guidance se apresenta como um instrumento valioso para ser integrado em uma abordagem mais ampla, como a psicoterapia, em situações de vínculos fragilizados entre díades. O processo paralelo de acolher o sofrimento e as emoções da mãe apresentou-se como recurso chave para que ela se mostrasse aberta a construir relacionamentos mais sintonizados com seus filhos.

O *Mother Infant Transaction Program (MITP)* é outro tipo de programa, focado na interação pais-bebê, em contexto de hospitalização. O Mother Infant Transaction Program foi desenvolvido na década de 1990 (Rauh, Nurcombe, Achenbach, & Howell, 1990), como

uma intervenção breve destinada a pais de bebê nascidos prematuros com baixo peso e hospitalizados em UTIN. Essa intervenção tem como base as teorias de desenvolvimento transacional e, portanto, parte do pressuposto de que os déficits iniciais do bebê prematuro afetam negativamente a interação mãe-bebê de forma cumulativa, acarretando impactos negativos sobre o desenvolvimento da criança. O objetivo do Mother Infant Transaction Program é ajudar os pais a apreciar as características peculiares do bebê, seu potencial desenvolvimental, bem como agir de maneiras sensíveis às pistas fisiológicas e sociais emitidas pelo bebê (Ravn et al., 2011). A execução inicial do programa consistia em 11 sessões com duração de 1 hora cada. As sete primeiras sessões eram realizadas no contexto hospitalar, na última semana da hospitalização, durante sete dias consecutivos. As quatro sessões restantes ocorriam em casa, aos três, 14, 30 e 90 dias após a alta do bebê (Rauh, Nurcombe, Achenbach, & Howell, 1990).

A versão inicial do The Mother–Infant Transaction Program foi testada com mães de bebês com baixo peso internados em UTIN (Rauh, Nurcombe, Achenbach, & Howell, 1990). O desenvolvimento dos bebês que tiveram suas mães participando da intervenção foi comparado com o de bebês nas mesmas condições de hospitalização e também com baixo peso que não tiveram suas mães participando da intervenção, bem como com outro grupo de bebês com peso adequado. Foram observados efeitos significativos da intervenção sobre os comportamentos maternos e sua percepção em relação ao bebê aos seis meses de vida. Não foram encontradas diferenças no desenvolvimento cognitivo dos bebês 31 meses após a finalização da intervenção. No entanto, aos 48 meses após a intervenção, foram encontrados escores de desenvolvimento cognitivo significativamente maior entre as crianças que tiveram suas mães participando da intervenção em comparação às crianças com baixo peso que não tiveram as mães incluídas na intervenção. Aos 48 meses, os resultados cognitivos das crianças do grupo intervenção foram semelhantes ao das crianças que apresentavam peso adequado.

Diante de algumas demandas observadas ao longo de sua execução, o Mother Infant Transaction Program passou por algumas modificações (Kaaresen et al., 2006). Foi incluído na sessão inicial um espaço de acolhimento para que os pais pudessem falar sobre seus sentimentos e preocupações relacionadas à experiência do internamento, além de redução do número de sessões e aumento do período (passou a ocorrer durante duas semanas, não envolvendo dias consecutivos). Foi incluído também, ao longo da intervenção, incentivo a participação mais ativa dos pais no manejo dos bebês. A primeira sessão é destinada à coleta

de dados sociodemográficos, avaliação de sintomas de depressão e, a partir de uma entrevista semi-estruturada, os cuidadores são incentivados a falar sobre suas percepções e sentimentos em relação ao bebê, ao processo de parto e à hospitalização. Entre a segunda e a sétima sessão são trabalhados aspectos relacionados ao reconhecimento dos sinais comportamentais emitidos pelo bebê, bem como à habilidade de responder de forma contingente a esses sinais. A oitava sessão consiste em uma visita domiciliar, após um mês da alta hospitalar, e tem como objetivo ajustar os aspectos trabalhados nas sessões anteriores ao contexto domiciliar, assim como observar a interação em contexto de brincadeira entre a díade. A nona sessão ocorre após três meses, no hospital, em uma visita de acompanhamento, momento em que são trabalhados aspectos relacionados ao temperamento do bebê (Newnhama, Milgroma, & Skouteris, 2009).

A efetividade da versão modificada do Mother Infant Transaction Program foi testada por Newnhama, Milgroma e Skouteris (2009). Participaram deste estudo 68 mães de bebês nascidos prematuros, distribuídas entre grupo controle (n= 33) e intervenção (n= 35). Treze mães do grupo intervenção (37,1%) e 14 mães do grupo controle (42,4%) eram primíparas. Foram excluídas do estudo as mães de bebês que apresentassem qualquer condição congênita ou sequelas neurológicas. As participantes do grupo controle receberam cuidados regulares do hospital, enquanto que as integrantes do grupo de intervenção, além dos cuidados regulares, participaram do Mother Infant Transaction Program. Após três meses de intervenção, as mães participantes apresentaram-se mais sensíveis, com maior capacidade de ler as pistas comportamentais de seus bebês, em comparação às mães do grupo controle. Neste mesmo período seus bebês mostraram-se significativamente mais ativos, apresentando reciprocidade durante a interação, além de apresentarem menos problemas como cólica, irritabilidade e choro do que os bebês do grupo controle. Ainda aos três meses foram observadas também mais reciprocidade e sincronia na interação entre díades do grupo intervenção em comparação ao grupo controle, assim como mais atenção mútua aos seis meses. Aos três meses foram identificadas diferenças significativas nos escores de estresse frente aos comportamentos infantis, sendo esses escores maiores nas mães do grupo controle. Aos dois anos de idade foram encontradas diferenças significativas na dimensão comunicação, com pontuações mais altas para as crianças de mães que participaram da intervenção. De acordo com os autores, os resultados desse estudo mostram um efeito positivo da intervenção sobre a melhora da qualidade da interação entre a díade, além de indicar influência em alguns domínios do desenvolvimento infantil. Foi considerado como

limitação o fato de que o estudo envolveu uma amostra pequena. Os autores recomendam a realização de estudos longitudinais, com amostras maiores a fim de compreender melhor os efeitos da intervenção ao longo do desenvolvimento das crianças.

O efeito do Mother Infant Transaction Program foi também testado em outro estudo mais recente. Ravn et al. (2011) testaram o efeito do Mother Infant Transaction Program sobre a interação mãe-bebê, aos 12 meses de vida do bebê. Tratou-se de um ensaio clínico randomizado com a participação de 93 mães de bebês nascidos prematuros, distribuídas entre grupo controle (n= 47) e intervenção (n = 46). As mães participantes do grupo intervenção apresentaram maior responsividade em comparação ao grupo controle. Além disso, humor mais positivo foi observado entre os bebês do grupo intervenção. Ser mãe primípara foi uma variável moderadora, melhorando o efeito da intervenção. As mães primíparas do grupo intervenção mostraram-se mais sensíveis às pistas dos comportamentos de seus bebês e estas foram as díades com maior nível de sincronia, quando comparadas com as díades formadas por mães mais experientes.

De maneira geral, os estudos revisados na literatura internacional, envolvendo intervenções sobre a responsividade no contexto hospitalar, apresenta o vídeo feedback como método de intervenção eficaz e de possível utilização nesse ambiente. No entanto, muitos dos estudos não apresentam detalhes da intervenção, o que torna difícil sua compreensão de forma minuciosa. Este aspecto compromete, por exemplo, uma consequente replicação dos programas.

Outro aspecto evidenciado, a partir dos estudos revisados, diz respeito ao fato de que os programas de intervenção sobre a interação pais-bebê no contexto da hospitalização são, principalmente, destinados a díades de bebês prematuros e com baixo peso ao nascer. A importância de intervir sobre a responsividade de pais de bebês prematuros é clara (Coppola & Cassibba, 2010; Montiroso et al., 2010; Sansavini et al., 2015; White-Traut et al., 2013), no entanto, os pais de bebês hospitalizados envolvendo outras condições, como por exemplo, malformações, doenças crônicas, doenças congênitas, entre outras, podem também precisar de suporte adicional para desenvolver relações positivas com seus filhos, uma vez que também tendem a experimentar emoções ambivalentes ou negativas em relação a seus bebês e/ou sobre si mesmos durante a hospitalização e após a alta (Tooten et al., 2012). Nesse sentido, os estudos dão foco ao ambiente hospitalar, à prematuridade e ao baixo peso ao nascer como fatores de risco e não consideram outros fatores como, por exemplo, as características da doença, as condições socioeconômicas e outras desvantagens sociais.

A revisão apresentada nessa seção chama a atenção para a importância da sensibilidade por parte do profissional em introduzir a intervenção apenas em momentos de estabilidade do quadro clínico da criança, pois é quando seus cuidadores estão menos preocupados e mais abertos ao aprendizado. Ademais, deixam também clara a importância de incluir nos programas de intervenção sobre a responsividade, executados em contextos de hospitalização, um espaço de acolhimento das preocupações e emoções que emergem nos cuidadores. Nesse sentido, o modelo de atuação comportamental denominado Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) pode ser um recurso útil. A ACT é um tipo de psicoterapia comportamental contextual baseada na Teoria das Molduras Relacionais que tem como foco realizar análise funcional da linguagem e da cognição (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2003; Luciano, 2016). O principal objetivo da ACT é proporcionar flexibilidade psicológica, que significa aceitar os eventos privados aversivos (ex: 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, Strosahl, & Wilson, 2003). O construto flexibilidade psicológica é complexo e resulta da interação entre distintos processos, sendo estes: aceitação, defusão, atenção ao momento presente, *self* como contexto e, ação compromissada com valores (Hayes, Pistorello, & Biglan, 2008; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2003; Luciano, Valdivia, Gutiérrez, & Páez-Blarrina, 2006).

No contexto da parentalidade, por exemplo, a ACT entende que os valores podem atuar como lentes através da qual os pais podem ver seus filhos. Assim, a partir do acolhimento das emoções que emergem neste cenário, é possível ajudar os pais a agirem em direção ao que é mais significativo no processo de cuidado de seus filhos (Coyne, Murrell, & Wilson, 2009). Adicionalmente, a ACT preconiza o uso de técnicas de atenção plena (*mindfulness*) para lidar com a ansiedade, que podem favorecer a responsividade materna ao tornar a mãe mais atenta 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 sentimentos que não podem ser controlados diretamente, e redirecioná-la para ações significativas para ela, como por exemplo, os sinais e comportamentos do bebê de modo a contribuir para seu bem-estar e desenvolvimento durante a hospitalização.

Burke et al. (2014) testaram um programa de intervenção envolvendo ACT, denominado *Take A Breath (TAB)*, para pais de crianças com diagnósticos considerados graves (câncer e sobreviventes de cirurgia cardíaca). O programa envolveu uma abordagem combinada de ACT e treinamento de habilidades de resolução de problemas, e teve como objetivo reduzir o sofrimento parental. Tratou-se de um estudo piloto, envolvendo a participação de 11 pais. A intervenção ocorreu em grupo, no hospital, envolveu quatro sessões semanais com duração de 90 minutos cada encontro. Uma quinta sessão foi realizada um mês depois. A primeira sessão foi destinada a explicar aos participantes sobre o funcionamento do programa e objetivos. Além disso, os pais foram encorajados a compartilhar aspectos de suas experiências relacionadas ao diagnóstico e tratamento de seus filhos. As demais sessões de intervenção envolveram a utilização de metáforas, técnicas de desfusão cognitiva e exercícios de atenção plena. No pré e pós-teste, e também no seguimento seis meses depois, os pais preencheram questionários que avaliavam sintomas de estresse pós-traumático, o impacto emocional do diagnóstico da criança e elementos psicológicos que eram foco da intervenção (flexibilidade psicológica dos pais e nível de atenção plena). Os resultados mostraram reduções significativas dos sintomas de estresse pós-traumático e do impacto emocional do diagnóstico da criança, além de melhorias significativas na flexibilidade psicológica dos pais e nos níveis de atenção plena. Esses efeitos foram mantidos no seguimento, seis meses depois. Embora o estudo tenha limitações, como por exemplo, o tamanho reduzido da amostra e a não utilização de um grupo controle, seus resultados indicam efetividade do programa, com potencial para reduzir o sofrimento parental frente ao adoecimento de seus filhos.

Diante dos efeitos positivos das intervenções, previamente apresentadas, envolvendo a responsividade de pais sobre a qualidade da interação entre a díade, evidenciando o potencial protetivo desse tipo de intervenção sobre o desenvolvimento infantil, torna-se evidente a importância de intervir precocemente, sobretudo, nos casos em que os bebês vivenciam situações de risco. No Brasil, intervenções focalizando a responsividade materna no contexto hospitalar são escassas. No entanto, é possível encontrar programas direcionados a famílias sociovulneráveis. Alvarenga, Cerezo, Wiese e Piccinini (2012), com base em modelos bem-sucedidos da literatura internacional, elaboraram o Programa de Responsividade Materna que faz uso do método de vídeo *feedback* para a promoção da responsividade. Esse programa é destinado às mães de bebês nascidos a termo e saudáveis, com idade entre três e oito meses. No entanto, foi desenvolvido para ser executado no

domicílio. Em sua elaboração foram consideradas as particularidades da cultura brasileira e do contexto baiano. O programa tem como principal objetivo aumentar os níveis de responsividade materna e favorecer o desenvolvimento socioemocional e cognitivo da criança, focalizando duas dimensões da responsividade: a) dimensão socioemocional: respostas contingentes e adequadas da mãe às iniciativas pró-sociais do bebê (vocalizações positivas, sorrisos, olhar, gestos) e aos comportamentos que indicam desconforto e estresse; e b) dimensão cognitiva: respostas contingentes e adequadas da mãe ao comportamento exploratório do bebê, que o auxiliam na manutenção do foco de atenção, e uso de vocabulário rico durante a interação livre ou com brinquedos (Alvarenga et al, 2012).

O Programa de Responsividade Materna envolve oito visitas domiciliares de uma hora de duração, entre o terceiro e o décimo mês de vida do bebê. Cada visita tem a seguinte estrutura: 1) *Filmagem da interação mãe-bebê*: cinco minutos de filmagem da interação mãe-bebê com brinquedos fornecidos pelo facilitador, sendo que o tipo de atividade proposto varia de acordo com a idade da criança e com o objetivo específico da sessão; 2) *Análise da interação mãe-bebê*: o facilitador se retira por cerca de 15 minutos, durante os quais examina a interação filmada com o uso do CITMI-R (Alvarenga & Cerezo, 2013) e de categorias adicionais sobre a dimensão cognitiva da responsividade; 3) *Orientações*: 20 minutos de vídeo *feedback* em que o facilitador exhibe cenas do vídeo e discute com a mãe os comportamentos observados, com base nas análises realizadas na etapa anterior. 4) *Modelação*: cinco minutos durante os quais o facilitador interage com a criança mostrando para a mãe estratégias responsivas de aproximação e interação com o bebê. A mãe é estimulada a participar também da interação, tentando praticar as habilidades aprendidas durante o encontro; 5) *Fechamento*: 10 minutos de fechamento da sessão com destaque para os progressos alcançados e encorajamento para que a mãe siga exercitando as habilidades aprendidas.

Cada visita do Programa de Responsividade Materna contempla um tema específico que é trabalhado por meio da estrutura apresentada anteriormente. Os oito temas refletem aspectos cruciais da interação mãe-bebê e do desenvolvimento infantil nesse período da vida da criança. O primeiro tema, trabalhado no terceiro mês da criança, é o *potencial interativo do bebê*. O foco da intervenção na primeira visita está na formação de um vínculo de cooperação e confiança com a mãe e nas habilidades que o bebê já demonstra para interagir com as pessoas e com os objetos e eventos do ambiente que o rodeia. A segunda visita acontece no quarto mês do bebê e tem como foco a *contingência social*. Visa mostrar à mãe

a importância de que ela reaja aos sinais do bebê com respostas compatíveis com os sinais que ele dá, fortalecendo, assim, suas tentativas de comunicação e interação. O terceiro tema, abordado no quinto mês de vida do bebê, é a intrusividade, uma característica interativa que deve ser evitada. O foco da intervenção está na percepção e respeito ao ritmo e ao espaço do bebê e na capacidade de identificar e evitar condutas invasivas ou restritivas durante as brincadeiras e outros contextos interativos. O quarto conteúdo trabalhado, na visita que acontece no sexto mês da criança, é a *alternância de turnos* durante a interação. Trabalhar esses aspectos ajuda a criança a compartilhar a atenção da mãe por um objeto ou atividade, assim como auxilia a mãe a seguir o interesse e o foco da atenção da criança. Na quinta visita, que acontece no sétimo mês de vida da criança, a temática em foco é a *atenção compartilhada*. Comportamentos parentais que ajudam o bebê a manter o foco de atenção em um objeto, como por exemplo, utilizar palavras que descrevem características do objeto ou perguntas sobre ele, são importantes devido à imaturidade de suas habilidades cognitivas e atencionais. O sexto encontro, no oitavo mês do bebê, destaca a temática da *socialização das emoções*. O foco desta visita são as emoções, a expressividade emocional do bebê e o papel da mãe no processo de socialização emocional. Na sétima visita, que acontece no nono mês da criança, o conteúdo trabalhado é a *fala contingente e a utilização de um vocabulário rico* durante a interação. Visa a estimular o comportamento verbal da mãe durante a interação com o bebê, incentivando-a a utilizar um vocabulário rico e variado nas brincadeiras e a falar contingentemente em relação às vocalizações e atividades do bebê. Por fim, o oitavo tema trabalhado, na visita do décimo mês de vida da criança, é a *ampliação do mundo do bebê*. Aborda as mudanças marcantes no repertório motor do bebê no final do primeiro ano de vida e a consequente ampliação do seu mundo, que resulta da capacidade crescente que ele apresenta para se locomover e explorar o ambiente. Os resultados de um estudo, envolvendo 44 díades distribuídas aleatoriamente entre os grupos intervenção (n = 22) e comparação (n = 22) mostraram que as mães do grupo intervenção interpretaram o comportamento de seus bebês com mais frequência, fizeram mais perguntas aos bebês e foram menos intrusivas quando comparadas as mães do grupo comparação no pós-teste (Alvarenga, 2019).

Os aspectos revisados nesta seção indicam efeitos importantes das intervenções sobre a responsividade materna com uso do vídeo *feedback*, mostrando impactos relevantes sobre a qualidade da interação entre a díade, além de seu potencial efeito sobre o desenvolvimento infantil. No entanto, especificamente no que tange à sua aplicação ao contexto hospitalar, os estudos não deixam claras as condições físicas desses ambientes onde as intervenções foram

realizadas, como por exemplo, a quantidade de pacientes por enfermarias, a disposição do ambiente, entre outros aspectos. Esses programas foram implementados e avaliados, exclusivamente, em países desenvolvidos, cujas condições dos serviços de saúde pública diferem daquelas observadas no Brasil e, portanto, a adaptação de programas inspirados nesses modelos deve levar em consideração tanto a realidade do ambiente hospitalar quanto as características dos participantes do nosso país.

Uma das especificidades inerentes ao contexto de hospitalização, apresentada por meio dos estudos revisados, diz respeito ao estado emocional dos cuidadores, que demanda, portanto, a incorporação do acolhimento desses aspectos nas propostas de intervenção. Nesse sentido, para o contexto da hospitalização de bebês, a associação de estratégias de intervenção com foco na responsividade materna a técnicas da ACT pode ser uma alternativa muito promissora. Em suma, essas distintas peculiaridades referentes ao contexto de hospitalização reforçam a importância de adaptações específicas, que levem em considerações as reais circunstâncias desse contexto.

Justificativa e objetivo do estudo

No Brasil, muitas famílias vivem em contextos de vulnerabilidade social e as crianças estão expostas a inúmeros riscos à saúde que podem resultar em hospitalizações. Entre as doenças que acometem crianças e que resultam em hospitalizações está a sífilis congênita. A complexidade de fatores associados à sífilis congênita, identificados a partir da revisão da literatura, como por exemplo, a baixa qualidade da assistência pré-natal, o não tratamento dos parceiros (Dantas, Alcântara & Silva 2014; Pires et al., 2014), e a distribuição do agravo em estratos sociais de menor escolaridade e menos favorecidos do ponto de vista econômico (Araújo et al., 2012) apoia a hipótese de que existe relação entre vulnerabilidade social e maior probabilidade de hospitalização na infância.

Além das complicações clínicas inerentes às características da sífilis (Araújo et al., 2012) que podem deixar sequelas ao longo do desenvolvimento da criança, a hospitalização durante os primeiros anos de vida, principalmente quando prolongada, está associada a atraso no desenvolvimento físico, motor (Saccani, et al., 2013; Giachetta et al., 2010), cognitivo e psicossocial (Lehner & Sadler, 2015), além de contribuir para a ocorrência do apego inseguro (Lehner & Sadler, 2015). O impacto negativo do tipo de apego considerado inseguro sobre o desenvolvimento infantil está claramente descrito na literatura (Bowlby, 1990; Baer & Martinez, 2006), assim como os benefícios do apego seguro (Bowlby, 2002;

Posada et al., 2016). Por diversos motivos, muitos pais podem ter dificuldades de exercer a parentalidade de forma plena no contexto hospitalar (Holditch-Davis et al., 2014; Carmona et al., 2012; Franck et al., 2005) e isso pode contribuir para que eles atuem de maneira menos responsiva durante a interação com seus bebês (Medeiros & Piccinini, 2015). No caso de mães de bebês com sífilis congênita, essa vivência é marcada, ainda, pelo sentimento de culpa associado à transmissão vertical da doença (Guimarães, 2015) e pela angústia quanto ao prognóstico (Silva et al., 2010). A associação entre diferentes fatores de risco em distintos níveis de determinação aumenta o risco de que a mãe se comporte de forma menos responsiva com seu bebê, pois os recursos psicológicos e as fontes contextuais de estresse desempenham um papel central na qualidade da responsividade (McFadden, & Tamis-Lemonda, 2013).

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 (Feeley et al., 2008; Kennedy et al., 2011; Rauh, et al, 1990). No entanto, programas como esses ainda são escassos no cenário nacional, principalmente em ambiente hospitalar. 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 (White-Traut et al., 2013; Fukkink, 2008), minimizando atrasos e prejuízos para o desenvolvimento infantil (Pereira et al., 2016).

A revisão dos programas internacionais que tiveram seus efeitos testados no ambiente hospitalar sinaliza especificidades desse ambiente e torna clara a importância de se adaptar intervenções específicas que levem em consideração tanto as condições do ambiente quanto as características dos participantes nesse contexto. Os estudos revisados apontam para a necessidade de ações focadas não apenas na responsividade, mas também no acolhimento e manejo de questões emocionais do cuidador frente ao adoecimento do bebê (Kaarsen et al., 2006). Ademais, faz-se necessário introduzir a intervenção em momentos de estabilidade do quadro clínico do bebê, circunstância em que seus cuidadores costumam estar menos preocupados com a saúde de seu filho e isso, por sua vez, pode favorecer o maior engajamento e proveito dos temas trabalhados na intervenção (Zelkowitz et al., 2011; Barlow et al., 2016).

Considerando esses aspectos, o presente estudo teve como objetivo adaptar uma intervenção breve sobre a responsividade materna para a implementação, com mães de

recém-nascidos hospitalizados para tratamento de sífilis congênita provenientes de contexto de vulnerabilidade social, bem como fazer uma avaliação preliminar de seus efeitos sobre os comportamentos maternos responsivos. A intervenção original, adaptada neste estudo, consiste no Programa de Responsividade Materna (Alvarenga et al., 2012), desenvolvido com base em modelos bem-sucedidos da literatura internacional para aumentar a responsividade de mães em famílias que vivem em contexto de vulnerabilidade social, considerando as particularidades da cultura brasileira e do contexto baiano. Esse programa foi desenvolvido para ser executado no domicílio com bebês saudáveis nascidos a termo, por isso a sua utilização no contexto hospitalar demandou adaptações. Portanto, o presente estudo apresenta uma adaptação desse modelo de programa, inserindo em sua estrutura um módulo de intervenção baseado na ACT (Terapia de Aceitação e Compromisso) a fim de intervir sobre as emoções e preocupações das mães diante da doença e da hospitalização do bebê. Além disso, todas as sessões e procedimentos do programa foram alterados de modo a contemplar as características dos participantes e as especificidades do contexto hospitalar, bem como da unidade específica onde o projeto foi implementado.

Método

Delineamento

O presente estudo adotou delineamento pré-experimental, somente com pós-teste, com grupo comparação não equivalente. O grupo intervenção foi composto por díades mãe-bebê que foram contatadas durante internamento dos bebês e aceitaram participar da intervenção, e o grupo comparação envolveu díades mãe-bebê no mesmo contexto de hospitalização, mas que não participaram das sessões de intervenção.

Participantes

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

A Tabela 1 apresenta detalhes sobre as características sociodemográficas das participantes do grupo intervenção e comparação. No grupo intervenção todas as 10 mães (100%) se autodeclaram 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. Oito mães (80%) não trabalhavam fora de casa e apenas uma mãe relatou problema de saúde física (problema respiratório). Três mães (30%) eram primíparas e sete (70%) eram múltíparas. Quatro (40%) mães não conviviam com o pai da criança. Os pais dos bebês do grupo intervenção tinham aproximadamente, 29 anos de idade ($DP=7,58$; $Md=28,00$) e estudaram, em média, oito anos ($M=8,14$; $DP=2,79$; $Md=9,00$). Oito (80%) pais exerciam alguma atividade remunerada, e 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 autodeclaram 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. Oito mães (80%) não trabalhavam fora de casa e nenhuma relatou problema de saúde. Duas mães (20%) eram primíparas e oito (80%) eram múltíparas. Cinco (50%) mães conviviam com o pai do bebê. Os pais dos bebês tinham em média 31 anos de idade ($DP=11,03$; $Md=31,00$) e estudaram,

em média, nove anos ($DP=3,35$; $Md=9,50$). Para o grupo comparação a renda per capita foi de R\$ 227,53 ($M= 235,62$; $DP= 195,18$; $Md=185,91$).

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)				
<i>M (DP)</i>	26 (6,46)	25,90 (6,40)		
<i>Md</i>	26,00	24,50	49,50	0,97
Escolaridade da mãe (anos)				
<i>M (DP)</i>	7,40 (2,55)	8,90 (2,02)		
<i>Md</i>	6,00	9,00	29,00	0,12
Ocupação da mãe do bebê				
<i>Trabalham fora</i>	2 (20%)	2 (20%)	0	0,71
<i>Não trabalham fora</i>	8 (80%)	8 (80%)		
Raça/cor da mãe				
<i>Negra/parda</i>	10 (100%)	8 (80%)	2,22	0,24
<i>Branca</i>		2 (20%)		
Problemas de saúde da mãe				
<i>Sim</i>	1 (10%)			
<i>Não</i>	9 (90%)	10 (100%)	1,53	0,50
Coabitação parental				
<i>Sim</i>	6 (60%)	5 (50%)	0,20	0,50
<i>Não</i>	4(40%)	5 (50%)		
Paridade				
<i>Primípara</i>	3 (30%)	2 (20%)	0,27	0,50
<i>Múltipara</i>	7 (70%)	8 (80%)		
Quantidade de filhos além do bebê				
<i>M (DP)</i>	1,70 (2,16)	1,20 (0,79)		
<i>Md</i>	1,00	1,00	0,49	0,97
Idade do pai do bebê				
<i>M (DP)</i>	29 (7,58)	31,50 (11,03)		
<i>Md</i>	28	31	40,50	0,72
Escolaridade do pai (em anos)				
<i>M (DP)</i>	8,14 (2,79)	9,0 (3,35)		
<i>Md</i>	9,00	9,50	17,50	0,63
Ocupação do pai do bebê				
<i>Trabalham fora</i>	8(80%)	5 (50%)	1,64	0,24
<i>Não trabalham fora</i>	1(10%)	3 (30%)		
Quantidade de moradores na casa				
<i>M (DP)</i>	4,20(1,68)	4,30 (1,77)		
<i>Md</i>	3,50	4,00	45,00	0,75
Renda per capita (reais)				
<i>M (DP)</i>	235,62 (260,99)	227,53 (195,18)		
<i>Md</i>	162,50	185,91	50,00	1,00

Uma mãe do grupo intervenção desconhecia a escolaridade do pai do bebê; uma mãe do grupo comparação e duas do grupo intervenção não souberam informar nenhum dado sociodemográfico do pai do bebê; duas mães do grupo comparação não sabiam se o pai do bebê trabalhava.

A Tabela 2 apresenta dados relacionados à gestação e nascimento dos bebês. No grupo intervenção, três bebês (30%) eram do sexo feminino e sete (70%) eram do sexo masculino. Todas as mães realizaram pré-natal, apresentando em média cinco consultas ($M=5,40$; $DP=1,64$; $Md=5,50$). Oito mães (80%) referiram ter realizado algum tipo de tratamento para sífilis durante a gravidez. Em todos os 10 casos, a gravidez não foi planejada e apenas quatro (40%) das mães participantes referiu desejo pela gravidez logo após obter a notícia. Todos os bebês nasceram a termo, após em média 39 semanas de gestação ($M= 39,40$ $DP= 1,07$; $Md=40,00$). Seis (60%) nasceram de parto normal/vaginal e quatro (40%) de cesariana. Os bebês tinham em média 3kg ($M=3,18$; $DP=0,47$; $Md=3,18$) de peso e 48cm ($M=48,15$; $DP=1,41$; $Md=48,50$) de comprimento ao nascer. No grupo comparação, cinco (50%) bebês eram do sexo feminino e cinco (50%) eram do sexo masculino. Oito mães (80%) realizaram pré-natal, apresentando também, em média, cinco consultas ($M=5,60$; $DP=3,23$; $Md=7,00$). Quatro (40%) mães relataram ter realizado algum tipo de tratamento para sífilis durante a gravidez. Em oito casos (80%), a gravidez não foi planejada e, apenas quatro (40%) das mães participantes referiu desejo pela gravidez logo após obter a notícia. Todos os bebês nasceram a termo, após em média 39 semanas de gestação ($M= 39,60$ $DP= 1,17$; $Md=39,50$). Seis bebês (60%) nasceram de parto normal/vaginal e quatro (40%) de cesariana. Os bebês tinham em média 3kg ($M=3,21$; $DP=0,397$; $Md=3,34$) de peso e 47cm ($M=47,85$; $DP=2,58$; $Md=47,50$) de comprimento ao nascer.

Tabela 2

Dados da Gestação e Nascimento dos Bebês

	Intervenção (n=10)	Comparação (n=10)	U / χ^2	p
Realizou pré-natal				
<i>Sim</i>	10 (100%)	8 (80%)	2,22	0,24
<i>Não</i>	0	2 (20%)		
Quantidade de consulta pré-natal				
<i>M (DP)</i>	5,40 (1,64)	5,60 (3,23)	38,50	0,38
<i>Md</i>	5,50	7,00		
Tratamento da sífilis na gravidez				
<i>Sim</i>	8 (80%)	6 (60%)	0,22	0,51
<i>Não</i>	2 (20%)	4(40%)		
Planejamento da gravidez				
<i>Sim</i>		2 (20%)	2,22	0,24
<i>Não</i>	10(100%)	8 (80%)		
Desejo pela gravidez				
<i>Sim</i>	4 (40%)	4 (40%)	0,00	0,67
<i>Não</i>	6 (60%)	6 (60%)		
Tipo de parto				
<i>Normal/vaginal</i>	6 (60%)	6 (60%)	0,00	0,67
<i>Cesariana</i>	4 (40%)	4 (40%)		
Sexo do bebê				
<i>Feminino</i>	3 (30%)	5 (50%)	0,83	0,32
<i>Masculino</i>	7 (70%)	5 (50%)		
Tempo de gestação (semanas)				
<i>M (DP)</i>	39,40 (1,07)	39,60 (1,17)	45,00	0,74
<i>Md</i>	40,00	39,50		
Peso do bebê ao nascer (kg)				
<i>M (DP)</i>	3,18 (0,47)	3,21 (0,39)	49,00	0,97
<i>Md</i>	3,18	3,24		
Comprimento ao nascer (cm)				
<i>M (DP)</i>	48,15 (1,41)	47,85 (2,58)	45,50	0,74
<i>Md</i>	48,50	47,50		
Perímetro cefálico ao nascer				
<i>M (DP)</i>	34,0 (1,80)	34,05 (1,09)	43,50	0,63
<i>Md</i>	35,00	33,75		

A Tabela 3 apresenta a idade dos bebês, de cada grupo, no momento da avaliação pré-intervenção e pós-intervenção. Na avaliação pré-intervenção os bebês do grupo intervenção tinham em média dois dias de vida ($M=2,60$; $DP=1,07$; $Md=2,00$), e em média nove dias ($M=9,70$; $DP=1,06$; $Md=9,00$) no momento da avaliação pós-intervenção. Os bebês do grupo comparação também tinham em média dois dias de vida ($M=2,70$; $DP=2,05$; $Md=2,00$) no momento da avaliação pré-intervenção, e em média nove dias ($M=9,40$; $DP=1,89$; $Md=8,50$) no momento da avaliação pós-intervenção. O Teste Mann-whitney e *Qui-quadrado*, utilizados, respectivamente, para comparar as variáveis contínuas e

categóricas, entre os dois grupos, quanto as características sociodemográficas, os 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.

Tabela 3

Idade do Bebê no Pré-intervenção e Pós-intervenção

	Intervenção (n=10)	Comparação (n=10)	U	p
Idade do bebê no pré-intervenção (dias)				
M (DP)	2,60 (1,07)	2,70 (2,05)	43,50	0,63
Md	2,00	2,00		
Idade do bebê no pós-intervenção (dias)				
M (DP)	9,70 (1,06)	9,40 (1,89)	34,00	0,25
Md	9,00	8,50		

Procedimentos de coleta de dados

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e estabelecimento de parceria com a instituição hospitalar foi iniciada a execução do projeto. Inicialmente a mestrand, que foi a facilitadora da intervenção, fez uma imersão na instituição hospitalar durante um mês antes de iniciar a coleta dos dados. Essa imersão teve por finalidade a ambientação da facilitadora na instituição, bem como a realização do estudo piloto a fim de realizar as adaptações necessárias na proposta de intervenção.

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 e as mães que não aceitaram participar da intervenção eram convidadas para o grupo comparação. Apenas uma mãe não aceitou participar da intervenção, mas aceitou participar do estudo, e foi alocada no grupo comparação a partir desse critério. As demais mães participantes do grupo comparação foram convidadas a participar desse grupo, uma vez que o grupo intervenção já havia sido composto.

Após assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido pelas mães dos bebês (Apêndice A) do grupo intervenção foi realizada uma avaliação pré-intervenção. Inicialmente foram preenchidas a *Ficha de dados sociodemográficos* com informações fornecidas pela mãe e a *Ficha de informações clínicas do bebê* com base em informações contidas na Declaração de Nascidos Vivos de cada bebê. Além disso, foi realizada avaliação

da saúde mental materna por meio do *SRQ-20*. As mães das díades do grupo comparação também assinaram um Termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) e foram submetidas aos mesmos procedimentos do pré-intervenção descritos para o grupo intervenção.

Logo após a avaliação pré-intervenção, as díades do grupo intervenção participaram de seis sessões do Programa de Responsividade Materna/Recém-nascidos. As sessões tiveram em média 35 minutos de duração cada, foram realizadas durante seis dias consecutivos por conta do período previsto de internamento dos bebês, no turno vespertino, momento em que, geralmente, aconteciam menos visitas de profissionais e procedimentos médicos na enfermaria. As seis sessões referentes aos dois primeiros casos do grupo intervenção foram transcritas na íntegra e foram examinadas e discutidas em detalhe pela facilitadora em supervisão com a orientadora da dissertação. Durante a coleta de dados do grupo intervenção foram acompanhadas, no máximo, duas díades ao mesmo tempo.

Após finalização da intervenção foi realizada avaliação pós-intervenção. No pós-intervenção foi realizada avaliação da responsividade materna por meio da *Observação da Interação Mãe-Bebê*. A *Observação da Interação Mãe-Bebê* ocorreu apenas no pós-intervenção porque no pré-intervenção o procedimento se mostrou inviável pelo fato de que os bebês passavam a maior parte do dia dormindo. Ainda no pós-intervenção as mães participantes da intervenção responderam, em forma de entrevista, um questionário de satisfação com a intervenção (Apêndice K). O pós-intervenção ocorreu no próprio hospital, no dia seguinte ao término da intervenção. As díades participantes do grupo comparação receberam apenas os cuidados normalmente ofertados pelo hospital. Após a conclusão da coleta de dados foi oferecido um encontro, para a entrega de um panfleto (Apêndice J) e orientações sobre como estimular o desenvolvimento do bebê, para as mães do grupo comparação que desejaram.

Apesar da recomendação da literatura de que os processos de intervenção e de avaliação sejam independentes, a autora do projeto realizou tanto os procedimentos de coleta de dados do pré e do pós-intervenção quanto a intervenção. 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 enfermaria e causar estresse adicional às participantes que, durante a internação, precisam lidar com demandas e procedimentos de muitos profissionais.

Considerações éticas

O projeto deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, obtendo parecer favorável de número 2.719.560. O estudo levou em consideração as diretrizes da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2016). Inicialmente as mães foram informadas quanto às características do estudo e, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após ter concordado com sua participação e de seu bebê. O TCLE foi específico para cada grupo, intervenção (Apêndice A) ou comparação (Apêndice B). As mães que apresentaram demanda para atendimento mais prolongado ou avaliação psicológica foram encaminhadas para serem atendidas no serviço de Psicologia da UFBA por algum membro do grupo de pesquisa ou pela própria facilitadora, a partir de um projeto de extensão idealizado com essa finalidade.

Instrumentos

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

2. *Ficha de informações clínicas do bebê* (Apêndice D): 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, intercorrências durante a gravidez, tipo de parto, intercorrências durante o parto, valor do Apgar no primeiro e quinto minuto, peso e estatura ao nascer.

3. *Self-Report Questionnaire of Minor Psychiatric Disorders (SRQ-20)* (Apêndice G): 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, a partir de respostas ‘sim’ ou ‘não’. Foi investigado, 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, Stein, & Kapczinski, 2008). A soma dos itens com resposta

“sim” corresponde ao escore total na escala, que pode variar de zero a 20 pontos. Quanto maior o escore, maior a probabilidade de presença de algum transtorno mental comum e escores acima de oito indicam risco de transtorno mental.

4. *Observação da Interação Mãe-Bebê*: foi utilizada para a avaliação da responsividade da mãe aos comportamentos do bebê durante a interação no 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). A filmagem foi realizada em uma sala pequena (3m²), que ficava localizada no final de um dos corredores da maternidade, mobiliada com duas cadeiras. Foram utilizadas para a análises seis minutos consecutivos dos vídeos em que os bebês se mantiveram acordados. Esses seis minutos foram analisados em intervalos de 12 segundos, com base em categorias descritas na literatura (Bornstein, Tamis-LeMonda, Chun-Shin, & Haynes, 2008; 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) 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. Foram registrados todos os comportamentos das mães e dos bebês, entendendo-se que os comportamentos registrados são mutuamente excludentes (ou seja, cada comportamento só pode ser registrado como sendo pertencente a uma única categoria). A definição detalhada de cada categoria tanto relacionadas aos comportamentos maternos quanto infantis podem ser acessadas no Apêndice E. A análise da interação mãe-criança foi realizada por dois codificadores independentes, que receberam treinamento prévio. O protocolo de análise dos comportamentos maternos e infantis pode ser acessado no Apêndice H. A fidedignidade foi estabelecida com base em 10 vídeos (cinco díades participantes do grupo intervenção e cinco

participantes do grupo comparação) e atingiu 0,82 para as categorias de comportamentos maternos e 0,79 para as categorias de comportamentos infantis (coeficiente *Kappa de Cohen*) (Apêndice F). Esses valores são considerados excelentes (Robson, 1993).

5. *Questionário de satisfação com o programa de intervenção* (Apêndice K): trata-se de um questionário confeccionado pela autora, envolvendo sete questões, com o objetivo de obter *feedback* das participantes acerca do programa de intervenção. Esse questionário foi respondido pelas mães do grupo intervenção no momento do pós-intervenção, em forma de entrevista devido à baixa escolaridade apresentada por algumas mães. Para responder a este questionário as mães receberam, inicialmente, a seguinte instrução: “agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre os seis encontros que tivemos aqui no hospital. Quero que você me responda com toda sinceridade, porque ainda estamos em uma fase de avaliação e melhoramento desses encontros. Sua opinião é muito importante para nós”. As perguntas ofereciam a possibilidade de respostas abertas e fechadas (múltipla escolha). Para fins de análise, foram consideradas as respostas aos seguintes itens fechados: (a) satisfação geral das participantes quanto aos encontros (ruim, médio, bom ou muito bom), (b) clareza da facilitadora ao dar as orientações (confusa, mais ou menos clara, clara ou muito clara), (c) utilidade das informações (pouco úteis, mais ou menos úteis, úteis ou muito úteis), e (d) utilidade do exercício de atenção plena (pouco útil, mais ou menos útil, útil ou muito útil).

As respostas as perguntas 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 seus pensamentos e emoções após os nossos encontros?” foram submetidas a análise de conteúdo qualitativa (Laville & Dionne, 1999). A partir da leitura das respostas das mães às questões foram estruturadas 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.

A categoria “percepção de mudança na forma de agir e brincar com o bebê” envolve relatos maternos quanto a percepção de ganhos, a partir da intervenção, em relação a sua forma de interagir com o bebê. Este conteúdo foi constatado a partir da seguinte questão do questionário: você notou alguma mudança na sua forma de brincar ou conversar com o (nome do bebê) após os nossos encontros? Exemplos de relatos classificados nessa categoria: (...) *antes eu não fazia nada com ele, agora eu converso, canto pra ele, e ele está gostando,*

fica mais calmo (M10); (...) você me ensinou a melhor forma de lidar com ele, de eu brincar. Eu aprendi a brincar com uma criança, ainda mais quando é recém-nascido, né que é mais difícil (M3).

A categoria “percepção de mudança na forma de entender o bebê” contempla relatos maternos acerca da melhoria na sua forma de entender os comportamentos do bebê, a partir de sua participação na intervenção. Envolve, por exemplo, relatos relacionados ao entendimento das preferências do bebê e de sua capacidade interativa. Este tema foi investigado a partir da seguinte questão: você notou alguma mudança na sua forma de brincar ou conversar com o (nome do bebê) após os nossos encontros? Exemplos de relatos classificados nessa categoria: *(...) agora entendo melhor ela (M6); (...) depois das nossas conversas eu passei a prestar mais atenção nele, no que ele quer, no que ele gosta (M1).*

A categoria “percepção de mudanças na forma de lidar com os pensamentos e emoções” envolve relatos maternos relacionados a percepção de ganhos em relação a maneira de lidar com pensamentos desagradáveis e emoções. Este conteúdo foi investigado a partir da seguinte questão: você percebeu alguma mudança na sua forma de lidar com teus pensamentos e emoções após os nossos encontros? Exemplos de relatos classificados nessa categoria: *(...) eu sou muito estressada. E tenho ficado mais calma (M6); (...) eu percebo uma mudança boa na minha vida. Se não tivesse participado eu não ia ter essa tranquilidade, eu ia ficar nervosa. Mas, graças à deus, tudo isso foi me tranquilizando (M2).*

Intervenção sobre a responsividade de mães de bebês hospitalizados

Foi realizada uma adaptação do Programa de Responsividade Materna (Alvarenga et al, 2012), para o contexto hospitalar. O Programa de Responsividade Materna tem como objetivo aumentar os níveis de sensibilidade materna e, conseqüentemente, melhorar o desenvolvimento das crianças. É destinado a mães de bebês nascidos a termo e saudáveis, com idade entre três e oito meses, faz uso do método de vídeo *feedback*, e foi desenvolvido para ser executado no domicílio.

O programa envolve oito visitas domiciliares de uma hora de duração, entre o terceiro e o décimo mês de vida do bebê. Cada visita tem a seguinte estrutura: 1) *Filmagem da interação mãe-bebê*: cinco minutos de filmagem da interação mãe-bebê com brinquedos fornecidos pelo facilitador; 2) *Análise da interação mãe-bebê*: o facilitador se retira por cerca de 15 minutos, durante os quais examina a interação filmada com o uso do CITMI-R (Alvarenga & Cerezo, 2013) e de categorias adicionais sobre a dimensão cognitiva da

responsividade. 3) *Orientações*: 20 minutos de vídeo *feedback* em que o facilitador exhibe cenas do vídeo e discute com a mãe os comportamentos observados, com base nas análises realizadas na etapa anterior. 4) *Modelação*: cinco minutos durante os quais o facilitador interage com a criança mostrando para a mãe estratégias responsivas de aproximação e interação com o bebê. A mãe é estimulada a participar também da interação, tentando praticar as habilidades aprendidas durante o encontro; 5) *Fechamento*: 10 minutos de fechamento da sessão com destaque para os progressos alcançados e encorajamento para que a mãe siga exercitando as habilidades aprendidas. Cada visita do Programa de Responsividade Materna contempla um tema específico: o potencial interativo do bebê, a contingência social, a intrusividade, a alternância de turnos durante a interação, a atenção compartilhada, socialização das emoções, a fala contingente e a utilização de um vocabulário rico durante a interação e a ampliação do mundo do bebê.

O modelo de intervenção adaptado para o contexto hospitalar tem seis sessões e foi denominado Programa de Responsividade Materna/Recém-nascidos. 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 (Terapia de Aceitação e Compromisso) nas sessões iniciais (1ª e 2ª sessão) e de forma transversal ao longo das sessões de intervenção sobre a responsividade. Além disso, o número de sessões destinadas à intervenção sobre a responsividade materna foi reduzido. Essas adaptações foram planejadas antes da imersão da facilitadora na instituição hospitalar. Entretanto, a partir das observações durante a realização do estudo piloto que possibilitaram o teste das adaptações introduzidas, as sessões passaram ainda por outras mudanças importantes.

As seis sessões do Programa de Responsividade Materna/Recém-nascidos tiveram duração média de 35 minutos cada, ocorreram durante seis dias consecutivos e foram realizadas individualmente com cada díade. As sessões foram realizadas em dois locais diferentes, a depender da disponibilidade: (a) em um espaço reservado no final de um corredor da maternidade, separado do resto do corredor por uma divisória de MDF e mobiliado com duas cadeiras; (b) no próprio leito da enfermaria;

A **primeira sessão** foi elaborada levando em consideração o conceito de esquiva experiencial abordado pela ACT. A esquiva experiencial está relacionada à dificuldade de lidar com eventos privados aversivos (sentimentos e pensamentos) que levam a pessoa a

tentar reduzir sua forma, frequência ou intensidade (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2003), a fim de suprimir o mal-estar e sentir-se bem. No entanto, a esquiva experiencial recorrente, consiste em um tipo de regulação verbal ineficaz com impactos significativos em diversos âmbitos da vida da pessoa (Luciano et al., 2006). 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 preocupações frente à experiência de ter um filho doente e hospitalizado. A expressão emocional da mãe foi validada e acolhida de forma empática. 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 são inerentes a esse contexto e que, portanto, fazia sentido que ela estivesse se sentindo angustiada, ansiosa ou desconfortável durante a hospitalização do seu bebê.

Na ACT aceitar significa abrir espaço para sentimentos, sensações, impulsos e emoções dolorosas. Ao invés de lutar contra eles a pessoa dá espaço para que estejam presentes e sejam como eles são, embora isso não signifique gostar ou querer a presença deles (Harris, 2009). 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). Trabalhar a esquiva experiencial nessa primeira sessão foi o primeiro passo para que a mãe pudesse dar abertura para se engajar em ações que mudassem as contingências e passassem a produzir reforçadores. Por exemplo, as mães foram incentivadas a emitir respostas mais frequentes e eficazes em relação ao bebê, e utilizarem o tempo da internação para conhecê-lo e interagir com ele, assim como foram orientadas a buscar esclarecimento junto à equipe médica sobre aspectos da internação que causassem ansiedade e outros sentimentos desagradáveis. Trechos de intervenções com base no conceito de esquiva experiencial da ACT, realizadas com uma mãe participante da intervenção, podem ser acessados no Apêndice L. Além desses aspectos, essa sessão foi também destinada a explicar a mãe o funcionamento do programa e seus objetivos.

A **segunda sessão** teve como foco ensinar à mãe técnicas de atenção plena (*mindfulness*). A técnica de atenção plena utilizada consistiu em um exercício de respiração e relaxamento que tem como principal objetivo 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. Portanto, a sua prática tende a facilitar a disponibilidade atencional e emocional da mãe para

que ela possa se beneficiar das orientações recebidas e ter uma experiência mais agradável e plena durante a interação com o bebê. O barulho presente no ambiente hospitalar, identificado durante o piloto, se apresentou como um dificultador para a realização dessa sessão, pois as participantes apresentavam dificuldades para focar a atenção no exercício de “prestar atenção na respiração” guiado pela facilitadora. Como alternativa, a facilitadora gravou o exercício em áudio e as mães passaram a ouvir as orientações para a prática do exercício com fones de ouvido. Faz-se relevante ressaltar o fato de que, antes de estruturar essa sessão, a facilitadora participou de um programa de “treinamento em *mindfulness*” com encontros semanais durante dois meses.

A terceira, quarta e quinta sessões de intervenção tiveram como foco a responsividade materna e foram trabalhados três temas da intervenção original de Alvarenga et al. (2012), 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., 2012), 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 pela observação direta da facilitadora e registro em uma *ficha de registro dos comportamentos da díade* confeccionada especificamente para essa finalidade (Apêndice I), com base nos códigos de registro do método do CITMI-R utilizado para análise da filmagem na intervenção original. Essa conduta foi tomada porque a filmagem não foi autorizada pelo hospital.

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 díade; 4) *Análise da interação mãe-bebê*: o facilitador examina o registro da interação observada, tomando como base os códigos de registro do método do CITMI-R (Alvarenga & Cerezo, 2013) e de categorias adicionais sobre a dimensão cognitiva da responsividade. 5) *Orientações*: 20 minutos de *feedback* em

que o facilitador discute 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 interage com o bebê mostrando para a mãe estratégias responsivas de aproximação e interação. A mãe é 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 siga exercitando as habilidades aprendidas.

O tema *potencial interativo do bebê* foi abordado na **terceira sessão**. Esse tema tem como foco as habilidades que o bebê já demonstra para interagir com as pessoas e com os objetos e eventos do ambiente que o rodeia. Essa sessão 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. Nessa sessão, foram também incluídas discussões sobre os estados de consciência do bebê (sono, sonolência e alerta) e a sua importância para o desenvolvimento. Essa demanda surgiu a partir da identificação de inquietação por parte de algumas mães em ter seu bebê acordado para interagir, acarretando, por vezes, em condutas intrusivas para despertá-los. A **quarta sessão** abordou aspectos da *contingência social* e tinha a finalidade de mostrar à mãe a importância de que ela reaja aos sinais do bebê com respostas compatíveis com os sinais que ele dá, fortalecendo, assim, suas tentativas de comunicação e interação. Outra adaptação realizada tanto na terceira quanto na quarta sessão foi a utilização de vídeos ilustrativos como recurso alternativo para discussão das temáticas, sempre que o bebê estava dormindo durante a sessão.

A **quinta sessão** trabalhou a temática *intrusividade*, portanto, focou na percepção e respeito ao ritmo e ao espaço do bebê, e na capacidade de identificar e evitar condutas invasivas ou restritivas durante a interação. A intrusividade é considerada uma característica interativa que deve ser evitada (Alvarenga et al., 2012). Na quarta e quinta sessão foi utilizado um brinquedo, específico para cada díade mãe-bebê, a fim de evitar compartilhamento dos objetos no contexto hospitalar. O brinquedo utilizado foi uma argola com objetos coloridos pendentes, visando tornar-se atrativo para o bebê, porém sem a presença de som para não potencializar os estímulos auditivos que já são excessivos no contexto hospitalar. Nessa sessão, quando o bebê estava dormindo foi utilizada uma boneca como recurso alternativo. A facilitadora pedia para a mãe simular com a boneca como, possivelmente, ela mostraria o brinquedo para o bebê. Em seguida, discutiam sobre

estratégias não intrusivas e, no final da sessão a facilitadora simulava a demonstração do brincar para a boneca, dando a mãe modelos de interações não intrusivas.

A **sexta sessão** teve como principal objetivo revisar os temas trabalhados nas sessões anteriores, tanto relacionados à ACT quanto à responsividade, bem como incentivar a mãe a continuar praticando. Nesta sessão a mãe foi encorajada a assumir uma postura ainda mais ativa, guiando a discussão com base nos aspectos previamente trabalhados. Após as observações durante o piloto, foi acrescentado a esta sessão o procedimento de modelação visando favorecer maior consolidação dos temas trabalhados nas sessões destinadas à responsividade. Maiores detalhes acerca de cada sessão da intervenção podem ser consultados no manual completo da intervenção (Apêndice M).

Intervenção para o grupo comparação

Após a realização dos procedimentos de pós-intervenção, foi entregue às mães do grupo comparação um panfleto com informações sobre a importância dos cuidados sensíveis para o desenvolvimento do bebê (Apêndice J). A facilitadora leu as informações contidas no panfleto para a mãe e se disponibilizou a esclarecer dúvidas sobre o conteúdo. Para as mães que não tiveram a oportunidade de escolher participar da intervenção porque foram selecionadas após a composição do grupo intervenção estar completa, foi oferecida, para as que desejara, uma sessão de orientação, sobre como estimular o desenvolvimento do bebê após a conclusão do pós-intervenção. Nessa sessão, a facilitadora forneceu dicas de como agir de forma sensível com o bebê, como por exemplo, confortar o bebê quando ele chora ou mostra algum sinal de estresse, olhar para o rosto do bebê e deixar que ele olhe de volta, prestar atenção nas coisas que interessam o bebê e deixar que ele as explore, dizer o nome das coisas em que o bebê esteja prestando atenção, evitar interromper o bebê quando ele está tentando pegar ou olhar interessado para alguma coisa, entre outras. Nesse momento as mães foram também incentivadas a fazer questionamentos e dirimir dúvidas a respeito do desenvolvimento infantil, bem como falar sobre suas dificuldades no contexto da maternidade.

Procedimentos de análises dos dados

Procedimentos de estatística descritiva foi utilizado nas análises preliminares. Os efeitos da intervenção sobre a responsividade foram avaliados comparando dados da observação da interação entre a díade no pós-intervenção, por meio de testes não

paramétricos, considerando o fato de que o número reduzido da amostra não permitiu uma distribuição normal dos dados. Os pesquisadores estão cientes das limitações de utilizar testes de estatística inferencial em amostras por conveniência e, portanto, essas limitações são discutidas no estudo. Para comparar o grupo controle ao grupo intervenção no pós-intervenção foi utilizado o Teste *Mann-Whitney*. Foi adotado como nível de significância um valor de $p < 0,05$. As perguntas abertas do questionário de satisfação com a intervenção foram analisadas por meio da análise de conteúdo qualitativa.

Resultados

Os resultados desse estudo serão apresentados em três seções. A primeira seção apresentará os resultados relacionados à saúde mental das mães dos grupos intervenção e comparação no momento pré-intervenção. Na segunda seção serão apresentados os resultados dos comportamentos maternos e infantis dos grupos intervenção e comparação na avaliação pós-intervenção. Por fim, a terceira seção apresentará os resultados relativos à satisfação das participantes com a intervenção.

Saúde mental das mães dos grupos intervenção e comparação

A saúde mental das mães, no pré-intervenção, foi avaliada por meio de uma escala que investiga sintomas de transtornos mentais comuns (SRQ-20). As análises de estatística descritiva indicaram que os escores 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 o fato de que os grupos, intervenção e comparação, não diferiram estatisticamente. Maiores detalhes podem ser consultados na Tabela 4.

Tabela 4

Média, Desvio padrão, Valor de U e Valor de p (Mann-Whitney) das Características de Transtornos Mentais Comuns dos Grupos Intervenção e Comparação no Pré-intervenção

Transtornos mentais comuns	Intervenção (n=10)			Comparação (n=10)			U	p
	M(DP)	Md	Mín-Máx	M(DP)	Md	Mín-Máx		
Pré-intervenção	6,90 (3,57)	6,50	2-12	5,10 (2,76)	5,0	1-11	35,00	0,14

Comportamentos maternos e infantis dos grupos intervenção e comparação

Os comportamentos infantis, investigados a partir da observação da interação mãe-bebê no pós-intervenção, foram analisados quanto às seguintes categorias: emite sons/vocaliza, emite respostas reflexas, fica inquieto/chora, suga/mama/chupa bico, e olha atentamente. Foram realizadas análises de estatística descritiva da ocorrência de cada uma

dessas categorias de comportamentos. A Tabela 5 apresenta médias, desvios-padrão e valores de U e p para o Teste Mann-Whitney das frequências dos comportamentos infantis de ambos os grupos no pós-intervenção. De acordo com os resultados do Teste Mann-Whitney, 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. A partir dos resultados apresentados na Tabela 5 é possível constatar o fato de que, tanto para o grupo intervenção quanto para o grupo comparação, a categoria mais frequente foi olha atentamente, com média de ocorrência igual a 12,30 ($DP=8,18$; $Md=1,0$) para o grupo intervenção, e igual a 10,40 ($DP=8,21$; $Md=1,0$) para o grupo comparação ($U= 43,30$; $p=0,31$). A segunda categoria mais frequente foi emite respostas reflexas, com média de ocorrência no valor de 7,80 ($DP=6,92$; $Md=7,0$) para o grupo intervenção, e no valor de 6,60 ($DP=6,13$; $Md=5,0$) para o grupo comparação ($U=47,50$; $p=0,43$), seguida pela categoria suga/mama/chupa bico, com média igual a 6,60 ($DP= 10,61$; $Md=1,50$) para o grupo intervenção e 6,0 ($DP=9,28$; $Md=0$) para o grupo comparação ($U= 43,50$; $p=0,31$). A quarta categoria mais frequente foi fica inquieto/chora com média de 5,80 ($DP=6,59$; $Md=3,50$) para o grupo intervenção e de 4,40 ($DP=6,80$; $Md=1,50$) para o grupo comparação ($U= 35,0$; $p=0,14$), seguida pela categoria emite sons/vocaliza, com média de 1,20 ($DP=1,23$; $Md=1,0$) para o grupo intervenção e de 1,30 ($DP=1,41$; $Md=1,0$) para o grupo comparação ($U= 49,50$; $p=0,48$).

Tabela 5

Média, Desvio padrão, Valor de U e Valor de p (Mann-Whitney) das Frequências dos Comportamentos infantis dos Grupos Intervenção e Comparação no 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

Os comportamentos maternos durante a interação mãe-bebê foram analisados a partir de oito categorias: interpreta/fala pelo bebê, fala para o bebê, sorri para o bebê, acaricia/embala/aconchega, arruma/limpa o bebê, amamenta o bebê, estimula fisicamente (com/sem objetos) e age de forma intrusiva. A Tabela 6 apresenta médias, desvios-padrão e valores de U e p para o Teste Mann-Whitney das frequências dos comportamentos maternos de ambos os grupos no pós-intervenção. No grupo intervenção a categoria mais frequente foi fala para o bebê, com média igual a 37,50 ($DP=11,12$; $Md=41,00$), seguida da categoria acaricia/embala/aconchega, com média de 16,70 ($DP=8,85$; $Md=19,50$). A categoria menos frequente, para o grupo intervenção foi age de forma intrusiva, com média igual a 5,40 ($DP=4,47$; $Md=4,50$). No grupo comparação a categoria mais frequente foi acaricia/embala/aconchega, com média igual a 29,80 ($DP=12,02$; $Md=29,00$), seguida da categoria fala para o bebê, com média de 28 ($DP=17,28$; $Md=25,00$). A categoria menos frequente, para o grupo comparação, foi interpreta/fala pelo bebê, com média igual a 2,70 ($DP= 2,75$; $Md=2,00$). Os resultados do Teste Mann-Whitney mostraram 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 ($M=2,70$; $DP=2,75$; $Md= 2,00$). 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 ($M= 16,70$; $DP= 8,85$; $Md=19,50$). A Tabela 8 apresenta os resultados completos da análise dos comportamentos maternos na avaliação pós-intervenção.

Tabela 6

Média, Desvio padrão, Valor de U e Valor de p (Mann-Whitney) das Frequências dos Comportamentos Maternos dos Grupos Intervenção e Comparação no 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
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

Satisfação das participantes com o Programa de Responsividade Materna/Recém-nascidos

De acordo com os resultados obtidos a partir dos itens fechados do “Questionário de satisfação com a intervenção” respondido pelas 10 mães participantes do grupo intervenção, nove mães afirmaram ter sido muito bom participar da intervenção e uma mãe afirmou ter sido bom. Oito mães consideraram a facilitadora como muito clara ao dar as orientações e duas a consideraram clara. Sete mães consideraram as informações recebidas como muito úteis e três mães consideraram como úteis. Nove mães consideraram o exercício de respiração como muito útil, e uma mãe considerou como mais ou menos útil.

A análise de conteúdo qualitativa das respostas às perguntas “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 seus pensamentos e emoções após os nossos encontros?” mostrou percepção de ganhos importantes por parte das mães a partir de sua participação no programa de intervenção. Essas percepções foram analisadas em três categorias temáticas: (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. A Tabela 7

apresenta todos os relatos das participantes que foram classificados em cada uma das três categorias temáticas.

Em relação a categoria “percepção de mudança na forma de agir e brincar com o bebê” foi possível constatar diferentes ganhos percebidos. Contudo, três mães não relataram qualquer mudança na forma de agir e brincar com o bebê após a intervenção. As mães que perceberam mudanças, referiram que passaram a conversar mais com o bebê, respeitar o seu espaço e ritmo, a partir do aprendizado do momento ideal para convocá-lo para a interação. Os trechos dos relatos abaixo 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. Já sei que não devo ficar brincando colocando nada no rostinho dele(...), assim, colocar um pouco mais longe. E tem a hora certa para brincar, que é quando ele está alerta (M8).

Em relação à categoria “percepção de mudança na forma de entender o bebê” também foram constatados ganhos importantes. Contudo, quatro mães não relataram qualquer mudança na forma de entender o bebê após a intervenção. As mães que perceberam mudanças, relataram ganhos relacionados, especialmente, ao entendimento das capacidades que o bebê já apresentava, tais como capacidades envolvendo os sentidos, como a visão e a audição, e capacidade de interação e de comunicar seus desejos. Esses aspectos podem ser constatados nos trechos dos relatos abaixo:

(...) 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 é capaz de sentir e fazer. Descobri que ele já enxerga deste tamanho, que pode ter contato com as coisas. E também ele pode ouvir minha voz e já conhecer a minha voz. E eu comecei a perceber ele fazendo uns movimentos quando eu conversava com ele. Aprendi um bocado de coisa. Entendi mais o que ele quer devido as nossas conversas (M7)

Quanto aos resultados relacionados à categoria “percepção de mudanças na forma de lidar com os próprios pensamentos e emoções” foi possível identificar o fato de que algumas mães tiveram maior percepção de mudança em relação as emoções, enquanto outras, em relação aos pensamentos. Apenas uma mãe não relatou qualquer mudança na forma de lidar com os próprios pensamentos e emoções após a intervenção. As mães que perceberam

mudanças nesses aspectos, 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).

Tabela 7

Relatos quanto à Satisfação das Participantes com o Programa de Responsividade Materna/Recém-nascidos

Categorias	Trechos das falas das mães
Percepção de mudanças na forma de agir e brincar com o bebê	<p><i>Você me ensinou a melhor forma de lidar com ele, de eu brincar. Eu aprendi a brincar com uma criança, ainda mais quando é recém-nascido, né que é mais difícil (P3).</i></p> <p><i>(...) o que você passou para mim eu ia passando para ela. Já mudou algumas coisas. (...) deixar ela interagir, as coisas que eu mostro colocar não muito longe, deixar para ver se ela pega ou não pega (...) no tempo dela, entendeu? (P4).</i></p> <p><i>(...) mudou em relação a distância de conversar. Não chegar muito perto, nem muito longe (P5).</i></p> <p><i>(...) antes para mim ele era um nada assim... eu só dava banho e botava para dormir. Não conversava e agora eu converso com ele (P7).</i></p> <p><i>(...) 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. Já sei que não devo ficar brincando colocando nada no rostinho dele, assim, colocar um pouco mais longe. E tem a hora certa para brincar, que é quando ele está alerta (P8).</i></p> <p><i>Eu não conseguia dar a atenção que ele merecia. Sempre que eu pegava ele, eu estava chorando ou com a cara muito séria. Então, depois dos encontros com você eu passei a pegar ele mais conversando, brincando (P9).</i></p> <p><i>Aprendi muita coisa (...) antes eu não fazia nada com ele, agora eu converso, canto pra ele, e ele está gostando, fica mais calmo (P10).</i></p>
Percepção de mudança na forma de entender o bebê	<p><i>(...) depois das nossas conversas eu passei a prestar mais atenção nele. Nos momentos, no que ele quer, no que ele gosta. Eu acho que foi uma ajuda (M1).</i></p> <p><i>(...), quando eu chegar em casa eu vou ter outra cabeça..., de observar, de brincar com ela (M2).</i></p> <p><i>(...) eu aprendi que na forma de agir ela já demonstra o que não gosta (M3).</i></p> <p><i>(...) agora entendo melhor ela (M6).</i></p> <p><i>(...) eu descobri coisas que não sabia. Coisas que um bebê é capaz de sentir e fazer. Descobri que ele já enxerga deste tamanho, que pode ter contato com as coisas. E também ele pode ouvir minha voz e já conhecer a minha voz. E eu comecei a</i></p>

Percepção de mudanças na forma de lidar com os pensamentos e emoções

*perceber ele fazendo uns movimentos quando eu conversava com ele. Aprendi um bocado de coisa. Entendi mais o que ele quer devido as nossas conversas (M7).
 (...) ele fica mais me olhando quando eu converso, ele se concentra mais em mim.
 (...)Aprendi a me dar melhor com ele (M10).*

No começo eu estava tensa, mas depois eu comecei a relaxar. Eu me sinto mais aliviada, não totalmente aliviada, mas me sinto bem melhor (M1).

(...) eu sou uma pessoa muito nervosa, não tenho muita paciência, aí quando eu via choro do bebê eu ficava logo nervosa, mas graças à deus, quando a gente começou a fazer essa coisa (intervenção), tudo na minha vida mudou. (...) Se não tivesse participado eu não ia ter essa tranquilidade, eu ia ficar nervosa. Mas, graças à deus, tudo isso foi me tranquilizando (M2).

(..) aqui eu pude relaxar, eu pude ter um pouco de calma. E essas conversas todas que a gente teve trouxe leveza, tranquilidade (M3).

(...) antes eu não parava, eu não pensava, eu não relaxava. E agora depois desses encontros eu procuro sempre manter a calma, respirar fundo, e tentar me acalmar. Eu que estava deprimida, só chorava, querendo ir embora, já nem choro mais (M4).

Eu sou muito estressada. E tenho ficado mais calma (M6).

Percebi mudança na hora de focar... na respiração... (...) todo dia você trazia coisas boas para minha mente, me ajudou a ficar mais tranquila aqui dentro (M7). Muita coisa passou na minha cabeça de fazer (ex: tentar suicídio), depois que a gente começou a conversar mudou muita coisa. Eu tou me sentindo mudada na forma de pensar (...) quando vem alguma coisa ruim na minha cabeça eu sempre foco agora na minha respiração. Isso tem me ajudado muito. Me sinto bem mais forte (M8).

(...) 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).

(...) agora quando estou nervosa aqui dentro, pensando em alguma coisa ruim, eu respiro bem fundo. Me ajuda muito (M10)

Discussão

O presente estudo teve como objetivo adaptar uma intervenção breve sobre a responsividade materna para a implementação, com mães de bebês recém-nascidos hospitalizados para tratamento de sífilis congênita, provenientes de contexto de vulnerabilidade social, bem como fazer uma avaliação preliminar de seus efeitos sobre os comportamentos maternos responsivos.

Os resultados da avaliação dos comportamentos maternos após a intervenção indicaram que as mães do grupo intervenção estiveram mais atentas aos sinais comportamentais dos bebês e aos seus estados internos, pois 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, Belsky, & von Eye, 1989), evidenciando, assim, efeitos do programa sobre um componente importante da responsividade. Por se tratar de uma intervenção envolvendo mães de bebês 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 (Ravn 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, 2010). Nesse sentido, a interpretação acurada dos seus sinais é uma condição importante para atender de forma contingente e apropriada as suas necessidades (Isabella, Belsky, & von Eye, 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. 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 torna o repertório comportamental da criança mais competente e coordenado, aumentando sua sensação de bem-estar e confiança no mundo. 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. Os bebês, desde cedo, são extremamente sensíveis à contingência social, sendo capazes de reconhecer o efeito externo de seu comportamento a partir das ações dos adultos como, por exemplo, a imitação de comportamentos que os bebês produzem (Gergely & Watson, 1996). Além de fomentar o autoconhecimento, a contingência nas relações sociais promove também a autoeficácia (Bigelow, 2001). Nesse contexto, é importante lembrar o fato de que, as crianças não percebem todas as pessoas como contingentemente responsivas a elas, mas tendem a estar mais atentas a pessoas específicas que no passado foram contingentes em interações com elas (Bigelow, 2001). Ademais, treinar a mãe para desenvolver relações contingentes com o bebê pode ajudá-la a perceber o bebê como um ser mental, intencional, capaz de demonstrar agrados e desagradados. Isso, por sua vez, pode tornar a sua interação com o bebê mais prazerosa e permeada de sentidos e significados (Bigelow, 2001).

Mesmo em se tratando de recém-nascidos, o comportamento da mãe de falar e dar significados aos sinais do bebê é um aspecto muito importante. A linguagem é considerada um instrumento de mediação simbólica extremamente importante nas trocas interpessoais e na internalização dos processos constituídos por essas trocas (Pessoa, Seidl-de-Moura, & Oliveira, 2008). Ademais, o exercício de observar e interpretar os sinais do bebê, pode diminuir a sensação de estranhamento que o bebê recém-chegado pode causar na mãe. E a ênfase no fato de que os sinais do bebê são formas primitivas, mas efetivas de comunicação, transmite para a mãe a ideia de que observar e passar tempo com seu bebê são maneiras de conhecê-lo e compreendê-lo cada vez melhor. Além disso, os recém-nascidos apresentam forte interesse tanto pelo rosto quanto pela voz humana e, portanto, tendem a direcionar a atenção facilmente para a mãe que fala com ele, aproxima-se dele ou busca a interação de alguma forma (Pessoa, Seidl-de-Moura, & Oliveira, 2008). A importância do comportamento responsivo de interpretar sinais do bebê e a resposta positiva das mães do grupo intervenção às estratégias favorecedoras desse comportamento confirmam a relevância de se investir nesses aspectos em programas de intervenção direcionados a mães de recém-nascidos.

A categoria acaricia/emبالa/aconchega também apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, indicando maiores frequências 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. De qualquer modo, é importante atentar para o fato de que, talvez, a menor frequência de comportamentos emitidos pelas mães do grupo intervenção nessa categoria, quando comparadas às frequências emitidas pelas mães do grupo comparação, pode estar 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 emبالo. 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. Isso pode ter levado a uma redução da frequência tanto de carícias ao falar com o bebê quanto de comportamentos intrusivos.

Não houve diferenças significativas entre os grupos intervenção e comparação quanto às demais categorias de comportamentos maternos analisadas. Algumas limitações desse programa estão associadas ao fato de não terem sido incorporados 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. Além disso, o sistema de codificação dos comportamentos maternos, para análise dos efeitos da intervenção, poderia ter dado mais ênfase em aspectos relacionados ao como a mãe segura, emبالa ou toca o bebê e, não apenas as frequências de ocorrência desses comportamentos. De qualquer modo, apesar de se tratar de uma intervenção breve com seis sessões, das quais, apenas três tiveram como foco a responsividade, o programa favoreceu um tipo muito importante de comportamento responsivo materno.

Os ganhos percebidos pelas mães do grupo intervenção, constatados a partir da análise qualitativa dos seus relatos quanto à satisfação com o programa de intervenção,

sugerem impacto positivo no comportamento, nos pensamentos e nas emoções das mães. Os relatos maternos destacaram especialmente, ganhos na comunicação com o recém-nascido, na medida em que as participantes do grupo intervenção relataram aumento na frequência de conversas com o bebê e descreveram melhoras na compreensão das capacidades que o bebê já apresentava, especialmente, 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. Esse aspecto foi trabalhado, particularmente, na sessão referente à intrusividade.

No que se refere aos pensamentos e emoções, algumas mães tiveram maior percepção de mudança em relação aos pensamentos, enquanto outras, em relação às emoções. Essas percepções estavam mais relacionadas à forma como notaram seus pensamentos e emoções após a intervenção do que, especificamente, à percepção de mudanças na maneira de lidar com os mesmos. Ou seja, tiveram pouco destaque nos relatos das mães o engajamento em ações que ajudassem a lidar com os pensamentos e emoções. Por outro lado, apesar de terem sido constatados poucos relatos referentes ao engajamento em ações favorecedoras de mudança, algumas mães mencionaram o foco na respiração como uma estratégia para lidar com sentimentos e pensamentos aversivos. Isso aponta para o aprendizado de conteúdos tratados nas sessões de ACT, especialmente na sessão intitulada “atenção plena”. Os relatos das participantes sobre a percepção de pensamentos e emoções 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. Além disso, 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, Ball e Barlow, 2017).

A intervenção adaptada e testada nesse estudo apresentou efeito positivo sobre uma importante dimensão da responsividade materna: interpretar o comportamento do recém-nascido. Em alguns aspectos, esses resultados se assemelham aos apresentados por alguns estudos internacionais envolvendo intervenção sobre a responsividade materna no contexto hospitalar. Alguns dos programas internacionais revisados apresentam foco apenas na responsividade (Kennedy et al., 2011; Rauh et al., 1990), enquanto outros, adicionalmente, fornecem às mães conhecimentos e habilidades que favoreçam o reconhecimento e gerenciamento de seus próprios sentimentos (Feeley et al., 2011; Kennedy et al., 2017; Kaarsen et al., 2006). Alguns programas que intervêm apenas sobre a responsividade apresentaram efeitos importantes no aumento dos comportamentos sensíveis (Hoffenkamp et al., 2014; Rauh et al., 1990), porém, nem sempre encontraram diferenças esperadas em certas dimensões, como a intrusividade, por exemplo (Hoffenkamp et al., 2014). Os programas que combinam intervenção sobre a responsividade e manejo dos aspectos emocionais apontam para algumas divergências em seus resultados. Alguns apresentaram efeitos positivos tanto sobre o aumento da responsividade quanto sobre os aspectos emocionais, especialmente, quanto à redução da ansiedade (Feeley et al., 2008; Kennedy et al., 2017; Newnhama et al., 2009). Um desses programas apresentou efeitos apenas sobre os comportamentos responsivos (Raven et al., 2011) e outros, por sua vez, não tiveram quaisquer efeitos sobre a responsividade ou sobre as emoções das participantes (Barlow et al., 2016; Zelkowitz, et al., 2011).

Alguns programas internacionais também constaram 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 (Newnhama, Milgroma, & Skouteris, 2009; Raven 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.

O fato de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas é um dado relevante, pois isso demonstra equivalência entre os grupos intervenção e comparação quanto a essas variáveis, condição necessária, por se tratar de um estudo que visou investigar efeitos de uma intervenção (Breakwell et al., 2010). Apesar das características sociodemográficas não terem sido o foco das análises dos dados, uma vez que não fizeram parte dos objetivos do estudo, alguns aspectos requerem destaque.

Compatível com os achados de estudos epidemiológicos no contexto da sífilis congênita no Brasil (Araújo et al., 2012), o perfil sociodemográfico das díades participantes desse estudo, marcado pela baixa renda, baixa escolaridade, e a presença, predominantemente, de mães negras sugere a existência de relação entre vulnerabilidade social e maior probabilidade de adoecimento e hospitalização na infância, uma vez que essas características sociodemográficas estão associadas à falta de acesso a condições favorecedoras de melhor qualidade de vida e saúde (Barata, 2009).

Além disso, a informação de que a maioria das mães realizaram consultas pré-natal e fizeram algum tipo de tratamento para a sífilis durante a gravidez é um dado importante. A assistência pré-natal tem como principal objetivo diminuir a taxa de morbimortalidade materno-infantil (Kantovisek & Giustina, 2016), e foi reconhecida pelo Ministério da Saúde como fonte estratégica para o rastreamento da sífilis na gravidez (Szwarcwald et al, 2007). Ao mesmo tempo, o contágio dos bebês pode estar associado aos fatores mais citados pela literatura, que são a baixa qualidade da assistência pré-natal e o não tratamento dos parceiros (Dantas, Alcântara & Silva 2014; Pires et al., 2014). De qualquer modo, os fatores associados a transmissão vertical da sífilis não foram investigados de forma consistente no presente estudo e, portanto, a discussão desse dado fica limitada a especulações.

As respostas das mães referentes ao planejamento e desejo pela gravidez indicou que, na maioria dos casos, nos grupos comparação e intervenção a gravidez não foi planejada e apenas quatro mães de cada grupo apresentaram desejo pela gravidez logo após obter a notícia. A gravidez indesejada, apesar de não ter tido a sua influência sobre a responsividade investigada, é um aspecto frequentemente apontado na literatura como comprometedor da formação do vínculo entre a mãe e o bebê (Laureti, Caputo, Lala, & Almeida, 2007; Milbradt, 2008; Sayahi et al., 2017). Estudos internacionais apontam para o fato de que a gravidez indesejada está associada a menor nível de vínculo entre pais-filho e ao apego inseguro (Sayahi et al., 2017). O percurso da afetividade entre mãe e bebê, no contexto da gravidez

indesejada, é permeado pelo sentimento de culpa, decorrente da rejeição sentida em relação ao feto. Somado a esse aspecto, os bebês desse estudo apresentavam sífilis congênita, condição que também é destacada frequentemente na literatura como um dos fatores associados à vivência do sentimento de culpa pela mãe, devido à transmissão vertical da doença (Guimarães, 2015). Além desses aspectos, características sociodemográficas estão fortemente associadas à gravidez indesejada. Tanto os estudos nacionais (Coelho et al., 2012) quanto internacionais (Abajobir et al., 2017) indicam, por exemplo, que a maioria das mulheres com gravidez indesejada apresentam menores níveis de escolaridade e renda. O perfil das mães participantes do presente estudo é compatível com esses dados e, portanto, essas informações sugerem a presença de um efeito em cadeia da associação conjunta dos múltiplos fatores que caracterizam a vulnerabilidade social e que resultam em dificuldades no planejamento familiar e no enfrentamento de uma gravidez não desejada.

Por fim, algumas limitações apresentadas por este estudo devem ser destacadas. O número reduzido de participantes impossibilitou a utilização de testes estatísticos paramétricos que trabalham com médias ao invés de medianas, e que são mais robustos para detectar diferenças entre grupos. Outra limitação, diz respeito ao fato de que a facilitadora foi a única pesquisadora envolvida na coleta dos dados, por isso, além de ter executado as sessões de intervenção, participou também das etapas de avaliação pré e pós-intervenção do estudo. Esta decisão metodológica certamente produziu impacto nos resultados das medidas utilizadas, especialmente no questionário de satisfação com o programa de intervenção, no qual as respostas das mães podem ter sido influenciadas pela desejabilidade social. O fato de não ter sido realizada avaliação da responsividade no momento pré-intervenção também é uma limitação que precisa ser destacada. Isso impossibilitou, por exemplo, a comparação dos níveis de responsividade das mães, entre cada grupo, do pré-intervenção para o pós-intervenção, além de ter comprometido a avaliação da equivalência entre os grupos.

Em síntese, um dos produtos dessa dissertação foi a adaptação de um Programa de intervenção sobre a responsividade. O processo de adaptação mostrou a importância de se contemplar em intervenções desse tipo sessões com foco em intervir sobre as emoções e preocupações das mães frente à experiência da maternidade, especialmente, ao se tratar de contextos de adoecimento e hospitalização de bebês. Nesse sentido, essa adaptação apontou para a ACT como um modelo de atuação bastante promissor.

Considerações finais

Os achados deste estudo mostram que a intervenção sobre a responsividade, associada a técnicas da ACT, adaptada e testada com mães de bebês recém-nascidos hospitalizados para tratamento de sífilis congênita, provenientes de contexto de vulnerabilidade social, 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 a respeito dos efeitos do programa. 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. De qualquer modo, o programa apresentou efeitos em um importante componente da responsividade materna, evidenciando assim, o seu potencial para aplicações em contexto de hospitalização. Futuras investigações poderão aprimorar a intervenção de modo que ela produza resultados ainda mais expressivos sobre a responsividade e o bem-estar psicológico de mães que enfrentam a doença e hospitalização de seus filhos recém-nascidos.

Referências

- Abajobir, A. A., Steve, C, & Najman, J. M. (2017). A systematic review of unintended pregnancy in cross-cultural settings: Does it have adverse consequences for children? *Ethiop. J. Health Dev.* 31(3).
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialisation as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. M. Richards (Ed.), *The introduction of the child into a social world* (pp. 9–135). London: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M. D. (1985). Patterns of infant-mother attachment: Antecedents and effects of development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 771–791.
- Alvarenga, P. (2019). *Effects of a short sensitivity home intervention with video feedback on enhancing infant development*. Manuscrito não publicado. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal da Bahia.
- Alvarenga, P; Weber, L. N. D; Bolsoni- Silva, A. T. (2016). Cuidados parentais e desenvolvimento socioemocional na infância e na adolescência: uma perspectiva analítico-comportamental. *Rev. Bras. de Terapia Comportamental e Cognitiva.*, XVIII, 1, 4-21.
- Alvarenga, P., Cerezo, M. A., Wiese, Elizabeth, & Piccinini, C. A. (2012). *Eficácia de um programa de visitas domiciliares para favorecer a responsividade materna*. Manuscrito não publicado. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal da Bahia.
- Alvarenga, P & Cerezo, M. A. (2013). Interação mãe-criança: fidedignidade da versão brasileira do sistema observacional CITMI-R. *Avaliação Psicológica*, 12(3), 307-316.
- Alvarenga, P., Paixão, C., Soares, Z. F & Santos, A. C. (2018). Impacto da saúde mental materna na interação mãe-bebê e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. *Revista Psico*, Porto Alegre, 49(3), 317-327. doi.org/10.15448/1980-8623.2018.3.28475.
- Alvarenga, P., Teixeira, J. N & Peixoto, A. C. (2015). Apego Materno-Fetal e a Percepção Materna acerca da Capacidade Interativa do Bebê no Primeiro Mês. *Psico*, Porto Alegre, 46, n. 3, 340-350, doi.org/10.15448/1980-8623.2015.3.18657.

- 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 políticas públicas*. Brasília: UNESCO, BID.
- Andrade, S. A., Santos, D. N., Bastos, A. C., Regina, M., Pedromônico, M., De Almeida-Filho, N., & Barreto, M. L. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica / Family environment and child's cognitive development: an epidemiological approach. *Rev Saúde Pública*, 39(413), 606–11. doi.org/10.1590/S0034-89102005000400014.
- Bacharach, V. R., & Baumeister, A. a. (1998). Effects of Maternal Intelligence , Marital Status , Income , and Home Environment on Cognitive Development of Low Birthweight Infants, 23(3), 197–205.
- Baer, J. C & Martinez, C. D. (2006). Child maltreatment and insecure attachment: a meta-analysis. *journal of reproductive and infant psychology*, 24, 3, 187–197. doi: 10.1080/02646830600821231.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H & Juffer, F. (2003). Less Is More: Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood. *Psychological Bulletin*. 129, 2, 195–215. doi: 10.1037/0033-2909.129.2.195.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York, NY: Prentice Hall. Benoit, D., Madigan, S., Lecce, S., Shea, B., & Goldberg, S. (2001).
- Barbosa, L. M & Murta, S. G. (2015). Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire – II – versão brasileira. *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 20, n. 1, p. 75-85. doi.org/10.1590/1413-82712015200107.
- 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, DOI: 10.1080/02646838.2016.1217404.
- 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, doi: 10.1080/02646838.2016.1217404.
- Bayley, N. (2006). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development - Third Edition, Administration Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Belsky, J., & Fearon, R. M. (2002). Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: does continuity in development depend upon

- continuity of caregiving? *Attachment & Human Development*, 2002, 4(3), 361-387. doi: 10.1080/1461673021016726 7.
- Bennett, I. M., Schott, W., Krutikova, S., & Behrman, J. R. (2016). Maternal mental health, and child growth and development, in four low-income and middle-income countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(2), 168–73. doi.org/10.1136/jech-2014-2053.
- Bernier, A., Calkins, S. D., Bell, M. A. (2016). Longitudinal Associations Between the Quality of Mother–Infant Interactions and Brain Development Across Infancy. *Child Development*, 87, 4, 1159–1174. DOI: 10.1111/cdev.12518.
- Bigelow, A. E. (2001). Discovering self through other: infants' preference for social contingency. *Cognitive and interactional foundations of attachment*, 65, 335-346. doi: 10.1521/bumc.65.3.335.19852.
- Bilgin, A & Wolke, D. (2015). Maternal Sensitivity in Parenting Preterm Children: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 136, 1, 1-17. Doi: 10.1542/peds.2014-3570.
- Bond, F. W et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.
- 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 doi: 10.1037/0012-1649.44.3.867.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1990). *Apego: a natureza do vínculo* (2a ed). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo* (3a ed). São Paulo: Martins Fontes.
- Bradley, R. H., et al. (1993). Maternal IQ, the home environment, and child IQ in low birthweight, premature children. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 61-74.
- Breakwell, G. M., Fife-Schaw, C., Hammond, S, & Smith, J. (2010). *Métodos de pesquisa em Psicologia*. Atmed. Porto Alegre, ed.
- Brito, C. N. de O., Alves, S. V., Ludermir, A. B., & de Araújo, T. V. B. (2015). Postpartum depression among women with unintended pregnancy. *Revista de Saude Publica*, 49. doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005257.

- Brahm, P et al., (2016). Maternal sensitivity and mental health: does an early childhood intervention programme have an impact? *Family Practice*, 33, 3, 226–232. Doi:10.1093/fampra/cmz071.
- Brasil (2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 204 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- Brasil. (2016). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Burke, K et al. (2014). Adapting Acceptance and Commitment Therapy for Parents of Children With Life-Threatening Illness: Pilot Study. *American Psychological Association*, 32, 1, 122–127. DOI: 10.1037/fsh0000012.
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 871-890.
- Coelho, E. A. C et al. (2012). Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(3):415-22.
- Coyne, L., Murrell, A., & Wilson, K. (2009). *The Joy of Parenting: An Acceptance and Commitment Therapy Guide to Effective Parenting in the Early Years*. Raicoast Book, Canada, 1ed.
- Coppola, G & Cassibba, R. (2010). Mothers' social behaviours in the NICU during newborns' hospitalisation: an observational approach. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28, 2, 200–211.
- Coutinho, A. M. S. (2011). O corpo e a ação social de bebês na creche. *UNISUL, Tubarão*, v. 4, n. 8, p. 221 – 233.
- Carmo, M. E., & Guizardi, F. L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saúde Pública*; 34(3). doi: 10.1590/0102-311X00101417.

- Carmona, E. V., Coca, K. C., Vale, I. N., Abrão, A. C. F. V. (2012). Conflito no desempenho do papel de mãe em estudos com mães de recém-nascidos hospitalizados: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*, 46(2):505-12. www.ee.usp.br/reeusp/.
- Campbell, S. B., Cohn, J. F., & Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31(3), 349–357. doi.org/10.1037/0012-1649.31.3.349.
- Cerezo, M. A., Pons-Salvador, G., & Trenado, R. (2008). Mother-infant interaction and children's socio-emotional development with high- and low-risk mothers. *Infant Behavior and Development*, 31, 578-589.
- Chiesa, M., Westphal, M. F & Akerman, M. (2008). Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde. Acute respiratory diseases : a study on health inequalities *Caderno de Saúde Pública*, 24(1), 55-69.
- Connors-Burrow, N. A., Bokony, P., Whiteside-Mansell, L., Jarrett, D., Kraleti, S., McKelvey, L., & Kyzer, A. (2014). Low-level depressive symptoms reduce maternal support for child cognitive development. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(5), 404–412. doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.12.005.
- Datar, A., & Jacknowitz, A. (2009). Birth weight effects on children's mental, motor, and physical development: Evidence from twins data. *Maternal and Child Health Journal*, 13(6), 780–794. doi.org/10.1007/s10995-009-0461-6.
- De Wolff, M.S., & Van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A metaanalysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571–591.
- Dipietro, J. A. (2010). Psychological and psychophysiological considerations regarding the Maternal-Fetal relationship. *Infant and Child Development*, 19(1), 27–38. doi.org/10.1002/icd.651.
- Feeley, N., Zelkowitz, P., Charbonneau, L., Cormier, C., Lacroix, A., Marie, C. S., & Papageorgiou, A. (2008). Assessing the feasibility and acceptability of an intervention to reduce anxiety and enhance sensitivity among mothers of very low birth-weight infants. *Advances in Neonatal Care*, 8(5), 276–284.
- Feeley, N., Zelkowitz, P., Westreich, Dunkley, D. (2011). The Evidence Base for the Cues Program for Mothers of Very Low Birth Weight Infants: An Innovative Approach to Reduce Anxiety and Support Sensitive Interaction. *The Journal of Perinatal Education*, 20(3), 142–153, [doi: 10.1891/1058-1243.20.3.142](https://doi.org/10.1891/1058-1243.20.3.142).

- Field, T. (2011, February). Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behavior and Development*. doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.008
- Fraleley, R. C., Roisman, G. I., & Haltigan, J. D. (2012). The Legacy of Early Experiences in Development: Formalizing Alternative Models of How Early Experiences Are Carried Forward Over Time. *Developmental Psychology*, 49(1), 109–126. doi.org/10.1037/a0027852.
- Franck, L. S., Cox, S., Allen, A., Winter I. (2005). Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 608–615.
- Fukkink, R. G. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28, 904–916. doi.org/10.1016/j.cpr.2008.01.003.
- Gergely, G., & Watson, J. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 1181–1212.
- Giachetta, L., Nicolau, C. M., Costa, A. P. B. M., & Zuana, A. D. (2010). Influência do tempo de hospitalização sobre o desenvolvimento neuromotor. *Fisioter Pesq.*, 17(1), 24–29.
- Gigante, D. P., Victora, C. G., & Barros, F. C. (2000). Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública*, 34(3), 259–265. doi.org/10.1590/S0034-89102000000300008.
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (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, 380-390. <http://hdl.handle.net/10183/49591>. doi inexistente.
- Gooding, J. S et al. (2011). Family Support and Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Origins, Advances, Impact. *Semin Perinatol* 35:20-28. doi:10.1053/j.semperi.2010.10.004.
- Guimarães, M. S. F. (2015). Vulnerabilidade e parentalidade na hospitalização de um filho com sífilis congênita à luz da teoria das transições. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.
- Graminha, S. (1997). Condições adversas na vida de crianças com atraso no desenvolvimento. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, 30, 259–267. Retrieved from <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/download/882/894>.

- Grewen, K., Burchinal, M., Vachet, C., Gouttard, S., Gilmore, J. H., Lin, W., ... Gerig, G. (2014). Prenatal cocaine effects on brain structure in early infancy. *NeuroImage*, *101*, 114–123. doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.06.070
- Guttmann, A., Dick, P., & To, T. (2004). Infant hospitalization and maternal depression, poverty and single parenthood - A population-based study. *Child: Care, Health and Development*, *30*(1), 67–75. doi.org/10.1111/j.1365-2214.2004.00390.x.
- Harding, T.W., De Arango, M. V., Baltazar, J., Climent, C. E., Ibrahim, H. H. A., Ladrigo-Ignacio, L., Srinivasa Murthy, R., & Wig, N. N. (1980). Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, *10*(2), 231-41. doi: 10.1017/S0033291700043993.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications, Oakland, CA .
- Hayes, s., Strosahl, k. D & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and commitment therapy : an experiential approach to behavior change*. The Guilford Press, New York London.
- Hayes, S. C et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminar test of a working model. *Psychological Record*, *54*, 553-578.
- Hoffenkamp, H. N et al. (2014). 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. doi.org/10.1037/a0038401.
- Holditch-Davis, D et al (2014). Maternally administered interventions for preterm infants in the NICU: Effects on maternal psychological distress and mother-infant relationship. *Infant Behavior and Development*. *37*(4): 695–710. doi:10.1016/j.infbeh.2014.08.005.
- Horta, B. L., Barros, F. C., Halpern, R., & Victora, C. G. (1996). Baixo peso ao nascer em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, *12*, S27–S31. doi.org/10.1590/S0102-311X1996000500005.
- Horowitz, F. D. (1992). The concept of risk: A reevaluation. In Friedman, S. L., Sigman, M. D. (Eds.). *The psychological developmental of birthweight children*. Norwood: Ablex, 61-88.
- 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. doi:10.1037/0012-1649.25.1.12.

- Karam, F., Sheehy, O., Huneau, M., Chambers, C., Fraser, W. D., Johnson, D., ... Lavigne, S. V. (2016). Impact of maternal prenatal and parental postnatal stress on 1-year-old child development: Results from the OTIS antidepressants in pregnancy study. *Archives of Women's Mental Health*, 835–843. doi: 10.1007/s00737-016-0624-6
- Kaarensen, P. I et al. (2006). A Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of an Early-Intervention Program in Reducing Parenting Stress After Preterm Birth. *Pediatrics*. 118, 1. doi:10.1542/peds.2005-1491.
- Kennedy, H., Ball, K., Barlow, J. (2017). Video Interaction Guidance How does video interaction guidance contribute to infant and parental mental health and well-being? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(3) 500–517. DOI: 10.1177/1359104517704026.
- Kennedy, K. (2011). What is Video Interaction Guidance (VIG)? In.: Kennedy, H., Landor, M., & Todd, L. (Eds.). (2011). *Video interaction guidance: A relationship-based intervention to promote attunement, empathy and wellbeing*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Kennedy, H., Landor, M., & Todd, L. (Eds.). (2011). *Video interaction guidance: A relationship-based intervention to promote attunement, empathy and wellbeing*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley.
- Kennedy, H., Macdonald, M & Whalley. (2016). In.: Gardner, R & Howe, D (Eds.). *Tackling child neglect: research, policy and evidence-based practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Kersten-Alvarez, L. E., Hosman, C. M. H., Riksen-Walraven, J. M., Van Doesum, K. T. M., & Hoefnagels, C. (2011). Which preventive interventions effectively enhance depressed mothers' sensitivity? a meta-analysis. *Infant mental health journal*, 32(3), 362–376. Doi: 10.1002/imhj.20301.
- Klein, V. C., & Linhares, M. B. M. (2006, May). Prematuridade e interação mãe-criança: Revisão sistemática da literatura. *Psicologia Em Estudo*. doi.org/10.1590/S1413-73722006000200006.
- Korja, R., Latva, R., & Lehtonen, L. (2012). The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 91 (2), 164–173. doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01304.x.
- Koutra, K., Chatzi, L., Bagkeris, M., Vassilaki, M., Bitsios, P., & Kogevinas, M. (2013). Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant

- neurodevelopment at 18 months of age in a mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(8), 1335–1345. doi.org/10.1007/s00127-012-0636-0.
- Lamy, Z. C., Lamy, Gomes, M. A. S. M., Gianini, N. O. M., & Hennig, M. A. S. (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência & Saúde coletiva*, 10(3), 659-668.
- Laville, C & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa nas ciências humanas*. Penso; Ed: 1ª.
- Laureti, R. R., Caputo, R. F., Lala, A. T., E Almeida, M. R. (2007). As implicações da gravidez Indesejada na formação vincular entre mãe e filho. *Anais de Simpósio - centro universitário católico salesiano*. RE69060517172.
- Lehner, D. C., & Sadler, L. S. (2015). Toddler Developmental Delays After Extensive Hospitalization: Primary Care Practitioner Guidelines. *Pediatric Nursing*, 41(5), 236–242.
- Leigh, P., Nievar, M. A., & Nathans, L. (2011). maternal sensitivity and language in early childhood: a test of the transactional model. *Perceptual and Motor Skills*, 2011, 113, 1, 281-299. doi: 10.2466/10.17.21.28.PMS.113.4.281-299.
- Lucassen, N., Tharner, A., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M., Volling, B. L., Verhulst, F. C., Lambregtse-Van den Berg, M. P., & Tiemeier, H. (2011). The association between paternal sensitivity and infant–father attachment security: A meta-analysis of three decades of research. *Journal of Family Psychology*, 25(6), 986-992. doi:10.1037/a0025855.
- Luciano, M. C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, [S.l.], 42, 165-6. ISSN 2173-6855.
- Luciano, M. C., Valdivia, S., Gutiérrez, O & Páez-Blarrina. (2006). Avances Desde La Terapia De Aceptación Y Compromiso (Act). *EduPsykhé*, 5, 2, 173-201.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2016). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Ed. New Harbinger Publications.
- Main, M., & Hesse, E. (1990) Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg, M.; Cichetti, D., & Cummings, M. (Orgs.).

Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention. Chicago: University Press.

- Malmberg, L. E et al (2016). The influence of mothers' and fathers' sensitivity in the first year of life on children's cognitive outcomes at 18 and 36months. *John Wiley & Sons Ltd, Child: care, health and development*, 42, 1, 1–7. doi:10.1111/cch.12294.
- Mancini, M. C., Megale, L., Brandão, M. B., Melo, A. P. P., & Sampaio, R. F. (2004). Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 4(1), 25–34. doi.org/10.1590/S1519-38292004000100003_
- McFadden, K. E., & Tamis-Lemonda, C. S. (2013). 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. DOI:10.1002/imhj.21376.
- Medeiros, F. B & Piccinini, C. A. (2015). Relação pai-bebê no contexto da prematuridade: gestação, internação do bebê e terceiro mês após a alta hospitalar. *Estudos de Psicologia I Campinas I*, 32(3) I 475-485. doi.org/10.1590/0103-166X2015000300012.
- Mello, C, B., Muszkat, M & Miranda, M. C. (2013). *Neuropsicologia do Desenvolvimento - Transtornos do Neurodesenvolvimento.* Rio de janeiro: Rubio.
- Mesman, J., Minter, T & Angged, A. (2016). Received sensitivity: adapting Ainsworth's scale to capture sensitivity in a multiple-caregiver context. *Attachment & Human Development*, 18, 2, 101–114. doi.org/10.1080/14616734.2015.1133681.
- Milbradt, V. (2008). Afetividade e gravidez indesejada, os caminhos de vínculo mãe-filho. *Revista Pensamento Biocêntrico.* Pelotas.
- Miquelote, A. F., Santos, D. C. C., Caçola, P. M., Montebelo, M. I. de L., & Gabbard, C. (2012). Effect of the home environment on motor and cognitive behavior of infants. *Infant Behavior and Development*, 35(3), 329–334. doi.org/10.1016/j.infbeh.2012.02.002.
- Montiroso, R., Borgatti, R., Trojan, S., Zanini, R., & Tronick, E. (2010). A comparison of dyadic interactions and coping with still-face in healthy pre-term and full-term infants. *British Journal of Developmental Psychology*, 28, 347–368.
- Mountain, G., Cahill, J & Thorpe, H. (2017). Sensitivity and attachment interventions in early childhood: A systematic review and meta-analysis. *Infant Behavior &*

- Development*, 46, 14–32. doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.10.006.
- Mussatto, K. A., Hoffmann, R. G., Hoffman, G. M., Tweddell, J. S., Bear, L., Cao, Y., & Brosig, C. (2014). Risk and prevalence of developmental delay in young children with congenital heart disease. *Pediatrics*, 133(3), e570-7. doi.org/10.1542/peds.2013-2309.
- Newnhama, C., Milgroma, 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 & Development*, 32, 17–26. doi:10.1016/j.infbeh.2008.09.004.
- Nievar, M. A., & Becker, J. (2008). Sensitivity as a Privileged Predictor of Attachment: A Second Perspective on De Wolff and van IJzendoorn’s Meta-analysis. *Social Development*, 17, 1, 2. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00417.x.
- Nievar, M. A., Van Egeren, L. A., & Pollard, S. (2010). A meta-analysis of home visiting programmes: Moderators of improvements in maternal behavior. *Infant Mental Health Journal*, 31, (5), 499–520. Doi: 10.1002/imhj.20269.
- Nozadi, S et al. (2013). Prediction of toddlers’ expressive language from maternal sensitivity and toddlers’ anger expressions: A developmental perspective. *Infant Behavior & Development* 36, 650–661. doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.06.002.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF/UFRGS/CNPq. (2006). *Experiência da Maternidade e o Desenvolvimento do Segundo Filho aos 12 meses*. (Instrumento não publicado). Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Oliveira, E. A., Frizzo, G. B., & Marin, A. H. (2000). Atitudes maternas diferenciais para com meninos e meninas de 4 e 5 anos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(3), 363-371.
- Oliveira, B. R. G. D., Viera, C. S., Collet, N., & Lima, R. A. G. D. (2010). Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(2), 268–277. doi.org/10.1590/S1415-790X2010000200009.
- Onozawa, K., Glover, V., Adams, D., Modi, N., & Kumar, R.C. (2001). Infant massage improves mother–infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders* 63, 201–207.
- Panceri, C., Pereira, K. R. G., Valentini, N. C., & Sikilero, R. H. A. S. (2012). A Influência da Hospitalização no Desenvolvimento Motor de Bebês Internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*, 32(2), 161–168.
- Parmelee, A. H., Howard, J & Beckwith, L. (1984). Infant mental health and biological risk. *Child Abuse & Neglect*, 8, 219-226.

- Pereira, K. R. G., Valentini, N. C., & Saccani, R. (2016). Brazilian infant motor and cognitive development: Longitudinal influence of risk factors. *Pediatrics International*, 58(12), 1297–1306. doi.org/10.1111/ped.13021.
- Pessôa, Seidl-de-Moura, & Oliveira (2008). A análise da fala materna dirigida a bebês em duas etapas do desenvolvimento. *Psicologia em Pesquisa*, 2(02), 74-86.
- Piccinini, C. A., Tudge, J., Marin, A. H., Frizzo, G. B., & Lopes, R. de C. S. (2010). The impact of socio-demographic variables, social support and child sex on mother-infant and father-infant interaction. *Revista Interamericana de Psicologia*, 44(2), 382–391.
- Piccinini, C. A., Alvarenga, P., & Frizzo, G. B. (2007). A responsividade como foco da análise da interação mãe-bebê e pai-bebê. In: C. A. Piccinini & M. L. Seidl de Moura. (Orgs.), *Observando as interações pais-bebê-criança* (pp.131-153). Itatiba: Casa do Psicólogo. doi inexistente.
- Pilz, E. M. L., & Schermann, L. B. (2007). Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canoas / RS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(1), 181–190. doi.org/10.1590/S1413-81232007000100021.
- Poehlmann, J & Fiese, B. H (2001). Parent-infant interaction as a mediator of the relation between neonatal risk status and 12-month cognitive development. *Infant Behavior & Development*, 24 (2001) 171–188.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estud. Psicol. (Campinas)*, 25(3), 405–416. doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300009.
- Posada, G., Trumbell, J., Noblega, M., Plata, S., Pena, P., & Carbonell, O. A. (2016). Maternal Sensitivity and Child Secure Base Use in Early Childhood: Studies in Different Cultural Contexts. *Child Development*, 87, 1, 297–311. doi.org/10.1111/cdev.12454.
- Raffaele et al. (2016). As principais complicações da sífilis congênita: revisão integrativa da literatura. *Revista Saúde - (ESP)*. v. 10, n.1.
- 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 [Resumo]. *Clinics in Perinatology*: 17., 31–45.
- Ravn, I, H 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, 215–225. doi:10.1016/j.infbeh.2010.11.004.
- Ribas Jr., R. D. C., Moura, M. L. S. D., Soares, I. D., Gomes, A. A. D. N., & Bornstein, M. H. (2003). Socioeconomic status in Brazilian psychological research: I. validity, measurement, and application. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8(3), 375–383. doi.org/10.1590/S1413-294X2003000300004.
- Ribas, A. F. P., Moura, M. L. S., & Ribas Junior, R. C. (2003). Responsividade materna: Levantamento bibliográfico e discussão conceitual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), 137-145. doi:10.1590/S0102-79722003000100014
- Rifkin-Graboi, A et al., (2015). Maternal sensitivity, infant limbic structure volume and functional connectivity: a preliminary study. *Translational Psychiatry*, 5, 668. doi:10.1038/tp.2015.133
- Roberts, J. E., McCary, L. M., Shinkareva, S. V., & Bailey, D. B. (2016). Infant Development in Fragile X Syndrome: Cross-Syndrome Comparisons. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(6), 2088–2099. doi.org/10.1007/s10803-016-2737-1
- Robson, C. (1993). *Real World Research*, Oxford: Cambridge: Blackwell.
- Rumor, P. C. F & Boehs, A. E. (2013). O impacto da hospitalização infantil nas rotinas das famílias monoparentais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(4), 1007-15.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147(DEC.), 598–611. doi.org/10.1192/bjp.147.6.598
- 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. doi.org/10.1111/ped.12042
- Santos, D. N., Assis, A. M. O., Bastos, A. C., Santos, L. M., Santos, C. A. S. T., Strina, A., ...Barreto, M. L (2008). Determinants of cognitive function in childhood: A cohort study in a middle income context. *BMC Public Health*, 8:202. doi:10.1186/1471-2458-8-202
- Santos, H., & Pacheco, M. (2012). Factores de Risco ao Desenvolvimento da Criança: da Visão Biomédica à Visão Psicossocial. In *The 4th International Congress on University-Industry Cooperation* (pp. 2–18). Taubate: UNITAU.
- Sansavini, A., Zavagli, V., Guarini, A., Savini, S., Alessandroni, R., & Faldella, G. (2015). Dyadic co-regulation, affective intensity and infant's development at 12 months: A

- comparison among extremely preterm and full-term dyads. *Infant Behavior & Development*, 40, 29–40. doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.03.005
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia Em Estudo*, 10, 209–216. doi.org/10.1590/S1413-73722005000200007
- Sayahi Y, Javadifar N, Cheraghian B, Sayahi M, Afshari P. et al. The Relationship Between Unwanted Pregnancy with Mother and Father Attachment to Infant, Shiraz E-Med J. 2017 ;18(12):e14066. doi: 10.5812/semj.14066.
- Schmidt, E., Piccoloto, N. M., & Müller, M. C. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, 10(1), 61–68. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n1/v10n1a08.pdf>
- Schmücker, G., Brisch, K. H., Köhntop, B., Betzler, S., Österle, M., Pohlandt, F., ... Buchheim, A. (2005). The influence of prematurity, maternal anxiety, and infants' neurobiological risk on mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 26(5), 423–441. doi.org/10.1002/imhj.20066
- Schneider, C. M., & Medeiros, L. G. (2012). *Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. Unoesc & Ciência - ACHS*. Retrieved from <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/achs/article/view/741>
- Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A. (2005). A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22, 143-156. doi.org/10.1590/ S0103-166X2005000200004.
- Servili, C., Medhin, G., Hanlon, C., Tomlinson, M., Worku, B., Baheretibeb, Y., ... Prince, M. (2010). Maternal common mental disorders and infant development in Ethiopia: the P-MaMiE Birth Cohort. *BMC Public Health*, 10, 693. doi.org/10.1186/1471-2458-10-693.
- Silva, M. R. F. (2010). Percepção de mulheres com relação à ocorrência de sífilis congênita em seus conceitos. *Rev. APS, Juiz de Fora*, v. 13, n. 3, p. 301-309.
- Silva, M. M. J., Leite, E. P. R. C., Nogueira, D. A & Clapis, M. J. (2016). Depression em pregnancy. Prevalence and associated factors. *Invet. Educ. Enferm*, 34, 2, 342-350. doi:10.17533/udeia.iee.v34n2a14
- Smaling, H. J. A., Huijbregts, S. C. J., van der Heijden, K. B., Hay, D. F., Van Goozen, S. H. M & Swaab, H. (2017). Prenatal Reflective Functioning and Development of

- Aggression in Infancy: the Roles of Maternal Intrusiveness and Sensitivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45:237–248. Doi 10.1007/s10802-016-0177-1
- Spitz, R. A. (1979). *O Primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Torquato, I. M, B., Jonas, M, F., Collet, N., Pinto, M, B., Santos, N. C. B. C., & Smith da Morais, G, S. N. (2012). the Disease and the Childish Hospitalization: Understanding the Impact on Family Dynamics. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 6(11), 2641–2648 8p. doi.org/10.5205/reuol.2185-16342-1-LE.0611201204
- Walker, S. P et al. (2007). Child development: Risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, 369(9556), 145–157. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60076-2.
- Wakschlag, L. S., & Hans, S. L. (1999). Relation of maternal responsiveness during infancy to the development of behavior problems in high-risk youths. *Developmental Psychology*, 35(2), 569-579. doi:10.1037/0012-1649.35.2.569
- Wendland-Carro, J., Piccinini, C. A., & Millar, W. S. (1999) The role of early intervention on enhancing the quality of mother-infant interaction. *Child Development*, 70(3), 713-721. doi.org/10.1111/1467-8624.00051
- White-Traut, R et al. (2013). Mother-infant interaction improves with a Developmental intervention for mother-preterm Infant dyads. *Infant Behavior and Development*, 36(4). doi:10.1016/j.infbeh.2013.07.004.
- WHO - World Health Organization. (2003). *Kangaroo mother care: A practical guide*. Geneva: Author
- Yunes, M. A. M. (2001). *A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda*. Tese de doutorado não-publicada, Pós-Graduação em Psicologia da Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Zelkowitz, P et al. (2011). The Cues and Care Randomized Controlled Trial of a Neonatal Intensive Care Unit Intervention: Effects on Maternal Psychological Distress and Mother-Infant Interaction
- Zelkowitz, P., Feeley, N., Shrier, I., Stremler, R., Westreich, R., Dunkley, D., . . . Papageorgiou A. (2008). The Cues and Care Trial: A randomized controlled trial of an intervention to reduce maternal anxiety and improve developmental outcomes in very low birthweight infants. *BMC Pediatrics*, 8, 38.

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupo intervenção



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
MESTRADO E DOUTORADO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Através desse Termo, convido a senhora para participar, voluntariamente, de uma pesquisa que tem como título “adaptação de uma intervenção breve sobre a responsividade de mães de bebês hospitalizados”. Essa pesquisa busca estudar as diferentes formas de interação entre mães e seus bebês, por entender que essas formas de interação podem influenciar o desenvolvimento dos bebês. A senhora tem toda a liberdade para aceitar participar ou não.

A pesquisa será realizada aqui no hospital durante internamento de seu bebê. Inicialmente sua participação ocorrerá a partir da concessão de entrevistas a respeito de informações relacionadas ao período de gestação, condições de nascimento, período pós-parto, como também informações sociodemográficas. No período de internamento de seu bebê a senhora participará de seis sessões de intervenção. Nas duas sessões iniciais nós iremos conversar sobre como está sendo esse período aqui no hospital e discutiremos sobre algumas estratégias que podem te ajudar a lidar um pouco com as preocupações como também estar mais aberta para se conectar com seu bebê. Em outras três sessões seguintes eu irei observar breves episódios de interação entre você e seu bebê, que serão analisados e discutidos contigo no intuito de te ajudar a melhorar ou ampliar a forma de interagir com seu bebê. Serão também filmados dois momentos de interação livre sua com seu bebê, no intuito de compreender aspectos peculiares dessa interação. A primeira filmagem irá ocorrer no início do nosso encontro e será realizada em ambiente apropriado, sala reservada para essa finalidade, visando manter sua privacidade e do seu bebê. A segunda filmagem ocorrerá após a finalização da intervenção.

Entre os riscos possíveis está o fato de que a senhora poderá acessar conteúdos emocionais mobilizadores frente ao processo da maternagem durante a entrevista e a interação com seu bebê. Essas emoções serão acolhidas durante o próprio processo. Porém, caso a senhora apresente demanda para atendimento mais prolongado ou avaliação psicológica será encaminhada para serviços de atendimento da cidade de Salvador/BA, a fim de garantir a continuidade do cuidado. Entre os benefícios previstos a senhora terá a

oportunidade de aprender sobre os sinais comportamentais emitidos por seu bebê e assim, poderá interagir melhor com ele. Além disso, na medida em que essas interações se tornam mais recíprocas espera-se um maior fortalecimento de vínculo entre você e o seu bebê.

Por se tratar de uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como a senhora não terá despesas para com a mesma. Qualquer dúvida que tiver sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa poderá ser esclarecida com a pesquisadora e a senhora terá total liberdade para retirar o seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que essa saída implique em algum prejuízo para si ou para seu/sua filho(a). Sua identidade será preservada e o caráter confidencial de todas as informações dadas será mantido. Além disso, essas informações serão utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa.

A pesquisadora responsável por este Projeto é a Prof^a Dr^a Patrícia Alvarenga. Telefones de contato: (71) 9211-3978 / (71) 9939-7081.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, eu _____, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidas, sendo que para tanto, firmo ao final a presente declaração em duas vias de igual teor e forma ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

ASSINATURAS	
Voluntário/Participante	Pesquisador Responsável
_____ Nome:	_____ Nome:
_____ Assinatura	_____ Assinatura

Salvador (BA), _____ de _____ de _____.

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo comparação



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
 MESTRADO E DOUTORADO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Através desse Termo, convido a senhora para participar de uma pesquisa que tem como título “adaptação de uma intervenção breve sobre a responsividade de mães de bebês hospitalizados”. Essa pesquisa busca estudar as diferentes formas de interação entre mães e seus bebês, por entender que essas formas de interação podem influenciar o desenvolvimento dos bebês. A senhora tem toda a liberdade para aceitar participar ou não.

A pesquisa será realizada aqui no hospital durante internamento de seu bebê. Inicialmente sua participação ocorrerá a partir da concessão de entrevistas a respeito de informações relacionadas ao período de gestação, condições de nascimento, período pós-parto, como também informações sociodemográficas. Posteriormente serão filmados dois momentos de interação livre sua com seu bebê, no intuito de compreender aspectos peculiares dessa interação. A primeira filmagem irá ocorrer no início do nosso encontro e será realizada em ambiente apropriado, sala reservada para essa finalidade, visando manter sua privacidade e do seu bebê. A segunda filmagem ocorrerá sete dias depois.

Entre os riscos possíveis está o fato de que a senhora poderá acessar conteúdos emocionais mobilizadores frente ao processo da maternagem durante a entrevista e a interação com seu bebê. Essas emoções serão acolhidas de forma empática pela pesquisadora. Porém, caso você apresente demanda para atendimento mais prolongado ou avaliação psicológica será encaminhada para serviços de atendimento da cidade de Salvador/BA, a fim de garantir a continuidade do cuidado. Como um dos benefícios, a senhora receberá um panfleto com dicas sobre como desenvolver cuidados sensíveis com o seu bebê.

Por se tratar de uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como a senhora não terá despesas para com a mesma. Qualquer dúvida que tiver sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa poderá ser esclarecida com a pesquisadora e a senhora terá total liberdade para retirar o seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que essa saída implique em algum prejuízo para si ou para seu/sua filho(a). Sua identidade será preservada

e se manterá o caráter confidencial de todas as informações dadas. Além disso, essas informações serão utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa.

A pesquisadora responsável por este Projeto é a Prof^a Dr^a Patrícia Alvarenga. Telefones de contato: (71) 9211-3978 / (71) 9939-7081.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, eu _____, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidos. Nesse sentido, firmo ao final a presente declaração em duas vias de igual teor e forma ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

ASSINATURAS	
Voluntário/Participante	Pesquisador Responsável
_____ Nome:	_____ Nome:
_____ Assinatura	_____ Assinatura

Salvador (BA), _____ de _____ de _____.

Apêndice C: Ficha de dados sociodemográficos da família



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
MESTRADO E DOUTORADO



FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____

Quantos anos você tem? _____

Até que série você completou na escola? _____

Você trabalha? () Sim () Não Se sim, o que faz? _____

De qual raça/cor você se considera? () Negro () Branco () Pardo () Amarelo/oriental
 () indígena () Outra _____

Algum problema de saúde? () Sim () Não Qual? _____

Faz uso de alguma medicação? () Sim () Não Qual? _____

Você tem alguma religião? () Sim () Não Qual? _____

Já foi atendido(a) alguma vez por um psicólogo ou psiquiatra? () Sim () Não

Se sim, quando? _____

O pai da criança vive com você? () Sim () Não Há quanto tempo? _____

Situação conjugal: _____ Idade do pai _____

Até que série ele completou na escola? _____

Ele trabalha? () Sim () Não Se sim, o que ele faz _____

Preencher o quadro abaixo com as informações sobre quem mora na casa

Grau de parentesco com a criança	Idade	Sexo

Qual é a renda familiar (em salários mínimos)? _____

() Até 2

() Acima de 2 até 4

() Acima de 4 até 6

() Acima de 6 até 8

() Acima de 8 até 10

() Acima de 10

Telefones: () _____ () _____ () _____

Alternativa de contato (nome/parentesco): _____

Telefones: () _____ () _____ () _____

Salvador-BA, ____/____/____

Apêndice D - Ficha de informações clínicas do Bebê

GESTAÇÃO

Quando o bebê nasceu estava com quantas semanas de gestação? _____

Alguma presença de doenças ou complicações durante a gravidez: Sim Não. Se sim, descreva: _____

Realizou prenatal: Sim Não. Se sim, especifique quantos: _____

Usou medicamentos durante a gravidez? Sim Não. Se sim, especifique: _____

Fez uso de outras substâncias durante a gravidez:

cigarro Quantos? _____ por dia semana

álcool Quantas doses? _____ por dia semana mês

outras substâncias psicoativas. Descreva o tipo, a frequência de uso, e ou no caso de interrupção, o mês da gravidez em que isso se deu:

O pai fazia uso de algum medicamento ou substâncias psicoativas na época em que o casal pensava em ter a criança? Se sim, especifique:

Houve algum planejamento para essa gravidez? () Sim/planejada () Não/inesperada
Comentários: _____

Após ficar sabendo da gravidez como se portou? () Desejada () Não desejada.
Comentários: _____

Número total de gestações e/ ou abortos tidos pela mãe:

PARTO

Tipo de Parto: vaginal/normal cesárea com uso de fórceps

Alguma intercorrência durante o nascimento da criança? Sim Não

Especifique, caso tenha ocorrido: _____

HISTÓRICO PERINATAL

Peso ao nascer _____ Tamanho _____ Perímetro cefálico: _____

Exame de APGAR: Primeiro minuto () Quinto minuto ()

A mãe ou o bebê chegaram a ser internados em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) ou precisaram de algum tratamento especial? Sim Não. Por favor, descreva quaisquer problemas. _____

Resultado do teste do pezinho: _____

Resultado do teste da orelhina: _____

Resultado do teste do coraçãozinho: _____

Motivo da internação atual: _____

Data da admissão: _____

Data da alta: _____

Apêndice E - Definição das categorias para análise dos comportamentos maternos e infantis

Comportamentos do bebê:

a) emite sons vocaliza: o bebê balbucia ou mexe a boca, emitindo sons vocálicos ou não vocálicos, fazendo tentativas de vocalização ou imitação da vocalização materna, sendo incluídas também vocalizações de protesto e “risadas”.

b) emite respostas reflexas: o bebê abre a boca em movimentos de sucção, mas sem ter nenhum objeto na boca. O bebê coloca parte da língua para fora da boca. Os dedos das mãos do bebê se fecham com firmeza em volta de um objeto (reflexo de preensão palmar). Ao segurar o bebê em pé, de modo que seus pés toquem uma superfície plana, ele dá passos como se fosse andar (reflexo de caminhar). Também foram registrados nesta categoria bocejos, espirros, soluços e espasmos da boca similares a sorrisos. Os reflexos de chorar não codificam nessa categoria. Tem categoria específica.

c) Fica inquieto/chora: o bebê encontra-se visivelmente desconfortável contorcendo o corpo ou contraindo o rosto, fica inquieto e/ou choraminga, sendo incluído também o choro contínuo e com forte intensidade (ex: contrai o rosto, contorce o corpo, postura rígida, choro descontínuo ou contínuo);

d) suga/mama/chupa bico: o bebê coloca partes de seu corpo ou objetos na boca, sugando-os (ex: dedo, peito da mãe, mamadeira, bico, parte da roupa ou do cobertor). Esta categoria é também registrada quando o bebê não estiver explicitamente sugando o objeto ou partes de seu próprio corpo, mas os mantém na boca;

e) olha atentamente: o bebê olha com interesse para a mãe, para um objeto ou para um evento (ex: olha atentamente para a face da mãe, para o chocalho que a mãe está mostrando ou para a facilitadora que está filmando). Se o bebê parece passivo ou se não é possível detectar a direção do seu olhar, a categoria não deve ser registrada.

Comportamentos da mãe:

a) interpreta/fala pelo bebê: a mãe vocaliza, colocando-se empaticamente no lugar do bebê, interpretando o estado interno e/ou os sinais do bebê (ex: “você parece estar com soninho”, “você quer mamar não é filho? ou “você está muito bravo, fique calmo”), independentemente da interpretação corresponder a um sinal do bebê.

b) fala para o bebê: refere-se exclusivamente a verbalizações ou vocalizações da mãe que não são interpretações dos seus sinais e possíveis estados internos; a mãe vocaliza, falando

com o bebê, imitando suas vocalizações, cantando para ele ou emitindo sons. Considerar também nessa categoria quando a mãe falar *mamanhês* ou apenas murmurar para o bebê, bem como o comportamento de descrever o ambiente ou objetos para o bebê.

c) sorri para o bebê: a mãe sorri, dirigindo seu olhar para o bebê. Lábios entre abertos mostrando os dentes;

d) acaricia/embala/aconchega: a mãe balança levemente o bebê em seus braços ou pernas; traz o bebê junto de seu corpo. Considerar também nessa categoria quando a mãe cafungar o bebê no pescoço, aconchegar, acariciar parte do corpo do bebê com a mão, dar beijo ou cheiro no bebê. No entanto se o beijo ou cheiro for no rosto do bebê e ocorrer de forma sucessiva (ex: beijar o bebê no rosto mais de três vezes em um intervalo de três segundos) não serão computados nessa categoria, e sim, na categoria “age de forma intrusiva”;

e) arruma/limpa o bebê: a mãe ajeita o corpo do bebê em uma posição que oferece mais conforto, limpa o bebê ou arruma sua roupa;

f) amamenta: a mãe oferta o peito ou a mamadeira para o bebê. Essa categoria será registrada em todos os intervalos em que a mãe mantiver o bebê no peito.

g) estimula fisicamente com ou sem objeto: a mãe toca o bebê com partes de seu corpo para estimulá-lo ou faz gestos com ou sem o auxílio de objetos/brinquedos para chamar a atenção do bebê (ex: mostrar o chocalho, estalar o dedo para fazer barulho, fingir que espirrou, dizer psiu, “jogar” beijo para o bebê, sacudir o braço do bebê levemente para dar tchau, sacudir as pernas do bebê como se estivesse brincando de ginástica, sacudir a própria mão quando o bebê estiver segurando o seu dedo). Não serão codificados toques sutis que parecem não ter estimulação;

h) age de forma intrusiva: comportamentos maternos que interrompem os comportamentos do bebê, que limitam seus movimentos e acesso aos objetos do ambiente, ou ainda que provocam estimulação tátil, auditiva ou visual excessiva – ex: beijar o bebê no rosto mais de três vezes em um intervalo de três segundos; encostar o brinquedo no rosto do bebê; retirar o brinquedo bruscamente do campo de visão do bebê quando ele ainda estava interessado no objeto; mostrar o brinquedo em uma distância na qual o bebê não consegue ver – mais de 40cm; introduzir o brinquedo bruscamente quando o bebê estava claramente interessado por outra coisa. Serão também considerados nessa categoria outros comportamentos que geram desconfortos no bebê, como por exemplo fazer cocegas ou balançar o bebê bruscamente;

i) não responde: só será registrada quando nenhuma outra categoria for registrada durante o intervalo. **Obs:** se a mãe emitiu uma resposta nos primeiros seis segundos considera-se

que ela já deu alguma resposta, portanto, nessas condições essa categoria não pode ser registrada nem nos primeiros seis segundos nem nos seis segundos seguintes.

Apêndice F: Fidedignidade a partir do *Kappa*

Valor do *Kappa* – comportamentos infantis

The screenshot shows the 'Compute Kappa' window with the following data:

	emite so	resposta	inquieta	suga/m	olha ate	nada
emite so	10	0	1	0	0	5
resposta	0	56	1	0	0	13
inquieta	3	0	34	0	0	2
suga/m	0	0	0	116	0	2
olha ate	0	0	0	0	104	20
nada	3	7	3	0	9	32

Click to compute:
 Wt K
 SE
 Kb
 Kappa = 0,79

Valor do *Kappa* – comportamentos maternos

The screenshot shows the 'Compute Kappa' window with the following data:

	interprel	fala par.	sorri	acaricia	arruma/	amamer	esti
interprel	93	6	0	0	0	0	0
fala par.	13	325	0	0	0	0	0
sorri	0	0	41	0	0	0	0
acaricia	0	0	0	196	2	0	3
arruma/	0	0	0	7	120	0	0
amamer	0	0	0	0	0	174	0
estimula	0	0	0	4	1	0	112
age de	0	0	0	4	2	0	11

Click to compute:
 Wt K
 SE
 Kb
 Kappa = 0,82

Click on Weights tab to change weights (if computing weighted kappa).

Apêndice G - Self-Report Questionnaire of Minor Psychiatric Disorders (SRQ-20)

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____ / _____ / _____

Instruções:

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

SINTOMAS	RESPOSTAS	
- Você tem dores de cabeça frequentes?	SIM ()	NÃO ()
2- Tem falta de apetite?	SIM ()	NÃO ()
3- Dorme mal?	SIM ()	NÃO ()
4- Assusta-se com facilidade?	SIM ()	NÃO ()
5- Tem tremores nas mãos?	SIM ()	NÃO ()
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	SIM ()	NÃO ()
7- Tem má digestão?	SIM ()	NÃO ()
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM ()	NÃO ()
9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM ()	NÃO ()
10- Tem chorado mais do que costume?	SIM ()	NÃO ()
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	SIM ()	NÃO ()
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM ()	NÃO ()
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	SIM ()	NÃO ()
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM ()	NÃO ()
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM ()	NÃO ()
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM ()	NÃO ()
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	SIM ()	NÃO ()
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	SIM ()	NÃO ()
19- Você se cansa com facilidade?	SIM ()	NÃO ()
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	SIM ()	NÃO ()

Apêndice I - Protocolo de registro com base nos códigos do CITMI-R

Comportamentos emitidos pelo do bebê		Comportamentos maternos (Responsivos; Intrusivo; Protetor; Não-responsivos)	Comportamento do Bebê (Interativos; Não interativos)
Iniciativas prossociais Aproximação social positiva(Ap) ou neutra(A)	Sorri		
	Olha para a mãe		
	Vocaliza		
	Movimenta a boca		
	Tenta imitar expressões faciais		
	Tenta imitar vocalização		
Sinais de desconforto ou estresse Aproximação social negativa (An) ou choro/protesto (L)	Choro		
	Vocalização de protesto		
	Postura corporal rígida		
	Arqueamento das sombrancelhas		
	Olhar expressivo (sinal de medo)		
Tentativas de explorar o ambiente físico Jogo (J)	Olha atentamente para um objeto		
	Olha atentamente para a luz		
	Orientar-se na direção de sons		
Sinais indicadores de mudanças no estado de consciência Passividade (Pa)	Boceja		
	Fecha os olhos (sonolência)		
	Desinteresse pelo ambiente		

Apêndice J - Panfleto Cuidados Responsivos (Grupo comparação)



Desenvolvendo cuidados sensíveis com o bebê

Quando o bebê é cuidado de maneira sensível ele se desenvolve melhor. Para você ser sensível ao cuidar do seu bebê você deve prestar atenção aos sinais que ele dá.



▶ Como agir de forma sensível com o bebê

- ✓ Confortar o bebê quando ele chora ou mostra algum sinal de estresse;
- ✓ Olhar para o rosto do bebê e deixar que ele olhe para o seu;
- ✓ Prestar atenção nas coisas que interessam o bebê e deixar que ele as explore olhando, tocando, ouvindo;



- ✓ Dizer o nome das coisas em que o bebê esteja prestando atenção;
- ✓ Evitar interromper o bebê quando ele está tentando pegar ou olhar para alguma coisa;

Conecte-se com seu bebê e curta esses momentos 😊😊

Caso:



Apêndice K - Questionário de Satisfação com o Programa de Intervenção

Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre os seis encontros que tivemos aqui no hospital. Quero que você me responda com toda sinceridade, porque ainda estamos em uma fase de avaliação e melhoramento desses encontros. Sua opinião é muito importante para nós.

1) O que você achou de participar dos encontros com a Psicóloga facilitadora aqui no hospital?

Então, para você, participar dos encontros com a Psicóloga facilitadora aqui no hospital, foi:

- Ruim
- Médio
- Bom
- Muito bom

1) A Psicóloga facilitadora foi clara ao lhe dar as orientações durante os encontros?

Então, para você, a Psicóloga facilitadora, ao lhe dar as orientações durante os encontros, foi:

- Confusa
- Mais ou menos clara
- Clara
- Muito clara

2) O que você achou das informações que recebeu nos encontros?

Então, para você, as informações que você recebeu nos encontros foram:

- Pouco úteis
- Mais ou menos úteis
- Úteis
- Muito úteis

3) O que você achou do exercício de respiração praticado no início dos encontros?

Então, para você, o exercício de respiração praticado foi:

- Pouco útil
- Mais ou menos útil
- Útil
- Muito útil

6. Você notou alguma mudança na sua forma de brincar ou conversar com o (nome do bebê) após os nossos encontros?

Então, após os nossos encontros a tua forma de brincar ou conversar com o (nome do bebê) está da seguinte maneira:

- Não mudou nada. Continua da mesma forma
- Mudou um pouco. Você consegue entender mais o que ele quer
- Mudou um pouco. Você passou a gostar mais de brincar/conversar com ele
- Mudou muito. Você consegue entender mais o que ele quer e passou a gostar mais de brincar/conversar com ele

7. Você percebeu alguma mudança na sua forma de lidar com teus pensamentos e emoções após os nossos encontros?

Então, após os nossos encontros você percebe que a tua forma de lidar com teus pensamentos e emoções está da seguinte maneira:

- Não mudou nada. Continua lidando da mesma forma com seus pensamento e sentimentos
- Mudou um pouco. Você consegue notar seus pensamento e sentimentos, mas continua reagindo a eles
- Mudou muito. Você consegue notar seus pensamento e sentimentos, e não se deixa ser levada por eles

8) Que sugestões você teria a dar para melhorar os encontros?

Para você, no geral, ter passado por essa experiência foi:

- Ruim
- Médio
- Bom
- Muito bom

Apêndice L: trechos de intervenções realizadas com base na ACT

Os trechos das intervenções abaixo têm como base o conceito de esquiva experiencial da ACT e foram retirados de algumas sessões realizadas com uma mãe participantes da intervenção. No episódio 1 a mãe estava angustiada com a notícia de que teria de ficar com seu bebê hospitalizado durante 10 dias.

Episódio 1

Mãe: tem hora que eu fico imagino... ai meu deus, vou ter que ficar aqui dez dias? Que agonia.

Facilitadora: o que você costuma fazer quando tem esse tipo de pensamento?

Mãe: Eu fico tentando não pensar.

Facilitadora: mas, me parece que você continua pensando, não é?

Mãe: é! Eu digo ah, não vou ligar para isso, não quero dar atenção, mas aí eu volto a pensar novamente nisso e fico agoniada.

Facilitadora: Como você acha que estaria os pensamentos de qualquer outra mãe que veio para a maternidade apenas para ter seu bebê e recebe a notícia de que ele vai precisar ficar internado durante dez dias?

Mãe: acho que assim, agoniado, tipo os meus.

Facilitadora: Concordo!

Facilitadora: no início você tentou não pensar sobre isso, geralmente quando tentamos não pensar acabamos pensando mais sobre o acontecimento, fortalecendo ainda mais o pensamento(...), vou pedi para você, por exemplo, tentar não pensar em um elefante rosa nesse momento!

Mãe: Não tem como! (Risos)

Facilitadora: o que aconteceu?

Mãe: eu já pensei, né! Não tem como! (risos)

Facilitadora: Exatamente. Geralmente os pensamentos e sentimentos desagradáveis nos atrapalham na conexão com coisas importantes para nós. Uma das coisas que naturalmente tentamos fazer é tentar não ter esse tipo de pensamento ou sentimento, como você fez no início. No entanto, isso não nos ajuda muito, e às vezes até torna mais intensa e dolorosa a situação. Eu proponho que em vez de você tentar evitar sentir esses sentimentos e pensamentos você tente notar a presença deles como estão no momento sem tentar se esforçar para mudá-los. E, se você notar que eles estão muito fortes e atrapalhando você

focar a atenção durante os momentos de brincadeira com seu bebê, ou até mesmo quando estiver conversando comigo durante os nossos encontros eu gostaria que você me dissesse para que possamos conversar um pouco, como fizemos no início desse encontro.

Mãe: Certo.

No episódio 2 a mãe comentou sobre os seus sentimentos em relação ao início da gravidez e a presença do sentimento de culpa no momento atual.

Episódio 2

Mãe: eu andei pensando sobre aquelas coisas que te contei sobre o início da gravidez... foi bem difícil, eu não desejava, e xingava muito ele.

Facilitadora: O que você tem feito quando pensa nisso?

Mãe: ah, eu me culpo. Eu me arrependo tanto... tu nem imagina... me arrependo muito. Mas, também eu estava tipo depressiva por causa do problema de minha mãe (a mãe estava com câncer). Aí eu ficava pensando... “eu grávida e minha mãe com esse problema, eu não deveria ter permitido isso...”. Eu xingava muito ele (bebê) e me culpo muito por isso. É horrível.

T: como você acha que provavelmente se portaria outra mulher que estivesse passando por todos esses problemas que você estava passando e engravidasse?

M: Acho que dessa forma também, né? Não iria aceitar o bebê imediatamente.

T: Também penso que não.

A estratégia de intervenção utilizada no exemplo do episódio 1 teve a finalidade de mostrar à mãe que os pensamentos e sentimentos não podem ser controlados diretamente, e que estando naquela situação é natural ela ter esses pensamentos. Além disso, no episódio 2 a estratégia de intervenção teve a finalidade de favorecer a recontextualização verbal do sentimento de culpa apresentado pela mãe. Essas estratégias de intervenção na ACT visam favorecer a aceitação dos eventos privados (sentimentos e pensamentos) aversivos. Esses pensamentos e sentimentos foram “naturalizados”, ou seja, percebidos como parte do processo, isso, portanto, é uma forma da mãe praticar a aceitação e, assim, dar abertura para experimentar outras situações e sentimentos.

Apêndice M - Manual de intervenção breve sobre a responsividade de mães de bebês hospitalizados

Zelma Freitas Soares

Patrícia Alvarenga

Sumário

Apresentação	120
Primeira sessão: identificando e reduzindo a esquivas experiencial	121
<i>Foco da sessão</i>	121
<i>Rapport inicial e apresentação da proposta</i>	121
<i>Noções gerais sobre a esquivas experiencial</i>	122
<i>Fechamento</i>	124
Segunda sessão: Atenção plena	124
<i>Foco da sessão</i>	124
<i>Apresentação da atenção plena</i>	125
<i>Técnica de atenção plena: Prestando atenção na respiração</i>	126
<i>Discussão sobre a prática da atenção plena</i>	126
<i>Fechamento</i>	127
Terceira sessão: reconhecendo o potencial interativo do bebê	127
<i>Foco da intervenção</i>	127
<i>Rapport inicial</i>	128
<i>Técnica de atenção plena: Prestando atenção na respiração</i>	128
<i>Observação da interação mãe-bebê</i>	129
<i>Análise da interação mãe-bebê</i>	129
<i>Orientações</i>	130
<i>Modelação</i>	130
<i>Fechamento</i>	131
Quarta sessão: Aprendendo a noção de contingência social	131
<i>Foco da intervenção</i>	131
<i>Rapport inicial</i>	132
<i>Técnica de atenção plena: Prestando atenção na respiração</i>	133
<i>Observação da interação mãe-bebê</i>	133
<i>Análise da interação mãe-bebê</i>	133
<i>Orientações</i>	134
<i>Modelação</i>	136
<i>Fechamento</i>	138
Quinta sessão: O ritmo e o espaço do bebê: evitando as armadilhas da intrusividade	138
<i>Foco da intervenção</i>	138
<i>Rapport inicial</i>	138
<i>Técnica de atenção plena: Prestando atenção na respiração</i>	139
<i>Observação da interação mãe-bebê</i>	139
<i>Análise da interação mãe-bebê</i>	139
<i>Orientações</i>	140
<i>Modelação</i>	142
<i>Fechamento</i>	143
Sexta sessão: revisando conteúdos e fechamento da intervenção	144
<i>Foco da sessão</i>	144
<i>Rapport inicial</i>	144
<i>Revisando conteúdos trabalhados</i>	144
<i>Modelação</i>	145
<i>Fechamento da sessão</i>	146
<i>Fechamento da intervenção</i>	146
Referências	147
Apêndices	148

Apresentação

Este manual apresenta uma adaptação do Programa de Responsividade Materna (Alvarenga et al, 2012), para o contexto hospitalar. O programa de Responsividade Materna utiliza o método de vídeo *feedback*, que consiste em filmar episódios de interação entre a díade, editar o vídeo, assistir e discutir com a mãe a fim de promover melhora da qualidade da interação entre a díade. O Programa de Responsividade Materna focaliza duas dimensões da responsividade: a) dimensão socioemocional: respostas contingentes e adequadas da mãe às iniciativas pró-sociais do bebê (vocalizações positivas, sorrisos, olhar, gestos) e aos comportamentos que indicam desconforto e estresse; e b) dimensão cognitiva: respostas contingentes e adequadas da mãe ao comportamento exploratório do bebê, que o auxiliam na manutenção do foco de atenção, e uso de vocabulário rico durante a interação livre ou com brinquedos (Alvarenga et al, 2012).

O programa de Responsividade Materna envolve oito visitas domiciliares, entre o terceiro e o décimo mês de vida do bebê. O modelo de intervenção adaptado que se apresenta neste manual envolve seis sessões e foi intitulado Programa de Responsividade Materna/Recém-nascidos. A principal adaptação esteve relacionada à introdução de técnicas da abordagem psicoterapêutica Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) nas duas sessões iniciais, e de forma transversal ao longo das sessões de intervenção sobre a responsividade, com o objetivo 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, a fim de priorizar temas apropriados a fase desenvolvimental dos bebês internados em UTIs neonatais e unidades de tratamento de pequenos lactentes, bem como ao contexto hospitalar.

A estrutura original das sessões de intervenção sobre a responsividade materna foi mantida (Alvarenga et al., 2012), com a inclusão de um exercício de atenção plena durante cerca de cinco minutos no início de cada sessão e as mães serão incentivadas a falar sobre suas emoções e preocupações relacionadas ao adoecimento do bebê, caso esta seja uma demanda constatada pela facilitadora ou manifesta pelas próprias participantes. Além disso, a filmagem da interação entre a díade prevista no modelo original foi substituída pela observação direta da facilitadora e registro em uma ficha confeccionada especificamente para essa finalidade (Anexo B). Nesse sentido, cada sessão é realizada considerando a seguinte estrutura: 1) *Rapport inicial*: acolhimento e apresentação da sessão; 2) *técnica de*

atenção plena: prestando atenção na respiração; 3) *Observação da interação mãe-bebê*: observação de alguns minutos da interação face a face entre a díade; 4) *Análise da interação mãe-bebê*: a facilitadora examina o registro da interação observada, tomando como base os códigos de registro do método do CITMI-R (Alvarenga & Cerezo, 2013) e de categorias adicionais sobre a dimensão cognitiva da responsividade; 5) *Orientações*: 20 minutos de *feedback* em que a facilitadora discute 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 a facilitadora interage com o bebê mostrando para a mãe estratégias responsivas de aproximação e interação. A mãe é 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 siga exercitando as habilidades aprendidas.

Primeira sessão: identificando e reduzindo a esquiva experiencial

Foco da sessão:

O foco da primeira sessão está na formação de um vínculo com a mãe e esclarecimento das etapas da proposta de intervenção. Além disso, essa sessão também tem como foco a esquiva experiencial. O conceito de esquiva experiencial é abordado pela ACT e está relacionada à dificuldade de lidar com eventos privados aversivos (sentimentos e pensamentos) que levam a pessoa a tentar reduzir sua forma, frequência ou intensidade (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2003), a fim de suprimir o mal-estar e sentir-se bem. No entanto, a esquiva experiencial recorrente, consiste em um tipo de regulação verbal ineficaz com impactos significativos em diversos âmbitos da vida da pessoa (Luciano et al., 2006). Nesse sentido, um dos focos dessa sessão é criar ambiente favorável para que a mãe entre em contato com as emoções despertadas pelo contexto da maternidade e preocupações relacionadas à experiência de ter um filho doente e hospitalizado.

Estrutura da sessão

Rapport inicial e apresentação da proposta: “Para começar eu quero explicar a você como vão ser estes nossos encontros. Como eu lhe falei, eu vou vir aqui durante essa semana para conversar com você sobre essa sua experiência aqui no hospital e também sobre formas de ajudar o (nome do bebê) a se desenvolver melhor, que você pode praticar quando você tem

tempo livre para ficar com ele. Além disso, essas dicas sobre como lidar e brincar com seu filho também vão ajudar vocês a terem momentos mais prazerosos juntos. Esse processo consistirá em uma troca: eu estudei e sei algumas coisas sobre os bebês em geral, e você conhece e sabe muitas coisas sobre o seu bebê. O que ele gosta, o que ele não gosta, como é o jeitinho dele, enfim..., um pouco das nossas conversas vão ajudar você a ficar sabendo mais sobre o desenvolvimento dos bebês e o que fazer para facilitar isso, e vão me ajudar a saber mais coisas sobre mães e bebês para que eu e o nosso grupo de pesquisa possamos continuar ajudando outras famílias. Nós do grupo de pesquisa encontramos uma forma boa de fazer isso, usando a observação. Então em algumas sessões mais adiante eu irei observar você e o seu bebê juntos, e depois nós conversaremos sobre o que foi observado, certo? No entanto, para começarmos esse caminho eu gostaria de conhecer primeiro um pouquinho sobre você.

Noções gerais sobre a esQUIVA experiencial: “eu gostaria de entender como se sente aqui no hospital. Há quanto tempo seu bebê está internado? Você está tendo alguma dificuldade ou desconforto? Tem tido sentimentos ou pensamentos desconfortáveis que se sintam à vontade para compartilhar comigo?”. Após as respostas da mãe, suas expressões emocionais devem ser validadas e acolhidas de forma empática pela facilitadora. A facilitadora deve guiar a sessão de forma a respeitar o ritmo do relato da mãe, e identificando suas dificuldades. O manejo deve favorecer a percepção e a aceitação dos próprios sentimentos e preocupações por parte da mãe de modo que ela compreenda que eles são inerentes a esse contexto e que, portanto, faz sentido que ela esteja se sentindo angustiada, ansiosa ou desconfortável durante a hospitalização do seu bebê.

Seguem abaixo exemplos de trechos de intervenções no contexto hospitalar com base no conceito de esQUIVA experiencial da ACT. Os episódios abaixo relatam atendimentos ofertados a uma mãe que acompanhava seu bebê internado em uma Unidade de Pequenos Lactentes (UPL) por apresentar baixo peso ao nascer e sífilis congênita. No episódio 1 a mãe estava muito angustiada aguardando novos resultados de exames.

Episódio 1

P: Estou muito agoniada, ansiosa com os resultados dos exames.

T: Nesses momentos que pensamentos lhe vem à cabeça?

P: Penso que ela pode estar muito grave e que ela pode morrer e que a culpa é minha, pois não levei a gravidez a sério, não fiz o acompanhamento todo.

T: Como você se sente?

P: Me sinto triste e choro.

T: O que esses sentimentos mostram sobre você, enquanto mãe quando você se sente triste e chorar ou se culpa diante dessa situação?

P: Mostram que sou uma mãe preocupada e me importo com ela?

T: É o que me parece...

No episódio 2 a mãe estava em estado emocional semelhante por ter recebido notícias da equipe médica de que o seu bebê estava com anemia.

Episódio 2

P: Estou muito angustiada, não queria estar me sentindo assim.

T: Como você acha que poderia estar uma mãe que se importa com seu filho e que recebe a notícia de que ele está com mais um problema de saúde?

P: Angustiada e triste. Acho que qualquer mãe estaria assim, né.

T: Penso que sim.

Essas vinhetas de atendimentos mostram que a validação dos pensamentos e sentimentos da mãe frente ao adoecimento do filho favoreceu a diminuição da esquiva experiencial. A intervenção possibilitou que a mãe compreendesse esses sentimentos como parte do processo ao invés de encará-los como perturbações ou inadequações que deveriam ser evitadas ou eliminadas. Esses pensamentos e sentimentos foram “naturalizados”, ou seja, percebidos como parte do processo, isso, portanto, é uma forma da mãe praticar a aceitação. Na ACT aceitar significa abrir espaço para sentimentos, sensações, impulsos e emoções dolorosas. Ao invés de lutar contra eles a pessoa dá espaço para que estejam presentes e sejam como eles são, embora isso não signifique gostar ou querer a presença deles (Harris, 2009). 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).

Trabalhar a esquivia experiencial nessa primeira sessão é o primeiro passo para que a mãe possa dar abertura para se engajar em ações que mudem as contingências e passem a produzir reforçadores, como por exemplo, emitir respostas mais frequentes e eficazes em relação ao bebê, estando mais disponível para interagir com ele (aspectos que serão temas nas próximas etapas da intervenção). Nesse sentido, faz-se importante esclarecer para a mãe como os sentimentos e pensamentos desagradáveis nos afetam e como esses aspectos serão abordados ao longo das sessões: “os pensamentos e sentimentos desagradáveis geralmente nos atrapalham na conexão com coisas importantes para nós. Uma das coisas que naturalmente tentamos fazer é tentar não ter esse tipo de pensamento ou sentimento. No entanto, isso não nos ajuda muito, e às vezes até torna mais intensa e dolorosa a situação. Por exemplo, tente não pensar em um elefante rosa! Você percebe que ao tentar não pensar você pensou ainda mais no elefante? Pois então, é isso que acontece quando tentamos parar nossos sentimentos ou pensamentos. Eu proponho que em vez de você tentar evitar sentir esses sentimentos e pensamentos você tente notar a presença deles como estão no momento sem tentar se esforçar para mudá-los. Mas, se você notar que eles estão muito fortes e atrapalhando você focar a atenção durante os momentos de brincadeira com seu bebê, ou até mesmo quando estiver conversando comigo durante os nossos encontros eu gostaria que você me dissesse para que possamos conversar um pouco, como fizemos no início desse encontro. A proposta não é que você tente deixar de sentir ou pensar sobre coisas desagradáveis, mas que mesmo com essas preocupações e sentimentos você possa se conectar com seu bebê e/ou fazer outras coisas que também são importantes para você, entende?”

Fechamento

Durante o fechamento a facilitadora reitera a importância do encontro e sinaliza a continuidade do trabalho: “Hoje eu pude conhecer um pouquinho sobre você e sobre como está lidando com o internamento do (nome do bebê). Foi um encontro bastante produtivo! Depois de amanhã eu estarei aqui novamente para continuarmos conversando”.

Segunda sessão: Atenção plena

Foco da sessão

Essa sessão tem como foco a atenção plena (*mindfulness*). A atenção plena tem sido um recurso frequentemente utilizado no contexto da ACT e tem como principal objetivo

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 envolve abertura e curiosidade, portanto, a sua prática em conjunto com discussões sobre a importância do vínculo para a melhora da saúde e desenvolvimento do bebê, nesta sessão, tem como objetivo sensibilizar a mãe para a importância de aproveitar o período da internação para interagir e se conectar com o bebê. Será utilizado para esta sessão um exercício de atenção plena.

Estrutura da sessão

Apresentação da atenção plena: “Dando continuidade ao que a gente conversou no último encontro sobre os sentimentos e pensamentos desagradáveis hoje eu vou lhe mostrar uma técnica útil para você relaxar e deixar os pensamentos e preocupações um pouco de lado. O nome da técnica é atenção plena. Você já ouviu falar sobre isso em algum momento? A atenção plena nos ajuda a focar a atenção no que está acontecendo aqui e agora no momento presente que está sendo vivenciado. Isso nos permite desfrutar melhor das coisas simples da vida como respirar profundamente, relaxar os músculos ou saborear alguma coisa gostosa. Praticar a atenção plena também pode lhe ajudar a estar mais atenta às coisas que você ouve, vê e até aprender sobre o seu bebê. Além disso, praticar a atenção plena antes de estar com o seu bebê pode lhe ajudar a se conectar melhor com ele e aproveitar esses momentos de uma forma mais prazerosa. A atenção plena pode te ajudar a sair um pouco das preocupações e estar pronta para conhecer melhor o seu bebê. Mesmo com esses sentimentos difíceis que você compartilhou comigo na sessão anterior, e que de fato doem, você pode estar inteira para interagir com o seu bebê. O que você acha disso? Faz algum sentido para você? De início pode parecer algo difícil, mas com o treino você vai perceber que é possível. Uma das coisas que atrapalham a nossa conexão com uma outra pessoa que está conversando com a gente ou com uma comida gostosa que estamos comendo, são os pensamentos que vêm a nossa mente (por exemplo, nesse momento você pode estar pensando que essa técnica é muito difícil de praticar e você não irá conseguir). Mas, quero que saiba que isso é muito comum, os pensamentos estarão presentes o tempo todo, não temos como controlar isso. E não tem nada de errado em você ter esse tipo de pensamento. Com muita facilidade somos “carregados” por nossos pensamentos, e apesar de não termos controle sobre eles, a boa notícia é que nós podemos mudar a forma de nos relacionarmos com os nossos pensamentos a fim de nos conectarmos melhor com o que está sendo vivenciado agora. Podemos aprender a deixar que os pensamentos venham e vão em vez de nos agarrarmos a eles. Vamos fazer

um exercício, com duração de cinco minutos, para que fique mais claro para você o que fazer com os pensamentos para que eles não atrapalhem a sua experiência com o que está acontecendo no aqui-agora:

Técnica de atenção plena: prestando atenção na respiração

Essa técnica deve ser guiada pela facilitadora em tom de voz baixo, suave e uniforme, de forma lenta e fazendo pausas. Sua duração deve ser de no máximo cinco minutos. Caso o ambiente tenha barulho que possa interferir na aplicação, uma alternativa possível é gravar o exercício em áudio e ofertar para a mãe escutar em fones de ouvidos.

- “Sente-se com as costas retas, pés no chão, mãos relaxadas sobre as coxas. Feche os olhos.”
- “Sinta as sensações em seus pés e pernas. Barriga e estômago. Peito e costas. Ombros, braços e mãos. Pescoço, rosto e cabeça.”
- “Procure relaxar. Então, se surgir uma sensação no corpo (por exemplo, uma coceira no nariz), tente só perceber essa sensação sem fazer nada. Tente evitar movimentos.”
- “Agora preste atenção na sua respiração. Se está lenta ou rápida. Tente respirar mais lentamente. Puxe o ar pelo nariz e solte ele pelo nariz também. Sinta o ar entrando nas narinas e o ar saindo das narinas. O ar mais frio ao entrar, o ar mais quente saindo.
- “Se sentir alguma parte do corpo tensa, tente relaxá-la na hora em que o ar sai das narinas.”
“Agora eu quero que você preste atenção no que acontece com a sua barriga quando você puxa o ar e quando você solta o ar. Coloque uma das mãos na parte de baixo da barriga. Quando você puxa o ar a barriga sobe, e quando você solta o ar a barriga desce. Sobe e desce. Sobe e desce. Sobe e desce...”
- “Não se preocupe tentando identificar se está respirando adequadamente. Apenas sinta sua respiração como ela está agora.
- “Quando os pensamentos aparecerem volte calmamente a prestar atenção na respiração, no ar que entra e sai. Não julgue seus pensamentos, deixem ir e vir, apenas carinhosamente volte a prestar atenção na respiração.”
- “Agora, lentamente comece a mover os dedos dos pés e das mãos, abra os olhos bem devagar, e espreguice seu corpo da forma que for confortável para você.”

Discussão sobre a prática da atenção plena: o que você achou da experiência? Foi difícil? Ficou mais ansiosa ou mais relaxada? O principal objetivo dessa técnica é te ajudar a se

conectar com esse momento presente. A partir de coisas simples como prestar atenção na nossa respiração pode nos ajudar a treinar focar melhor nossa atenção para o que estamos vivendo no presente. Neste exercício você tentou ficar prestando atenção só na sua respiração e sentiu tranquilidade, calma...é o oposto do que fazemos a maior parte do tempo quando prestamos atenção em mil coisas. Nós vamos repetir essa técnica para que você se acostume a fazer uma coisa de cada vez enquanto estiver aqui no hospital para ficar mais calma com seu bebê. Assim: quando você estiver olhando para o (Nome do bebê) você vai tentar só ficar olhando para ele, como fez com a respiração, percebendo a carinha dele, fazendo um carinho nele e vendo como ele reage. Mesmo com as preocupações presentes, você pode deixa-las ir e vir enquanto foca sua atenção em coisas que são importantes para você, como por exemplo, focar no seu bebê por alguns instantes. Isso faz sentido para você? Isso pode ajudar muito na recuperação e no desenvolvimento dele. O que você quer me perguntar sobre isso que tentamos fazer hoje?

Fechamento

No fechamento a facilitadora deve incentivar a mãe a praticar a técnica de atenção plena aprendida durante a semana e pactuar a sessão seguinte:

“Eu gostaria que você fizesse esse exercício amanhã e me contasse depois de amanhã como foi. A partir do próximo encontro, antes de começarmos o tema específico da sessão você será convidada a praticar esse exercício. Isso irá te ajudar a focar melhor sua atenção em cada conteúdo que iremos trabalhar, a fim de que você aproveite melhor a intervenção, além de favorecer que você se conecte ainda mais com o (nome do bebê). Gostaria de te informar também que nas próximas sessões nós vamos incluir mais diretamente a participação do (nome do bebê). Para isso é importante que ele esteja em estado de alerta (atento, acordado), então eu gostaria de saber contigo quais horários ele costuma estar acordado.”

Terceira sessão: reconhecendo o potencial interativo do bebê

Foco da intervenção

O foco da intervenção nessa terceira sessão, que se configura a primeira sessão de intervenção sobre a responsividade está no potencial interativo do bebê. Por tratar-se da primeira sessão de intervenção sobre a responsividade a facilitadora evitará intervir sobre o

comportamento materno. Apenas na etapa da *modelação* a facilitadora deverá introduzir noções sobre a resposta aos sinais do bebê, sem, no entanto, torna-las o foco da intervenção.

O objetivo da sessão é utilizar o episódio de interação mãe-bebê para 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. O contexto interativo proposto é a interação face-a-face, sem o auxílio de objetos, que favorecerá o foco da intervenção sobre os comportamentos do bebê que indicam a busca de contato social (olhar, sorriso, vocalizações, imitação, etc.) e eventuais demonstrações de estresse ou desconforto (choro, vocalizações de protesto, posturas corporais rígidas, expressões faciais, etc.), além dos estados de consciência do bebê. A mãe será convidada a atentar para os comportamentos observados do bebê e a discussão em torno desses aspectos enfatizará a importância de atentar a esses sinais para entender o que o bebê está comunicando e responder a esses sinais de uma forma que o bebê se sinta ativo na relação e, ao mesmo tempo, compreendido em suas intenções comunicativas.

Estrutura da sessão

Rapport inicial: “Para começar eu quero explicar a você como vão ser estes três próximos encontros. Como eu lhe falei na sessão inicial, nessas três próximas sessões nós iremos discutir sobre formas de ajudar o (nome do bebê) a se desenvolver melhor, que você pode praticar quando você tem tempo livre para ficar com ele. Como lhe disse, é uma troca: eu estudei e sei algumas coisas sobre os bebês em geral, e você conhece e sabe muitas coisas sobre o seu bebê. O que ele gosta, o que ele não gosta, como é o jeitinho dele, enfim...as nossas conversas vão ajudar você a ficar sabendo mais sobre o desenvolvimento dos bebês e o que fazer para facilitar isso, e vão me ajudar a saber mais coisas sobre mães e bebês para que eu e o nosso grupo de pesquisa possamos continuar ajudando outras famílias. Conforme te disse no primeiro encontro, o nosso grupo de pesquisa encontrou uma forma interessante de fazer isso, observando a mãe e o bebê juntos por alguns minutos. Então primeiro eu observo você e o seu bebê juntos e depois nós conversamos sobre o que eu pude notar de vocês, certo?” “Mas, antes de realizarmos esse momento de interação entre você e o seu bebê vamos repetir aquele exercício da respiração que treinamos na sessão passada, tudo bem?”

Técnica de atenção plena: Prestando atenção na respiração (aplicar conforme descrita na sessão 2).

Observação da interação mãe-bebê

A facilitadora propõe que a mãe se sente de forma que fique em posição face-a-face com o bebê e faça o que quiser com ele durante cinco minutos. Ela pode posicionar o bebê em seu colo ou então, deitado no berço. O que a mãe vai fazer durante os cinco minutos, fica a seu critério. A única orientação é que ela aja como de costume e não utilize brinquedos ou objetos:

“Quero que você fique sentada com seu bebê no colo ou deixe ele no berço de frente para você, de forma que ele possa ver bem seu rosto e que você possa ver bem o rosto dele (*a facilitadora mostra a posição para a mãe, caso ela não entenda*). Fique ali com ele nessa posição, durante cinco minutos, e faça o que você quiser, o que você costuma fazer quando tem tempo livre para estar com ele.”

ATENÇÃO: nos casos em que o bebê esteja dormindo a facilitadora deve selecionar previamente vídeos que ilustrem bem os temas da sessão para que sejam utilizados como alternativa. Faz-se importante ressaltar o fato de que esses vídeos não estarão disponíveis nesse manual, portanto, a seleção cuidadosa dos vídeos é de responsabilidade de cada facilitador que for aplicar a intervenção.

Análise da interação mãe-bebê

A facilitadora realizará a análise da interação mãe-bebê com base nos códigos (categorias) do CITMI-R (Anexo B), conforme previsto no manual. Contudo, nesta primeira visita, o foco da intervenção será sobre comportamentos que indicam o potencial interativo do bebê. Por isso, a análise, neste momento, não priorizará sequências interativas, mas sim os seguintes comportamentos do bebê: a) iniciativas prossociais (aproximação social positiva ou neutra/Ap e A, como sorrir, olhar para a mãe, vocalizar, movimentar a boca ou tentar imitar expressões faciais ou vocalizações maternas); b) sinais de desconforto ou estresse (aproximação social negativa/An ou choro/protesto/L, como choro, vocalizações de protesto, posturas corporais rígidas, arqueamento das sombrancelhas, alteração da expressão facial, olhar expressivo - que pode indicar medo, etc.); c) tentativas de explorar o ambiente físico (jogo/J, como olhar atento para objetos ou luzes, orientar-se na direção de sons, etc.); e d) sinais indicadores de mudanças no estado de consciência (passividade/Pa e comportamentos como bocejar, fechar os olhos, etc., que podem indicar sonolência).

Orientações

Antes de sinalizar para a mãe os episódios selecionados durante a observação, a facilitadora deve introduzir o tema da discussão, falando sobre o potencial interativo do bebê:

“Você sabia que há um tempo atrás todos achavam que o bebê chegava no mundo sem saber nada, enxergando muito pouco, muito despreparado? Hoje sabemos que ele já nasce pronto para atrair a atenção da mãe ou de quem cuida dele e mostrar o que ele precisa. Quanto mais você ficar atenta e perceber essas tentativas que ele faz de se comunicar e atrair você para perto dele, mais esperto e seguro ele vai ficando, porque ele também percebe que você está entendendo ele, que ele está conseguindo se comunicar. Mesmo doente o bebê quer se conectar com o mundo e com as pessoas em sua volta. Vamos conversar um pouco sobre o que eu pude notar dessas tentativas de comunicação do (nome do bebê)? ”

A facilitadora, então, relata os comportamentos observados e explicita para a mãe as intenções comunicativas do bebê. A facilitadora deve adotar uma atitude flexível e receptiva ao falar das intenções comunicativas do bebê, sempre buscando a confirmação ou considerando possíveis discordâncias da mãe (ex. “veja como ele olhou atentamente para você e como ele mexeu a boquinha. Ele estava sinalizado que queria sua atenção. Ele ainda não fala, mas é como se ele estivesse tentando lhe dizer algo, conversar com você. Você notou isso?). No caso de bebês recém-nascidos uma atenção especial deve ser dada aos estados de consciência do bebê, sempre ressaltando a importância do sono nessa fase. A facilitadora deve ajudar a mãe a discriminar os estados de consciência do bebê (ex: sono profundo, sonolento e alerta) e discutir sobre estratégias de interação que ela pode utilizar frente a cada um desses momentos (Ex 1: “olha como ele está fechando os olhinhos lentamente, ele parece está sonolento. Uma coisa boa que você pode fazer nesse momento é cantar bem baixinho para ele”. Ex 2: “agora ele realmente adormeceu, então, é muito importante você deixar ele quietinho na posição que ele mais gosta de dormir. Se for possível é sempre bom diminuir a luminosidade e a altura da voz para não assustar ele”. Ex 3: “olha como ele está olhando atentamente para você! Ele está querendo interagir com você. Quando ele estiver assim atento você pode conversar à vontade com ele. Os bebês adoram quando conversamos com eles”!)

Modelação

Considerando o foco da sessão, que está no potencial interativo do bebê e não ainda nos comportamentos maternos, a modelação neste primeiro encontro será utilizada com o

objetivo de dar a mãe modelos de interpretação das intenções comunicativas do bebê. A facilitadora deve interagir com o bebê durante cinco minutos, e interpretar os seus sinais, ao mesmo tempo respondendo sensivelmente a eles, sempre atenta ao estado de consciência do bebê no momento. Contudo, o foco para a intervenção junto à mãe, não deve estar na resposta ao sinal da criança, mas sim na interpretação desses sinais (ex. “veja como ele está mostrando que está começando a ficar com sono (*a facilitadora diz isso voltando-se para a mãe*). Você tá com soninho, é? Quer tirar um cochilo?” (*a facilitadora diz isso voltando-se para a criança*)).

Ao final dos cinco minutos a facilitadora deve introduzir a noção de que a interpretação adequada dos sinais da criança auxilia a mãe a responder de forma apropriada.

“É muito importante você prestar atenção a esses sinais que o seu bebê lhe mostra, porque eles vão lhe guiar, lhe ajudar a reagir a eles, mostrando que você entende que ele quer se comunicar com você. Mesmo que você às vezes não entenda o que ele quer te mostrar, quando ele vê que você está prestando atenção e tentando entendê-lo, ele fica feliz e tranquilo e sente vontade de seguir na tentativa de se comunicar com você. Como falamos no início isso vai deixando ele cada vez mais esperto e vai criando nele um sentimento de confiança nesse mundo, que é muito novo e desconhecido para ele.”

Fechamento

No fechamento a facilitadora deve incentivar a mãe a praticar a observação interpretação dos sinais do bebê até a sessão seguinte:

“Eu proponho então que você pratique isso que nós conversamos hoje. Que você tire um tempinho para ficar com seu bebê, prestando atenção nas tentativas de comunicação dele e tentando entender o que ele está querendo lhe mostrar, lhe dizer. Tente fazer isso também na sua rotina diária com ele, quando ele acorda ou quando você faz ele dormir, na hora de dar de mamar, no banho...tente perceber o que ele está comunicando. Vamos ver o que você vai descobrir até o nosso próximo encontro!”

Quarta sessão: Aprendendo a noção de contingência social

Foco da intervenção

O foco da intervenção na quarta sessão está na noção de contingência das respostas maternas em relação aos comportamentos do bebê. Enquanto na primeira sessão de intervenção sobre a responsividade a facilitadora evitou intervir sobre o comportamento

materno, neste segundo encontro ela começará a intervir sobre a interação da díade com especial destaque para as respostas maternas aos sinais do bebê.

O objetivo da sessão é utilizar o episódio de interação mãe-bebê para que as mães compreendam o que são respostas discriminativas e adequadas, assim como a importância de apresentá-las imediatamente após o comportamento da criança. O contexto interativo proposto é a interação com um brinquedo (uma argola com objetos coloridos pendentes). Considerando o risco de infecção no contexto hospitalar os brinquedos não devem ser compartilhados pelas crianças. A cada díade um brinquedo diferente precisa ser utilizado. Nesse contexto, poderão ser trabalhadas tanto as respostas da mãe a comportamentos prossociais como sorrisos e vocalizações positivas ou de protesto, como também aquelas relacionadas a tentativas do bebê de explorar o ambiente (comportamentos direcionados aos objetos).

A facilitadora, inicialmente, retomará as noções introduzidas na sessão anterior, relacionadas ao potencial interativo do bebê, para então discutir com a mãe a importância de suas respostas a esses sinais e comportamentos. Novamente será enfatizada a importância de atender a esses sinais para entender o que o bebê está comunicando e responder a esses sinais de uma forma que o bebê se sinta ativo na relação e, ao mesmo tempo, compreendido em suas intenções comunicativas.

Estrutura da sessão

Rapport inicial: “Para começar eu quero lembrar com você o que nós conversamos no nosso último encontro. O que você lembra da nossa conversa? (A facilitadora deve encorajar os relatos da mãe. Caso ela não se recorde ou demonstre dificuldade de lembrar ou relatar o que foi trabalhado na visita anterior, a facilitadora deve retomar as principais noções que foram trabalhadas): “o bebê já nasce pronto para atrair a atenção da mãe ou de quem cuida dele e mostrar o que ele precisa”; “quanto mais você ficar atenta e perceber essas tentativas que ele faz de se comunicar e atrair você para perto dele, mais esperto e seguro ele vai ficando, porque ele também percebe que você está entendendo ele, que ele está conseguindo se comunicar”; “mesmo que você às vezes não entenda o que ele quer te mostrar, quando ele vê que você está prestando atenção e tentando entendê-lo, ele fica feliz e tranquilo e sente vontade de seguir na tentativa de se comunicar com você”. Em seguida a facilitadora deve perguntar à mãe se ela pôde notar essa capacidade de seu bebê mostrar suas necessidades e se comunicar (solicitar exemplos), e se algo surpreendeu a mãe nesses últimos dias. As

respostas da mãe devem ser reforçadas de forma contingente, com entusiasmo e elogios. Caso a resposta da mãe seja negativa, ou seja, caso ela não relate ter percebido esses sinais de seu bebê, a facilitadora deve dizer: “Não tem problema. Hoje nós vamos continuar conversando e assim as coisas vão ficando mais claras”.

“Hoje nós vamos começar a ver como você pode agir para ajudar ele a se sentir cada vez mais ativo e participativo nas brincadeiras e nas atividades do dia-a-dia de vocês. Assim como da outra vez que vim aqui, eu vou observar vocês dois brincando e depois vamos conversar sobre isso, certo?” “Antes de realizarmos essa observação vamos praticar novamente aquele exercício de respiração, tudo bem?” “Você lembra para que estamos usando esse exercício da respiração?” Caso a mãe tenha esquecido o objetivo da técnica é importante retomar para que a prática faça sentido para ela.”

Técnica de atenção plena: Prestando atenção na respiração (aplicar conforme descrita na sessão 2).

Observação da interação mãe-bebê

A facilitadora propõe que a mãe se sente de forma que fique próxima ao bebê. Ela pode deixá-lo deitado, sentá-lo em seu colo ou sentá-lo no berço apoiado, de frente para ela. Em seguida a facilitadora entrega o brinquedo à mãe, dizendo: “Eu quero que você brinque com seu bebê durante cinco minutos. Faça o que você quiser. Se você quiser, pode usar esse brinquedo que eu trouxe”.

ATENÇÃO: nos casos em que o bebê esteja dormindo a facilitadora deve selecionar previamente vídeos que ilustrem bem os temas da sessão para que sejam utilizados como alternativa. Faz-se importante ressaltar o fato de que esses vídeos não estarão disponíveis nesse manual, portanto, a seleção cuidadosa dos vídeos é de responsabilidade de cada facilitador que for aplicar a intervenção.

Análise da interação mãe-bebê

A facilitadora realizará a análise da interação mãe-bebê com base nos códigos do CITMI-R (Anexo B), utilizado no modelo da intervenção original. O foco da intervenção será sobre respostas maternas que são adequadas e contingentes aos comportamentos que o bebê apresenta durante o episódio de interação observado. A facilitadora deve selecionar

cinco sequências interativas, se possível diferentes uma da outra, que mostrem respostas adequadas e contingentes da mãe a diversos sinais do bebê, como vocalizações positivas (Ap), vocalizações de protesto (An), gestos (A, Ap ou J), sorrisos (Ap), olhar (A) e comportamentos exploratórios em relação ao brinquedo (J). Também deve ser selecionada uma sequência interativa em que a mãe demonstre não ter percebido, interpretado e respondido de forma contingente ao comportamento do bebê (ex. o bebê vocaliza e olha para a mãe e a mãe não responde com uma vocalização ou verbalização). As respostas da mãe a esses comportamentos devem ser igualmente codificadas pela facilitadora (S, Sp, T, Tp, Tn, P, Pp, Pn, F).

Orientações

Antes de sinalizar para a mãe os episódios interativos selecionados a partir da observação, a facilitadora deve introduzir o tema da discussão, falando sobre a noção de contingência:

“Eu pude notar que você *tem muitas maneiras de brincar com o seu bebê/gosta de brincar com seu bebê* e isso é um ótimo começo para nós! O que eu vou discutir com você hoje é como utilizar tudo isso que você já faz quando brinca com ele, de uma forma que mostre para o seu bebê que o que ele faz provoca reações em você. Por exemplo, que quando ele faz algum som, você olha para ele, ou responde para ele, dizendo alguma coisa. Ou então que quando ele chora, você consola ele. Ou seja, a ação dele provoca uma reação em você. Isso é muito importante para ele desenvolver uma segurança, uma confiança no mundo: ele perceber ação e reação. Existem alguns sinais dele que são claros e que com certeza você percebe e reage muito rápido, como o choro. Mas têm outros que não são tão claros, quando ele está só um pouco irritado, ou quando ele está tentando conversar com você. Então nós vamos tentar fazer com que esses sinais fiquem mais claros para você. Vamos ver alguns exemplos aqui que pude observar”. A facilitadora, então, relata cada uma dos cinco episódios selecionados, descrevendo para a mãe os seguintes elementos: comportamento do bebê – comportamento da mãe – efeito do comportamento da mãe sobre o comportamento do bebê. Por exemplo: (ex: você percebeu como ele mudou a expressão do rosto, levantando as sobrancelhas, quando ouviu o barulho da maca que passou? Ele estava incomodado e você notou isso. Você parou de mostrar o brinquedo e tentou confortá-lo, tocando nele de forma carinhosa, falando “fique tranquilo filhinho, a mamãe está aqui com você! Esse barulho é comum aqui porque tem muitas pessoas trabalhando o tempo todo para cuidar das mães e

dos bebês. Logo estaremos na nossa casa, que é um local mais tranquilo e aconchegante!”. Ele logo parou de fazer aquela careta, mostrando que tinha ficado tranquilo. Você notou isso? A rotina de um hospital é muito cansativa, até para um adulto é difícil se acostumar. Para um bebê é ainda mais difícil, pois ele vê as coisas acontecendo, mas não entende. O que você fez foi muito importante, pois fez ele se sentir mais seguro nesse lugar barulhento e estranho para ele. A facilitadora deve proceder da mesma forma com quatro dos cinco episódios retomando sempre a idéia de *segurança* e de *ação e reação*. Durante toda a orientação, a facilitadora deve manter uma atitude responsiva e flexível diante de possíveis discordâncias ou dúvidas da mãe, estimulando sua participação ativa na intervenção. Após a discussão da quinta sequência, a facilitadora deve retomar a importância da noção de contingência social: “Quando essas trocas entre você e ele acontecem no dia-a-dia, ele vai percebendo que o que ele faz provoca reações em você, ou nas pessoas ao redor dele. Isso dá segurança para ele, porque ele percebe que ele consegue atrair a atenção e os cuidados dos adultos, e também faz com que ele aprenda que *toda ação causa uma reação*. Este é um aprendizado muito importante para ele, pois é assim que o mundo funciona, não é?”.

Por fim, a facilitadora deve relatar a última sequência interativa, aquela que exhibe uma resposta não contingente da mãe ao comportamento do bebê. O objetivo da discussão dessa sequência é, após ter reforçado as respostas adequadas e contingentes da mãe, estimular a discriminação de respostas não contingentes aos sinais do bebê. A facilitadora deve relatar a sequência utilizando o procedimento de descrever os seguintes elementos: comportamento do bebê – comportamento da mãe – efeito do comportamento da mãe sobre o comportamento do bebê, buscando a confirmação da mãe acerca da descrição. A facilitadora deve introduzir a discussão da sequência não responsiva da seguinte forma: “Agora vamos ver outro exemplo de situação em que você parece não ter percebido um sinal do seu bebê, ou seja, a ação dele não provocou uma reação em você. Por exemplo: quando você mostrou o brinquedo ele virou o rosto, aí você foi e colocou o brinquedo na frente do rosto dele, ele virou o rosto para o outro lado e você colocou novamente o brinquedo na frente dele. Ele estava tentando te dizer que não queria olhar para o brinquedo, mas você parece não ter conseguido notar isso e continuou mostrando... Isso é normal de acontecer, mas quando acontece ele não sente que causou uma reação em você, porque ele não conseguiu uma resposta sua. Como você se sente quando tenta dizer algo a alguém e a pessoa parece não estar lhe ouvindo? Não é frustrante? Do jeitinho dele, ele estava pedindo para você parar, mas você não percebeu. Muitas vezes fazemos isso porque costumamos pensar

que os bebês não têm tanta capacidade de se comunicar ou até de se incomodar com certas coisas. A facilitadora, então, estimula a mãe a pensar em uma resposta alternativa ao comportamento do bebê: “Então o que você acha que poderia ter feito nessa hora?” Caso a mãe não responda, ou responda de forma inadequada ou insuficiente, a facilitadora deve responder a pergunta e ao mesmo tempo mostrar que não há apenas uma possibilidade de reação ao comportamento do bebê: “Você poderia, por exemplo, simplesmente parar de fazer o movimento que estava incomodando. Melhor ainda, você poderia parar e dizer: você não gostou, não é? Então não vou fazer mais. Assim, ele se sentiria ouvido, compreendido. E como vimos, isso faz ele ficar mais tranquilo, seguro e também mais esperto para mostrar o que ele quer ou precisa, e para perceber que no mundo toda ação causa uma reação.”

Ao dar exemplos de respostas contingentes que a mãe poderia ter emitido, a facilitadora deve ter cuidado para não sugerir comportamentos muito estruturados e complexos. Ela deve enfatizar que são muitas as formas de se reagir a um sinal específico, estimulando a mãe a contribuir com sugestões e descrever respostas que ela costuma dar ao comportamento da criança.

Modelação

Considerando o foco da sessão, que está na noção de contingência, a modelação neste encontro será utilizada com o objetivo de dar a mãe modelos de interpretação das intenções comunicativas do bebê e de respostas adequadas e imediatas a esses sinais. A facilitadora deve interagir com o bebê durante cinco minutos, e interpretar os sinais da criança, ao mesmo tempo respondendo sensivelmente a eles e descrevendo algumas dessas sequências interativas para a mãe. Por exemplo: “veja como ele está mostrando que está começando a ficar com sono (*a facilitadora diz isso voltando-se para a mãe*). Você tá com soninho, é? Quer tirar um cochilo?” (*a facilitadora diz isso voltando-se para a criança*). O que você costuma fazer quando ele está com sono? (*a facilitadora diz isso voltando-se para a mãe*). Caso a mãe não responda ou dê uma resposta inadequada ou insuficiente, a facilitadora deve apresentar uma alternativa. Por exemplo: você poderia pegá-lo um pouco no colo ou colocá-lo em uma posição de descanso. Não é isso que você costuma fazer? (*a facilitadora diz isso voltando-se para a mãe*). A partir da resposta, a facilitadora deve estimular a mãe a fazer o que disse, se possível, descrevendo o impacto do comportamento materno sobre o comportamento do bebê: “você notou como ele se acalmou e se aconchegou em você? É porque ele se sentiu entendido e conseguiu o que ele precisava naquele momento”.

A proposta dessa sessão de modelação é sempre fornecer modelos apropriados de interpretação e resposta contingente aos sinais do bebê, e estimular a mãe a participar da brincadeira e tentar praticar o que está observando e aprendendo. Na medida do possível, a facilitadora deve estimular ou dar destaque, durante a brincadeira, a ocorrências de novas habilidades e comportamentos que costumam surgir (ex. mexe os olhos ou a cabeça explorando o ambiente, acompanha objetos com o olhar, reage aos sons, muda expressão indicando reconhecer o cuidador, entre outros).

Além de dar modelos de interpretação e resposta apropriadas ao comportamento do bebê a facilitadora deve ensinar à mãe que a imitação de comportamentos e expressões faciais do bebê também constituem uma maneira muito eficaz de mostrar a ele que as suas ações causam reações na mãe: “Outra coisa que você pode fazer é brincar de imitar seu bebê. Você se posiciona bem próximo ao rostinho dele e tenta copiar as coisas que ele faz. Pode ser uma careta, um bocejo, um espirro, um som que ele faz, enfim...o que importa é que ele perceba que você notou o que ele fez e está fazendo igual. Os bebês ficam impressionados e adoram ver que o que eles fazem causa uma reação nos adultos!”

Ao final dos cinco minutos a facilitadora deve retomar a noção de que a interpretação e a resposta adequada dos sinais da criança propiciam conforto em situações de estresse (ex. dor, sono, situações novas) e o desenvolvimento da comunicação na criança.

“É muito importante você prestar atenção a esses sinais que o seu bebê lhe mostra, porque eles vão lhe guiar, lhe ajudar a reagir a eles, mostrando que você entende que ele quer se comunicar com você. Mesmo que você às vezes não entenda o que ele quer te mostrar, quando ele vê que você está prestando atenção e tentando entendê-lo, ele fica feliz e tranquilo e sente vontade de seguir na tentativa de se comunicar com você. Como falamos no início isso vai deixando ele cada vez mais esperto e vai criando nele um sentimento de confiança nesse mundo, que é muito novo e desconhecido para ele.” Por fim, a facilitadora deve ressaltar o fato de que não se espera que a mãe seja 100% responsiva aos comportamentos de seu bebê: “É claro que você nem sempre poderá fazer isso, não poderá estar todo o tempo ligada no que ele está querendo comunicar, afinal você tem outros afazeres, outras preocupações. O que eu vou propor para você é que você procure estar bem ligada e atenta a ele, quando vocês estiverem brincando, quando você estiver dando banho, enfim...quando você estiver se dedicando a ele. Isso vai fazer toda a diferença para o desenvolvimento do seu bebê.”

Fechamento

No fechamento a facilitadora deve incentivar a mãe a praticar respostas contingentes aos comportamentos e sinais do bebê até a sessão seguinte:

“Eu proponho então que você pratique isso que nós conversamos hoje. Que você tire um tempinho para ficar com seu bebê, prestando atenção nas tentativas de comunicação dele, tentando entender o que ele está querendo lhe mostrar, lhe dizer e reagindo a esses sinais dele de um jeito que ele se sinta ouvido, compreendido. Tente fazer isso também na sua rotina diária com ele, quando ele acorda, na hora de dar de mamar, no banho. Vamos ver o que você vai descobrir até a nossa próxima visita!”

Quinta sessão: O ritmo e o espaço do bebê: evitando as armadilhas da intrusividade

Foco da intervenção

O foco da intervenção no terceiro encontro destinado à responsividade está na percepção e respeito ao ritmo e ao espaço do bebê, e na capacidade de identificar e evitar condutas intrusivas durante as brincadeiras. O objetivo do encontro é retomar a noção de contingência social ensinada no último encontro e, expandindo-a, mostrar à mãe a importância de que ela observe o ritmo do comportamento do seu bebê, e a sua necessidade de ter seu espaço preservado e respeitado, buscando uma conexão harmoniosa com ele.

O episódio de interação envolverá um brinquedo a fim de ampliar as possibilidades de exploração e evocar condutas intrusivas por parte da mãe. A facilitadora retomará a noção de contingência social trabalhada na sessão anterior, explicando que nesta sessão serão discutidas novas dicas do que fazer e do que não fazer durante as brincadeiras para estimular o desenvolvimento do bebê.

Estrutura da sessão

Rapport inicial: “Para começar eu quero relembrar com você o que nós conversamos no nosso último encontro. O que você lembra da nossa conversa? (A facilitadora deve encorajar os relatos da mãe. Caso ela não se recorde ou demonstre dificuldade de relembrar ou relatar o que foi trabalhado na sessão anterior, a facilitadora deve retomar as principais noções que foram trabalhadas): no encontro passado vimos como é importante o bebê aprender que as ações dele provocam reações nas outras pessoas, especialmente nos adultos que cuidam dele. Vimos o quanto isso é importante para que ele se sinta seguro e tranquilo, e para que ele

desenvolva formas de se comunicar com você e com outras pessoas. Teve algo que lhe chamou atenção nesses últimos dias, alguma mudança nessa capacidade do seu bebê de se comunicar com você e na sua capacidade de reagir aos sinais dele? Após discutir brevemente os pontos trabalhados no último encontro, a facilitadora deve introduzir o tema da sessão:

“Hoje nós vamos continuar vendo formas de ajudar o (nome do bebê) a se desenvolver e vamos falar sobre algumas coisas que nós adultos às vezes fazemos quando brincamos com eles, e que atrapalham ou incomodam as crianças. Assim como das outras vezes, eu vou observar vocês dois e depois conversar sobre o que foi observado, certo?”
 “Mas, antes de realizarmos essa observação eu gostaria que você praticasse novamente aquele exercício de respiração, conforme fizemos nas duas últimas sessões, tudo bem?”

Técnica de atenção plena: Prestando atenção na respiração (aplicar conforme descrita na sessão 2).

Observação da interação mãe-bebê

A facilitadora propõe que a mãe se sente de forma que fique próxima ao bebê. Ela deve deixá-lo sentado com ou sem apoio de frente para ela. Em seguida a facilitadora entrega o brinquedo à mãe, dizendo: “Eu quero que você brinque com seu bebê durante cinco minutos utilizando esse brinquedo que eu trouxe.”

ATENÇÃO: caso o bebê esteja dormindo a facilitadora deve utilizar uma boneca, (Anexo A) como recurso alternativo, para realização dessa sessão.

Análise da interação mãe-bebê

A facilitadora realizará a análise da interação mãe-bebê com base nos códigos do CITMI-R (Anexo B), utilizado no modelo da intervenção original. O foco da intervenção será sobre respostas maternas que demonstram a capacidade de perceber e respeitar o ritmo e o espaço do bebê, assim como sobre respostas intrusivas, que interrompem ou perturbam a atividade na qual o bebê está engajado. A facilitadora deve selecionar três sequências interativas, se possível diferentes uma da outra, que mostrem respostas que demonstram que a mãe percebeu e respeitou o ritmo e o espaço do bebê e três sequências com respostas intrusivas. Portanto, o foco de análise está em sequências que envolvam os códigos S ou Sp (no caso de respostas adequadas da mãe), e sequências que envolvam os códigos Tp, T e Tn, ou Pp, P e Pn (no caso de respostas intrusivas da mãe). Se possível, as facilitadoras devem identificar e utilizar sequências que envolvam a brincadeira independente da criança (J) e

condutas intrusivas da mãe (T ou P), pois esse tipo de sequência torna mais clara a explicação acerca da noção de ritmo e espaço.

Orientações

Antes de sinalizar para a mãe os trechos selecionados a partir da observação, a facilitadora deve introduzir o tema da discussão, falando sobre a noção de ritmo e espaço: “Hoje nós vamos falar sobre uma outra coisa que é muito importante: perceber e respeitar o *tempo* e o *espaço* que o seu bebê precisa para se desenvolver. Vamos começar falando sobre o tempo. Você nota que o seu bebê é mais lento do que você para acompanhar com o olhar um objeto, para trocar de posição, para fazer algum som, etc.? Então, muitas vezes não reparamos que os bebês vivem em um outro ritmo. Eles precisam de mais tempo para fazer as coisas, inclusive, para olhar para as coisas ao redor e entender como elas funcionam, afinal tudo é muito novo para eles. O seu bebê quer conhecer cada coisa e ele faz isso no ritmo dele, que às vezes pode parecer um pouco lento para os adultos. Então o que nós adultos fazemos, quando, por exemplo, vemos um bebê fazendo o maior esforço e indo bem devagar para pegar um objeto que está ao seu alcance? Nós pegamos o objeto e colocamos na mão dele. Só que naquele momento, o mais importante para o desenvolvimento dele é que você tenha paciência para deixar que ele mesmo pegue, no tempo dele, e depois vibrar com essa conquista! Ou seja, você precisa observar e entrar no ritmo do seu bebê. Precisa DESACELERAR. Você entende o que eu quero dizer?”

Depois de assegurar-se de que a mãe entendeu a noção de tempo/ritmo, a facilitadora deve introduzir a noção de espaço: “A outra coisa que é tão importante quanto o tempo, o ritmo do seu bebê, é o espaço. Ele precisa de espaço para se desenvolver. Vou lhe dar um exemplo bem prático. Como você se sente se alguém fala com você muito de perto, com o rosto e o corpo a uma distância muito pequena de você? Não é desconfortável? Pois é, às vezes não percebemos que os bebês também precisam de um pouco de distância, do seu espaço, e aí acabamos chacoalhando brinquedos muito perto do rosto deles (você já viu como eles piscam ou fecham os olhos quando fazemos isso? Pode ser engraçadinho para nós, mas para eles incomoda). Ou então tiramos ou botamos coisas na mão deles sem necessidade. O certo é a gente oferecer um brinquedo, por exemplo, dando a ele a chance de recusar ou pegar. Isso sim é gostoso para ele!! Para saber qual é a melhor distância que você precisa ficar dele, a cada momento, você precisa prestar atenção aos sinais que ele lhe dá.”

A seguir, a facilitadora procede à sinalização das três sequências não intrusivas que foram identificadas. A análise de cada sequência deve destacar o comportamento do bebê, a resposta não intrusiva da mãe (que demonstra respeito pelo tempo e/ou espaço do bebê) e, se possível, a reação positiva do bebê a essa atitude materna. Por exemplo: “Naquele momento em que o seu bebê estava tentando olhar para o brinquedo você parou de sacudir para que ele olhasse durante o tempo que desejasse até ele enjoar. Você respeitou o ritmo e o espaço do seu bebê! Você notou como ele pareceu satisfeito quando conseguiu finalmente olhar direito para o brinquedo?”

Após sinalizar e discutir as três sequências responsivas ou não intrusivas, a facilitadora deve sinalizar as três sequências intrusivas, destacando os mesmos aspectos: o comportamento do bebê, a resposta intrusiva da mãe (que demonstra que ela não percebeu e respeitou o tempo e/ou espaço do bebê) e, se possível, a reação negativa do bebê a essa atitude materna. Por exemplo: “Naquele momento em que você usou a toalhinha para brincar de ‘esconde esconde’ o seu bebê ainda estava bastante interessado pelo brinquedo (argola com objetos coloridos pendentes). Você notou que ele continuou olhando na direção do brinquedo? Isso demonstra que você não respeitou nem o ritmo dele, porque ele precisa de tempo para estar com o brinquedo e curtir essa experiência, nem respeitou o espaço dele, porque ao invés de esperar ele dar algum sinal de que estava já cansado do brinquedo, você foi logo retirando o que ele estava olhando, engajado. O (nome do bebê) agitou os braços e as perninhas como se estivesse protestando, mostrando que você fez algo errado”. Após a análise das três sequências com respostas intrusivas, a facilitadora deve concluir a etapa da orientação dizendo: “Uma forma boa de você sempre se lembrar de seguir o ritmo e de dar espaço para o seu bebê, é pensar que a relação de vocês é como uma dança. Você gosta de dançar? Para que a dança seja gostosa para as duas pessoas que estão dançando juntas, é importante seguir o ritmo do parceiro (que é respeitar o tempo), e não pisar no pé dele (que é respeitar o espaço). E quando você sente que perde a conexão, a sintonia, você pode dar uma paradinha para ver o que seu parceiro está fazendo e recomeçar. Assim você pode entrar no ritmo dele outra vez. Quando se trata de um adulto com um bebê pequeno, é o adulto que precisa entrar no ritmo do bebê, pois ele ainda é muito novinho e imaturo para conseguir fazer isso. Às vezes não nos damos conta, mas estamos fazendo coisas demais, brincando depressa demais, fora do ritmo do bebê. E ele dará sinais disso: ele pode choramingar, resmungar, dar sinais de cansaço ou irritação, ficar sonolento ou mesmo dormir”.

Modelação

Considerando o objetivo desta visita, que é ajudar a mãe a discriminar respostas intrusivas de respostas sensíveis, a modelação será utilizada para ensinar respostas que têm como característica fundamental o respeito ao ritmo e ao espaço do bebê. Será utilizada a estratégia de contrastar respostas sensíveis e respostas intrusivas durante os cinco minutos da modelação. A facilitadora deve demonstrar as seguintes respostas para a mãe:

- 1) *Estimular a criança com um objeto ou dizer algo a ela e esperar para ver a reação da criança.* A facilitadora deve mostrar um objeto a uma certa distância do bebê e chamar sua atenção dizendo alguma coisa. Após a demonstração, a facilitadora deve dizer à mãe: “Viu só? Eu fiz uma ação (descrever a ação) e esperei a reação dele (descrever a reação). Eu dei o tempo que ele precisa para reagir”. Em seguida, a facilitadora deve descrever e diferenciar a resposta intrusiva da resposta sensível: “mas o que nós adultos costumamos fazer com os bebês, a gente mostra um brinquedo e mal dá tempo para eles olharem, tentarem pegar, e já estamos oferecendo outro (a facilitadora deve demonstrar essa conduta para a mãe à medida que a descreve). Somos muito apressados e muitas vezes não nos conectamos de verdade com a criança. Os bebês precisam de tempo”.
- 2) *Esperar a criança terminar de fazer algo antes de interrompê-la para limpá-la ou ajeitá-la.* A facilitadora deve dizer: “veja só outra coisa que acontece. Imagine que o nariz do bebê está escorrendo e você queira limpá-lo. Se ele estiver tentado pegar um objeto, ou apertar um botão, por exemplo, espere ele terminar essa ação antes de limpá-lo. Não nos damos conta, mas como o esforço do bebê é grande, ou seja, ele está aprendendo a fazer essas coisas, atrapalha muito quando nós interrompemos o seu esforço, a sua tentativa.” Em seguida, a facilitadora deve descrever e diferenciar a resposta intrusiva da resposta sensível: “imagine que você é um bebê e que está tentando pegar esse brinquedo com muito esforço. Pense em como seria se quando você estivesse quase conseguindo, eu interrompesse você para limpar sua mão que eu vi que está suja? A minha intenção é boa, porque eu não quero que você bote a mão suja na boca, mas se eu esperar um pouquinho para limpar a sua mão, eu não atrapalho você nessa ação que é tão importante. Você entende?”
- 3) *Dar tempo para que o bebê observe e explore as coisas a sua volta.* Não devemos ocupar o bebê o tempo todo. A facilitadora deve esperar algum momento em que a criança esteja observando algo atentamente, e descrever esse comportamento para a

mãe: “veja como ele está interessado na toalhinha pendurada aqui no berço. Ele precisa de tempo para olhar, para curtir essa coisa nova que ele descobriu. Em seguida, a facilitadora deve descrever e diferenciar a resposta intrusiva da resposta sensível: “essa ação de simplesmente OLHAR que é tão importante para ele, para um adulto pode parecer besteira, ou ele pode nem notar como a criança está interessada naquilo. Muitas vezes queremos que a criança esteja o tempo todo ocupada, fazendo alguma coisa, e não damos a ela tempo para olhar e pensar sobre as coisas ao redor. Os bebês precisam desse tempo!”

- 4) *Deixar o bebê explorar as coisas com a boca.* A facilitadora deve esperar que a criança coloque algo na boca (mesmo que sejam só os dedos) e dizer: “outra coisa importante para os bebês é colocar as coisas na boca. É como se a boquinha deles fosse uma outra mão. Eles sentem e conhecem os objetos com a boca e se não podem fazer isso fica faltando uma parte importante para o desenvolvimento deles. Esse brinquedo que eu trago, por exemplo, são higienizados e é só dele, então ele pode colocar na boca sem problemas.” Em seguida, a facilitadora deve descrever e diferenciar a resposta intrusiva da resposta sensível: “algumas mães se preocupam muito com a sujeira e com infecções e não deixam que o bebê coloque nada na boca. A criança pode ficar irritada ou inquieta com essa atitude da mãe, e com razão! Pois essa ação de colocar coisas na boca é muito importante para o desenvolvimento delas.” Tente sempre encontrar um equilíbrio entre proteger seu bebê, mas permitir ao mesmo tempo, que ele cresça, conheça o mundo e se desenvolva.

Após demonstrar as cinco respostas sensíveis, a facilitadora deve concluir a etapa da modelação dizendo: “Hoje falamos de muitas coisas diferentes que você pode fazer e de coisas que é bom você não fazer quando brinca com seu bebê. Sei que é difícil lembrar de tudo, mas isso não é o mais importante. O mais importante é que você sempre se lembre que para se conectar com seu bebê e passar bons momentos com ele, você precisa prestar atenção aos seus sinais, seguir o ritmo dele e respeitar o espaço dele. Tudo isso fará seu bebê se sentir conectado com você. Essa conexão faz com que ele se sinta seguro e possa conhecer o mundo.”

Fechamento

No fechamento a facilitadora deve incentivar a mãe a praticar respostas sensíveis e não intrusivas aos comportamentos e sinais do bebê até a sessão seguinte: “Eu proponho

então que você pratique isso que nós conversamos hoje. Que você tire um tempinho para ficar com seu bebê, prestando atenção no ritmo dele e cuidando para não invadir demais o espaço dele. Às vezes não tem como fazer isso, pois você pode estar estressada ou com pressa, mas sempre que você puder fazer isso, saiba que está fazendo algo muito bom para o seu filho.”

Sexta sessão: revisando conteúdos e fechamento da intervenção

Foco da sessão

A sexta e última sessão do programa de intervenção tem como principal objetivo revisar os temas trabalhados nas sessões anteriores, tanto relacionados à ACT quanto à responsividade, bem como incentivar a mãe a continuar praticando. Nesta sessão a mãe será encorajada a assumir uma postura ainda mais ativa, guiando a discussão com base nos aspectos previamente trabalhados.

Estrutura da sessão

Rapport inicial: “eu gostaria de iniciar nosso encontro lembrando que hoje é nossa última sessão, e, portanto, vamos tentar revisar um pouco do que nós trabalhamos nos encontros anteriores, certo? Você deve aproveitar esse espaço também para esclarecer qualquer dúvida”.

Revisando conteúdos trabalhados

“eu gostaria que você me contasse um pouco sobre o que consegue se lembrar das temáticas trabalhadas durante os encontros anteriores. Caso não se lembre dos temas na mesma ordem em que foram abordados não tem problema algum, pode falar sobre o que você conseguir lembrar”. Se a mãe apresentar dificuldades para falar a facilitadora deve auxiliar, mas sempre de forma a favorecer uma postura ativa e comunicativa da mãe. Portanto, o resumo organizado descrito abaixo não deve ser apresentado de forma linear para a mãe. Deve acontecer de uma forma dinâmica, de preferência, de maneira que a mãe vá trazendo o conteúdo e a facilitadora apenas complementando nos momentos pertinentes, a fim de favorecer uma revisão geral de todos os temas:

“esses encontros tiveram como principal objetivo favorecer o desenvolvimento do (nome do bebê), a partir da ampliação da sua forma de comunicação com ele, além de buscar tornar esses momentos de comunicação e brincadeiras entre vocês mais prazerosos e proveitosos. Inicialmente nós conversamos sobre seus sentimentos e preocupações

relacionadas ao contexto de adoecimento e hospitalização do (nome do bebê) e discutimos como parecia coerente você estar se sentido dessa forma nesse momento. Conversamos também sobre como nossos pensamentos e sentimentos nos atrapalham na conexão com coisas importantes, e que a melhor forma de lidar não é lutando para retirá-los de nós esses pensamentos e sentimentos, mas sim, acolhendo a sua presença, pois mesmo com esses sentimentos e preocupações presentes você poderá da abertura para interagir de forma proveitosa com seu bebê e/ou fazer outras coisas que também são importantes para você. Para ajudar nesse processo de abertura para vivenciar melhor o momento presente a prática da atenção plena, prestando atenção na respiração, foi apresentada como um recurso muito importante. Nos encontros seguintes discutimos sobre a capacidade do (nome do bebê) se comunicar, mesmo estando doente (ex: choro, rigidez corporal, franzir a testa em momentos de desconforto; olhar atento para você buscando interação, etc). Discutimos também como (nome do bebê) reage ao ambiente de forma geral e aos seus comportamentos quando tenta se comunicar com ele, na tentativa de estabelecer conexão (ex: arqueamento das sobrancelhas quando passou a maca fazendo barulho, olhar atento quando você conversou com ele, etc). Além disso, falamos sobre coisas que nós adultos fazemos que muitas vezes atrapalham ou incomodam o bebê (ex: apresentar objeto muito próximo a sua face, retirar bruscamente um objeto que o bebê estava olhando de forma interessada, etc). Nesse contexto, falamos sobre a importância de que você consiga observar o ritmo do comportamento do seu bebê, e a sua necessidade de ter seu espaço preservado e respeitado, buscando uma conexão harmoniosa entre vocês”.

Modelação

Considerando o objetivo deste encontro, que é revisar os temas discutidos nos encontros anteriores, a modelação será utilizada para favorecer a consolidação dos aspectos trabalhados nas sessões anteriores destinadas à responsividade. A facilitadora deve realizar a modelação após a revisão de cada sessão de intervenção sobre a responsividade. Portanto, a cada tema revisado a facilitadora deve interagir com o bebê, interpretar os sinais que ele emite, e, ao mesmo tempo responder a esses sinais sensivelmente descrevendo algumas dessas sequências interativas para a mãe a fim de servir como exemplo do que está sendo discutido. Considerando o fato de que foram destinadas, anteriormente, três sessões para a temática responsividade, essa sessão contará com três breves momentos de modelação.

Fechamento da sessão

Após realizar, em conjunto com a mãe, a revisão dos conteúdos trabalhados a facilitadora deve encerrar a sessão valorizando a abertura da mãe para o aprendizado, destacando o quanto ela se esforçou e avançou. A facilitadora deve, ainda, incentivar a mãe a propiciar situações em que o bebê possa experienciar situações novas e que ela possa continuar colocando em prática os conhecimentos aprimorados e/ou adquiridos durante a intervenção: “Ao longo de todos os nossos encontros ficou muito claro para mim o quanto você se mostrou interessada e dedicada em ampliar a forma de se comunicar com o (nome do bebê). Só foi possível concluir o trabalho de todos os temas e chegarmos até o final do programa por conta dessa sua abertura. Espero que você continue exercitando esses aspectos aprendidos e que você e o (nome do bebê) possam estabelecer uma comunicação ainda mais efetiva a cada dia, de modo que você possa vivenciar essas etapas de desenvolvimento dele de forma valorosa e significativa para vocês, mesmo diante dos diversos desafios que perpassam esse contexto da maternidade”.

Fechamento da intervenção

Depois de fazer o fechamento da sessão, a facilitadora deve fazer o encerramento da intervenção: “Bem, esta é a nossa última sessão! Foi muito bom ter conhecido e acompanhado você e o (nome do bebê) nesse período. Eu percebo o quanto você se empenhou em coisas importantes, como... – mesmo se sentindo preocupada, às vezes, por conta do processo de adoecimento e internamento do (nome do bebê) você conseguiu dedicar alguns momentos para aprender coisas novas e praticar com ele.” A facilitadora deve destacar um ou dois aspectos que mostrem que a mãe tornou-se mais responsiva e sensível ao comportamento do bebê. Em seguida, a facilitadora deve despedir-se da mãe e do bebê, desejando felicidades e mostrando que espera que a relação deles possa se fortalecer cada vez mais. Por fim, é importante lembrar à mãe de que eles terão mais um encontro para realização dos procedimentos finais (pós-intervenção). Deve relembrar que caso o bebê ainda esteja internado esse procedimento será realizado no próprio hospital, no entanto, nos casos em que os bebês já tenham tido alta hospitalar esse procedimento será realizado no domicílio, a partir de uma visita domiciliar.

Referências

- Alvarenga, P., Cerezo, M. A., Wiese, Elizabeth, & Piccinini, C. A. (2012). *Eficácia de um programa de visitas domiciliares para favorecer a responsividade materna*. Manuscrito não publicado. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal da Bahia.
- Alvarenga, P & Cerezo, M. A. (2013). Interação mãe-criança: fidedignidade da versão brasileira do sistema observacional CITMI-R. *Avaliação Psicológica*, 12(3), 307-316.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications, Oakland, CA.
- Hayes, s., Strosahl, k. D & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and commitment therapy : an experiential approach to behavior change*. The Guilford Press, New York London.
- Luciano, M. C., Valdivia, S., Gutiérrez, O & Páez-Blarrina. (2006). Avances Desde La Terapia De Aceptación Y Compromiso (Act). *EduPsykhé*, 5, 2, 173-201.
- Zettle, R. D., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D & Biglan, A. (2016). *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science. edition first published*. John Wiley & Sons, Ltd.

Apêndice A: Materiais utilizados na intervenção e avaliação da responsividade

Chocalho para a avaliação da responsividade no pós-teste.



Argola com objetos coloridos pendentes (sessões quatro e cinco)



Boneca para a sessão cinco



Boneco para a sessão cinco