



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

JULIANA APARECIDA MARTINI

**Efeitos de um programa de promoção de práticas parentais
positivas em contexto de vulnerabilidade social**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Flávia Helena Pereira Padovani
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Gimol Benzaquen Perosa

JULIANA APARECIDA MARTINI

Efeitos de um programa de práticas parentais
positivas em contexto de vulnerabilidade social

Tese apresentada à Faculdade
de Medicina, Universidade
Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título
de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Flávia Helena Pereira Padovani
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Gimol Benzaquen Perosa

Botucatu
2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Martini, Juliana Aparecida.

Efeitos de um programa de práticas parentais positivas
em contexto de vulnerabilidade social / Juliana Aparecida
Martini. - Botucatu, 2021

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Flávia Helena Pereira Padovani

Coorientador: Gimol Benzaquen Perosa

Capes: 40600009

1. Relações com a família. 2. Psicologia infantil.
3. Relações pais-filho. 4. Vulnerabilidade social.

Palavras-chave: Comportamento infantil; Família; Relações
pais-filhos; Vulnerabilidade social.

A Deus.

E a todas as mulheres, pesquisadoras, professoras, trabalhadoras, chefes de famílias, e mães, que nunca deixaram de sonhar, e que incluíram seus filhos em seus sonhos, e sonharam juntos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em uma oração que um dia fiz, só nós sabemos de nossa história, estará sempre no primeiro lugar da minha vida, e seu amor eu levarei por onde eu caminhar.

A minha família, minha direção e minha base, meu refúgio. Minha mãe que me ensinou ainda pequena que estudar diminui a angústia do não saber, passei a ler e persistir no que trazia respostas para um mundo melhor, obrigada pelas orações, pai, mãe, amo vocês e sou eternamente grata por tudo o que são no mundo! A meus sobrinhos que alegrem minha vida e me tornam criança em cada reencontro, a meu filho que me ensinou que o ser é muito mais do que o saber, não existe conhecimento sem vida, eu amo sua existência, eu amo tudo o que você é no mundo e tudo o que você é dentro de mim!

Agradeço a todos que me ajudaram a tirar pedras do caminho. Marcela, Yasmin, obrigada pelo carinho e pela disposição em auxiliar na pesquisa. Gabi não tenho como retribuir todo o carinho durante os dois anos de trabalho juntas, sua quietude e serenidade me auxiliaram em momentos muito difíceis.

Heidy, Gabi Gomes, ainda comemoraremos a vida que pulsa depois de tantas máscaras e álcool gel, vocês brindaram comigo há quatro anos, e memórias ficarão para sempre guardadas. A toda a família Pilan, principalmente uma senhora espetacular, cheia de vida e de muita fé, dona Cida. Ao Rafael, amigo que a vida me fez compartilhar amor e eternizá-lo numa alma cheia de luz!

Aos que me acolheram no CRAS e me mostraram que pequenas mudanças ocorrem em todos os lugares, obrigada por me ouvir e pelo esforço em compreender o que eu queria dizer. Vivi, Mari, obrigada por tanta dor compartilhada. E a cada estagiário que me viveu comigo a Psicologia. Continuo apaixonada pela comunidade, pelo desenvolvimento infantil, por políticas públicas, por prevenção e promoção de saúde, não finalizei um objeto de pesquisa, só estou iniciando uma nova jornada.

I am also grateful for an eternal friendship, a God's gift to me, who have been supporting me in my anguish, correcting and helping me to look ahead, Molham, I really appreciate it!

A Marcela, Eliandra, e demais professores do IMES, porque se de um lado eu tive dificuldades, por outro, havia compreensão de todo o sofrimento que a escrita trazia, de todo o papel social que a ciência poderia ter dentro das políticas e da sociedade, não seria quem eu sou sem vocês, e com vocês permanecerei.

Acima de tudo, não haveria processo se não houvesse comprometimento, força e luz de alguém tão especial e sábia, obrigada por ajudar a me reconstruir, agradeço a ti Flávia por toda a doçura de suas correções, te admiro tanto, e obrigada por compartilhar comigo seu amor pela docência, não me esquecerei jamais, se desejava ser pesquisadora no mestrado, passei a desejar ser professora também. Agradeço a paciência quanto a minha dificuldade de organizar as idéias e escrevê-las!

Finalmente, agradeço a quem sempre me abriu a porta, principalmente quando a gente tinha apenas uma idéia e um desejo para apresentar, num contexto de trabalho, maternidade solo, com pouca rede de apoio, você acreditou em mim! Sua presença na minha vida vai além da universidade, você me deu voz, desde as primeiras supervisões, e eu quero levar essa voz enquanto eu existir na defesa dos direitos de todos, principalmente de crianças e adolescentes, levarei tudo o que aprendi contigo no meu ser e fazer! Obrigada Gimol, você é uma das pessoas mais verdadeira, sincera e humilde que já conheci!

Por fim, agradeço a todas as mulheres que compartilharam comigo momentos tão prazerosos e significativos, sintam-se amadas!

O reconhecimento de que os processos do desenvolvimento humano são profundamente influenciados pelos eventos e condições do meio ambiente concede maior importância às políticas públicas e intervenções que tem efeito sobre a natureza do ambiente.

(BRONFRENBRENNER, 2012, p. 38)

MARTINI, J. A. **Efeitos de um programa de promoção de práticas parentais positivas em contexto de vulnerabilidade social**. 2021. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021.

As políticas públicas brasileiras têm voltado o olhar para a primeira infância, garantindo recursos básicos na saúde, educação, condições básicas de vida e moradia. No âmbito das políticas socioassistenciais, um dos focos seria o cuidado e o fortalecimento da capacidade protetiva das famílias através de programas e serviços. Dessa forma, o presente trabalho pretendeu avaliar o uso de um programa de intervenção direcionado às práticas parentais em famílias vulneráveis, atendidas dentro de um serviço social de acompanhamento familiar. Trata-se de um estudo quase-experimental, não randomizado, com comparações entre grupos e intragrupo, avaliações uni-cegas, e delineamento longitudinal. Foi composta uma amostra de conveniência com 30 familiares de crianças de 2 a 6 anos, beneficiárias do Programa VIVALEITE, divididos em dois grupos: Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC). Foram utilizados os instrumentos: a) para seleção dos participantes: Ficha Cadastral de Beneficiários; b) para caracterização da amostra: Acompanhamento no CRAS, Ficha de identificação ACT, *Adverse Childhood Experiences Study Questionnaire* – ACE, Escala de Eventos Vitais; c) para avaliação das práticas parentais: Avaliação ACT, Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar – PAFAS; d) para avaliação do comportamento da criança: Questionário de Capacidades e Dificuldades - SDQ; e) para a intervenção Programa ACT – “Para Educar Crianças em Ambiente Seguros”; f) para avaliação do processo de intervenção: Exercício 6, letra b, da reunião prévia do Programa ACT, Questionário de Avaliação do Programa ACT, Subescala Sobre o Desenvolvimento Infantil da Avaliação ACT, Diários de Campo. Para o GI foram realizadas três avaliações, com aplicação dos respectivos instrumentos: 1ª avaliação (pré-intervenção): Avaliação ACT, PAFAS e SDQ; 2ª avaliação (pós-intervenção): Avaliação ACT, PAFAS, SDQ, ACE e Escala de Eventos Vitais; 3ª avaliação (*follow-up*): Avaliação ACT, PAFAS e SDQ. Para o GC foram realizadas duas avaliações com os mesmos instrumentos utilizados com o GI, com intervalo de dois meses e meio entre elas. Foram realizadas análises de comparação entre grupos (GI *versus* GC) e intragrupo (GI), considerando-se as três avaliações (pré-intervenção *versus* pós-intervenção *versus follow-up*) e análise quanti-qualitativa do processo de intervenção do GI. De acordo com os resultados, GI e GC eram semelhantes quanto às características sociodemográficas e indicadores de vulnerabilidade, porém houve diferença estatisticamente significativa quanto à idade das crianças ($GC < GI$). Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto às pontuações na subescala de Hiperatividade (SDQ) no momento pré-intervenção ($GC > GI$) e na subescala de Ajustamento Familiar (PAFAS) após a intervenção ($GI > GC$). Na comparação intragrupo (GI) foi observada diferença estatisticamente significativa em relação à subescala de Ajustamento Familiar do PAFAS (pós-intervenção $> follow-up$). Portanto, diferentemente do esperado, os resultados não indicaram aumento da frequência de práticas parentais positivas e diminuição de problemas comportamentais da criança, em curto e médio prazo, exceto quanto ao ajustamento familiar. Apesar da dificuldade inicial de adesão das famílias, observou-se índices elevados de fidelização ao programa e assiduidade e uma avaliação positiva do mesmo. Sugere-se, então, a adaptação do Programa ACT à realidade das famílias em vulnerabilidade social, considerando o contexto em que estão inseridas, suas necessidades e desejos, podendo se constituir como ação dentro do Serviço de Acompanhamento e Atendimento Integral a Família (PAIF).

Palavras-chaves: Vulnerabilidade Social. Família. Relações Pais-Filhos. Comportamento Infantil.

MARTINI, J. A. **Effects of a promoting positive parenting program in a context of social vulnerability**. 2021. Thesis (Doctorate in Public Health) – Botucatu Medical School, São Paulo State University, Botucatu, 2021.

Brazilian public policies have turned their attention to early childhood, guaranteeing basic resources in health, education, basic living conditions, and housing. One of the social assistance policy guidelines is fortify the care and protective behavior of families through programs and services. Accordingly, this paper is aimed to evaluate an intervention program of parental practices in vulnerable families, assisted by a social program. This is a quasi-experimental, non-randomized study, with inter-and-intra- group comparisons, single-blind assessments, and longitudinal design. A convenience sample was composed of 30 family members of children from 2 to 6 of age, assisted by VIVALEITE Program, divided into two groups: Intervention Group (IG) and Control Group (CG). Instruments were used: a) to select the participants: Beneficiary Registration; b) for characterization of the sample: Follow-up at CRAS, ACT identification form, Adverse Childhood Experiences Study Questionnaire - ACE, Vital Events Scale; c) for assessment of parenting practices: ACT Assessment, Parenting and Family Adjustment Scale - PAFAS; d) for assessment of child behavior: Abilities and Difficulties Questionnaire - SDQ; e) for intervention ACT Program - "To Raise Children in Safe Environment"; f) for evaluation of the intervention process: Exercise 6, letter b, of the ACT Program pre-meeting, ACT Program Evaluation Questionnaire, Sub-scale About Child Development of the ACT Assessment, Field Diaries. Three assessments were carried out on IG group, with the application of the respective instruments: 1st assessment (pre-intervention): ACT Assessment, PAFAS and SDQ; 2nd assessment (post-intervention): ACT Assessment, PAFAS, SDQ, ACE and Vital Events Scale; 3rd assessment (follow-up): ACT Assessment, PAFAS and SDQ. On CG, two assessments were carried out with the same instruments used with IG, with an interval of two and a half months between them. Intergroup (IG versus CG) and intragroup (IG) comparison analyses were carried out, considering the three evaluations (pre-intervention versus post-intervention versus follow-up) and quanti-qualitative analysis of the IG intervention process. According to the results, IG and CG were similar regarding sociodemographic characteristics and vulnerability indicators, but there was a statistically significant difference regarding the age of the children ($CG < IG$). Statistically significant differences were observed between the groups regarding scores on the hyperactivity subscale (SDQ) at the pre-intervention time point ($CG > IG$) and on the family adjustment subscale (PAFAS) after the intervention ($IG > CG$). In the intragroup comparison (IG), a statistically significant difference was observed in Family Adjustment subscale of the PAFAS (post-intervention > follow-up). Therefore, differently from what was expected, the results did not indicate an increase in the frequency of positive parenting practices and a decrease in the child's behavioral problems in the short and medium term, except for family adjustment. Despite the initial difficulty for the families to join, we observed high rates of fidelity to the program and assiduity, and a positive evaluation of the program. It is suggested, then, the adaptation of the ACT Program to the reality of socially vulnerable families, considering the context in which it is inserted, their needs and desires, being able to constitute an action within the Comprehensive Family Care and Monitoring Service (PAIF).

Key words: Social Vulnerability. Families. Parent-Child Relations. Child Behavior.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas no Grupo Intervenção (GI) e no Grupo Controle (GC).....	p. 50
Tabela 2 - Eventos adversos na infância e na adolescência do cuidador no Grupo Intervenção (GI) e no Grupo Controle (GC), segundo instrumento ACE.....	p. 52
Tabela 3 - Eventos vitais ocorridos no último ano no Grupo Intervenção (GI) e no Grupo Controle (GC), segundo Escala de Eventos Vitais.....	p. 54
Tabela 4 - Pontuação nas escalas ACT e PAFAS sobre práticas parentais, antes e após a intervenção, no Grupo Intervenção (GI) e no Grupo Controle (GC).....	p. 55
Tabela 5 – Pontuação nas escalas ACT e PAFAS sobre práticas parentais no Grupo Intervenção (GI), antes, após a intervenção, e decorridos seis meses.....	p. 56
Tabela 6 - Pontuação no SDQ, antes e após a intervenção, no grupo Intervenção (GI) e no grupo Controle (GC).....	p. 57
Tabela 7 - Classificação do comportamento infantil no SDQ, antes e após a intervenção, no Grupo Intervenção (GI) e no Grupo Controle (GC).....	p. 58
Tabela 8 - Pontuação no SDQ, antes, após a intervenção e decorridos seis meses, no Grupo Intervenção (GI).....	p. 59
Tabela 9 – Frequências absoluta (<i>f</i>) e relativa (%) dos desejos frente ao Programa ACT, expressos pelos cuidadores durante reunião prévia.....	p. 60
Tabela 10 - Respostas sobre desenvolvimento infantil da Escala ACT no Grupo intervenção (GI) antes, após a intervenção, e decorridos seis meses.....	p. 65

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACE	Adverse Childhood Experience
ACT	Programa ACT – para Educar Crianças em Ambiente Seguros
APA	<i>American Psychological Association</i>
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CBLC	<i>Child Behavior Checklist</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
Com	Concordo
CONEP	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
DBS	<i>Dialogic Book-Sharing</i>
Dis	Discordo
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
<i>F</i>	Frequência
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
GI	Grupo Intervenção
GC	Grupo Controle
Inc	Incerto
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
Máx	Máximo
Med	Mediana
Mín	Mínimo
ONU	Organização das Nações Unidas

PAFAS	Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar
PAIF	Proteção e Atendimento Integral à Família
PePSIC	Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PPCT	Processo-Pessoa-Contexto-Tempo
SAA-SP	Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SDQ	Questionário de Capacidades e Dificuldades
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção
UAF	Unidade de Atendimento Familiar
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	p. 6
1.1 Crianças em situação de vulnerabilidade social.....	p. 6
1.2 O desenvolvimento da criança segundo referencial teórico de Bronfenbrenner	p. 10
1.3 Política Pública de Assistência Social no Brasil.....	p. 12
1.4 Políticas públicas direcionadas à criança.....	p. 16
1.5 A família e as práticas educativas.....	p. 21
1.6 Programas de Intervenção.....	p. 25
2. HIPÓTESE.....	p. 34
3. OBJETIVO.....	p. 35
4. ASPECTOS ÉTICOS.....	p. 36
5. MÉTODO.....	p. 37
5.1 Participantes.....	p. 37
5.2 Local e Contexto da Pesquisa.....	p. 39
5.3 Materiais e Instrumentos.....	p. 40
5.3.1 Seleção dos participantes.....	p. 40
5.3.2 Caracterização da amostra.....	p. 40
5.3.3 Avaliação de práticas parentais	p. 41
5.3.4 Avaliação do comportamento da criança.....	p. 43
5.3.5 Intervenção.....	p. 43
5.3.6 Avaliação do processo de intervenção.....	p. 45
5.4 Procedimento.....	p. 46
5.4.1 Coleta de dados.....	p. 46
5.4.2 Análise dos dados.....	p. 48
6. RESULTADOS.....	p. 49
6.1 Caracterização dos participantes.....	p. 49
6.1.1 Caracterização sociodemográfica.....	p. 49
6.1.2 Indicadores de adversidades.....	p. 51
6.2 Práticas Parentais.....	p. 54
6.2.1 Comparação entre grupos: GI <i>versus</i> GC	p. 54
6.2.2 Comparação intragrupo (GI): pré-intervenção <i>versus</i> pós-intervenção <i>versus follow-up</i>	p. 56
6.3 Comportamento Infantil.....	p. 57
6.3.1 Comparação entre grupos: GI <i>versus</i> GC	p. 57
6.3.2 Comparação intragrupo (GI): pré-intervenção <i>versus</i> pós-intervenção <i>versus follow-up</i>	p. 58
6.4 Processo de Intervenção	p. 59
6.4.1 Início da Intervenção - motivações e Expectativas.....	p. 59
6.4.2 Durante a intervenção - mobilizações, assiduidade e realização das tarefas.	p. 61
6.4.3 Após a intervenção - retenção/fidelização, avaliação do programa e aprendizagem sobre desenvolvimento infantil.....	p. 64
7. DISCUSSÃO.....	p. 68
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	p. 89
REFERÊNCIAS.....	p. 92
APÊNDICES.....	p. 107
ANEXOS.....	p. 112

1. INTRODUÇÃO

Em tempos recentes, o campo de estudo sobre a vulnerabilidade social tem sido bastante explorado nas pesquisas, assim como o papel que esse contexto de risco tem para a família e seus membros, incluindo as crianças (PRATTI; COUTO; KOLLER, 2009). Há evidências científicas mostrando que crianças que vivem em países de baixa e média renda estão, desde a primeira infância, mais vulneráveis a desigualdades e agravos que prejudicam seu desenvolvimento. Ao mesmo tempo, esses déficits acumulados têm implicações negativas no funcionamento cognitivo e psicológico do adulto, bem como na sua escolaridade e renda futura, contribuindo, assim, para manter as desigualdades, geração após geração (DELGADO et al., 2020).

Essas constatações justificam que o desenvolvimento infantil seja uma prioridade, em particular na primeira infância, com o compromisso de incrementar políticas públicas que visem dirimir as iniquidades dos determinantes sociais e busquem atender às necessidades de saúde, conforme o grau de vulnerabilidade das crianças (SILVA; VERISSIMO; MAZZA, 2015).

Para Garbois, Sodré e Dalbello-Araujo (2017), a saúde e as condições sociais de uma comunidade são indissociáveis, não sendo possível compreender um sujeito dentro dos serviços de saúde sem aferir-lhe toda sua história e suas vulnerabilidades, culminando no necessário trabalho interdisciplinar dentro da saúde coletiva.

Nesse sentido, compreender as necessidades e peculiaridades da criança em processo de desenvolvimento, que vive em um contexto vulnerável, bem como suas condições materiais de vida e os cuidados que recebe, que garantem (ou não) oportunidades para seu desenvolvimento, parece ser um passo importante para nortear os diferentes programas de atenção a essa população. Neste estudo, pretende-se voltar o olhar para as práticas parentais e refletir sobre onde estamos, onde queremos estar, e que ferramentas podemos utilizar nesse processo.

1. 1 Crianças em situação de vulnerabilidade social

O conceito de vulnerabilidade social ganhou destaque e passou a ser base das políticas nacionais a partir da década de 90, quando novas diretrizes políticas foram construídas e passaram a ter foco preventivo junto a famílias consideradas vulneráveis. A vulnerabilidade não deve ser compreendida, apenas, atrelada à baixa renda, mas também a outros marcadores socioeconômicos associados a essa condição, como baixa escolaridade, condições precárias de moradia, desnutrição

e falta de acesso a recursos educacionais e de saúde (MONTEIRO, 2011; SILVA; VERISSIMO; MAZZA, 2015). A caracterização de vulnerabilidade e risco pela Política Nacional de Assistência Social - PNAS (BRASIL, 2004) permite perceber a extensão do termo:

Família e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (BRASIL, 2004, p. 33).

A PNAS não distingue vulnerabilidade de risco social, porém, segundo Janczura (2012), os termos diferem. Vulnerabilidade, por conceituação etimológica, remete à predisposição e suscetibilidade ao estresse, enquanto risco não apenas se refere a uma consequência negativa, mas advém da ausência de uma ação preventiva (JANCZURA, 2012).

Prati et al. (2009) entendem que vulnerabilidade social é uma característica de populações que estão expostas a riscos, sejam eles pessoais, sociais ou ambientais, e que situações de estresse podem potencializar respostas disfuncionais. Para Monteiro (2011), a vulnerabilidade social decorre de diversos fatores, principalmente relacionados ao contexto, à ausência de recursos, reais e/ou simbólicos para sobrevivência, e que poderiam permitir a mobilidade social.

Segundo Carmo e Guizardi (2018), o conceito de vulnerabilidade social ultrapassa as condições da pobreza, e as incorpora. Assim, a pobreza pode ser considerada um fenômeno multidimensional que não envolve apenas a dimensão econômica, mas também política, social, cultural e, que para sua análise, há a necessidade de considerar a realidade de cada país, suas características históricas, culturais e contextuais (MORAIS et al., 2015).

Historicamente, o Brasil se destaca pela grande desigualdade na distribuição de renda. Em 2006, segundo o Gini, índice que registra a renda *per capita* familiar, 1% dos mais ricos no Brasil tinham renda semelhante a 50% dos brasileiros mais pobres (COSTA; MARGUTI, 2015). E é nesse contexto de grande desigualdade social que se encontra a criança brasileira, especialmente das regiões Norte e Nordeste.

Nas últimas décadas, os índices do desenvolvimento infantil melhoraram. Houve maior cobertura de pré-natal, de imunização, escolaridade parental, educação e diminuição dos índices de desnutrição e mortalidade infantil, mostrando que os programas de transferência de renda e demais políticas auxiliaram na ampliação de recursos materiais (MORAIS et al., 2015). Entretanto,

o impacto da pandemia por COVID após 2020, com a ausência e/ou diminuição do auxílio financeiro emergencial dado pelo governo às famílias para sua subsistência, possivelmente gerará uma desigualdade social ainda maior no país, que pode se refletir no desenvolvimento infantil (CASSIANO; LEITE, 2021), visto que, para a PNAS, a infância e a adolescência são um fator de vulnerabilidade por si só, devendo ser alvo de ações intersetoriais que promovam seu cuidado e proteção (BRASIL, 2004).

A criança inserida em uma família em situação de vulnerabilidade social vive uma condição entremeada por diversos fatores orgânicos, sociais, culturais, como desnutrição, baixo peso, desemprego, pobreza, desorganização familiar, falta de acesso à saúde e educação, que, conjuntamente, podem influenciar negativamente seu desenvolvimento (MAIA; WILLIAMS, 2005; SAPIENZA; PEDROMONICO, 2005; SILVA; VERISSIMO; MAZZA, 2015).

Na literatura já há evidências mostrando que pobreza, ausência de recursos materiais e baixa renda estão diretamente relacionadas a problemas de desenvolvimento (COSTA et al., 2016; TELLA et al., 2018; VELEDA; SOAREZ; CÉZAR-VAZ; 2011). No estudo de Velede, Soares e Cézar-Vaz (2011), crianças cujas famílias tinham menor renda, que a mãe tinha realizado menos consultas de pré-natal e que tinham índice peso-idade inadequado, apresentaram maior risco para atraso no desenvolvimento motor. Em outra pesquisa, com 319 pré-escolares, sendo 57,4% beneficiários de programas de transferência de renda como o Bolsa Família, a pobreza associou-se significativamente ao atraso no desenvolvimento global, e mais especificadamente no desenvolvimento da linguagem (COSTA et al., 2016). Tella et al. (2018) buscaram analisar o impacto que a pobreza exerce nos índices de desenvolvimento no primeiro ano de vida e observaram que o menor nível socioeconômico esteve relacionado ao atraso no desenvolvimento motor e da linguagem de 444 crianças entre 6 e 9 meses de idade.

Walker et al. (2007) apontaram diversos comprometimentos que crianças em países em desenvolvimento apresentaram devido a condições socioeconômicas desfavoráveis. Os autores sugerem a necessidade urgente de ações, uma vez que tais condições repercutem no desenvolvimento global da criança e estão ligadas diretamente com a ausência de alimentos e recursos básicos, como atrofia, anemia por deficiência de ferro, deficiência de iodo, e estimulação cognitiva inadequada. O estudo enfatiza que adversidades cumulativas se associaram a consequências negativas ao desenvolvimento.

As adversidades podem representar momentos de intenso estresse para a criança, podendo

ser caracterizadas como fator de risco ao desenvolvimento infantil, com a possibilidade de prejuízos a longo prazo. Para Shonkoff (2012), o estresse tóxico, que se origina de experiências vividas, as quais ativam a resposta do organismo a partir de eventos estressores intensos e frequentes, pode gerar uma resposta autoimune de defesa durante um tempo prolongado e levar a consequências sociais, relacionais e orgânicas, que podem cronificar e trazer prejuízos para toda a vida.

Há evidências mostrando que indivíduos que experienciaram situações adversas na infância apresentam maior insegurança, dificuldade de vinculação e de elaborar e concretizar objetivos na vida adulta (SILVA; MOTA, 2018). No estudo de Pinto, Alves e Maia (2015), com 225 mulheres adultas que apresentaram tentativas de suicídio, as com maior risco referiam, também, maior número de adversidades sofridas na infância. Em um estudo americano, com uma amostra de 9.508 pessoas que responderam a um questionário sobre saúde, observou-se que mais da metade dos participantes relataram ao menos uma adversidade na infância e um quarto das pessoas, mais que dois tipos de adversidade. O estudo concluiu que houve associação dos problemas de saúde na vida adulta com o número de adversidades relatados na infância, isto é, pessoas que relataram ter vivenciado quatro ou mais adversidades na infância tiveram de 4 a 12 vezes mais risco para o alcoolismo, abuso de drogas, depressão, e tentativas de suicídio (FELLITI et al., 1998).

Entretanto, apesar de terem vivenciado adversidades, muitas pessoas emitem uma resposta positiva frente a um contexto adverso, caracterizando a resiliência. Para Infante (2005), a resiliência é pautada em três importantes aspectos: a compreensão do risco vivenciado; a adaptação positiva à situação vivenciada, que está intrinsecamente ligada às normas culturais, às fases do desenvolvimento humano e aos aspectos individuais; e ao processo, uma vez que a resiliência é pautada em fatores que incluem a relação do indivíduo com os demais, não devendo ser vista como atributo pessoal. Em crianças, assim como na população em geral, a resiliência é complexa e permeada por diversos determinantes que carecem ser estudados (OLIVEIRA; NAKANO; SILVA, 2019).

A partir da complexidade do tema acerca da vulnerabilidade social na infância, cabe reforçar que a criança em condição de pobreza deve ser vista como atravessada por diversos determinantes sociais, econômicos e políticos. Dessa forma, não se deve atribuir ao sujeito a responsabilidade por sua condição, outorgando-lhe a responsabilidade única por sua escolha e pelo *status* e cultura que carrega, reforçando ideologias excludentes, construídas a partir de uma

sociedade desigual (SARMENTO, 1991).

1.2 O desenvolvimento da criança segundo referencial teórico de Bronfenbrenner

A criança não pode ser compreendida sem considerar seu contexto de desenvolvimento. Urie Bronfenbrenner formulou sua teoria de desenvolvimento como um contraponto ao modo tradicional de se estudar o desenvolvimento humano, que não dava a devida atenção às múltiplas influências dos contextos em que os sujeitos viviam (MARTINS; SZYMANSKI, 2004). Para Bronfenbrenner (2012), o desenvolvimento é complexo, dinâmico, contínuo e moldado na reciprocidade entre a pessoa e seu meio.

Ao transitar em diferentes contextos, o indivíduo afeta e é afetado por ele. As transições ecológicas são de extrema importância na constituição dos indivíduos, sendo que os eventos que vivenciam em cada um dos espaços em que circulam, a forma como interagem, interferem na forma como cada um se desenvolve (BRONFEBRENNER, 2012). Quando falamos de crianças entendemos que a família exerce influência sobre seu desenvolvimento, mas não se pode deixar de considerar a comunidade, a escola, a sociedade, a rede de apoio familiar, a mídia, as crenças e valores presentes nos espaços em que circula e com os quais mantém uma relação recíproca (ROSA; TUDGE, 2013).

O referencial teórico proposto por Bronfenbrenner sofreu reformulações ao longo do tempo. Inicialmente denominada Abordagem (ou Modelo) Ecológica do Desenvolvimento Humano, propunha um modelo com diferentes níveis contextuais, interligados, que exerciam influência sobre o desenvolvimento de uma pessoa (COSCONI et al., 2018; ROSA; TUDGE, 2013): microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema.

O microssistema envolve os diferentes contextos em que a pessoa se insere e estabelece relações diretas, face-a-face como, por exemplo, a família. A relação entre dois ou mais microssistemas em que a pessoa se insere, como, por exemplo a relação entre a família e a escola, constitui o mesossistema. Além disso, o sujeito também sofre interferência de outros contextos, nos quais não participa ativamente, ou seja, fatores externos direcionados às pessoas de sua convivência, que caracterizam o exossistema. No caso das crianças, pode-se pensar nos problemas no local de trabalho dos pais, os conflitos familiares, atendimentos e acompanhamentos direcionados aos pais em serviços socioassistenciais e de saúde, entre outros. Por fim, tem-se o

contexto mais amplo, denominado macrosistema que inclui aspectos da cultura, crenças, valores morais, amplos e subjetivos que compõe a sociedade, além de aspectos econômicos, sociais, educacionais, legais e políticos (BRONFENBRENNER, 2012; COSCIONI et al., 2018; MARTINS; SZYMANSKI, 2004; ROSA; TUGDE, 2013).

Posteriormente, Bronfenbrenner atualizou e renomeou seu referencial teórico, passando a denominá-lo de Teoria Bioecológica. Ao acrescentar o prefixo “bio”, Bronfenbrenner reforça o papel ativo do indivíduo, em seus aspectos biológicos, cognitivos, emocionais e comportamentais no processo de seu desenvolvimento (ROSA; TUGDE, 2013).

Já na última década do século XX, seu modelo teórico foi novamente revisto e renomeado, passando a ser conhecido pela nomenclatura atual de Modelo Processo-Pessoa-Contexto-Tempo (PPCT), segundo o qual o desenvolvimento humano acontece na interrelação de quatro componentes dinâmicos: pessoa, processo, contexto e tempo (COSCIONI et al., 2018; MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

Pessoa refere-se às características biológicas e construídas na interação com o meio, ou seja, a aspectos constantes e mutáveis na vida do ser humano em desenvolvimento. Por processo entende-se as relações entre indivíduo e ambiente; não só a relação que se dá entre as pessoas, mas entre o indivíduo e os símbolos e objetos com quais mantém contato. O processo ocorre nas vivências que se dão em determinados contextos, desde os ambientes mais imediatos nos quais vive a pessoa até contextos que a afetam indiretamente, e em determinado tempo histórico (COSCIONI et al., 2018; MARTINS; SZYMANSKI, 2004; ROSA; TUGDE, 2013, ROTHER, 2014).

Dessa forma, a criança que cresce num ambiente de vulnerabilidade social é atravessada pelas relações que estabelece com sua família e com o cuidado dispendido a ela, bem como pelas relações que ela e a família estabelecem com vizinhos, parentes, rede de apoio social, escola, e na relação entre eles. É afetada pela dificuldade no trabalho do pai, pela diminuição de renda, pelas discussões e conflitos relacionais no ambiente externo que envolvem seus familiares. Suas relações diretas e indiretas se inserem dentro de um contexto maior, do que a sociedade pensa da criança pobre, da família beneficiária de um programa social, além de sofrer consequências das políticas econômicas e sociais (BEE; BOYD, 2011; BRONFENBRENNER, 2012; MACANA, 2014; ROSA; TUDGE, 2013).

Todos os aspectos mencionados acima, ocorrem em determinado tempo, frequência e

periodicidade, que também afetam o desenvolvimento da criança. Ou seja, a criança que sofre uma situação de privação por tempo prolongado pode apresentar mais dificuldades desenvolvimentais do que crianças que passaram por tempo de privação pontual (ROSA; TUDGE, 2013).

Para Poletto e Koller (2008), ao olhar ecologicamente o desenvolvimento humano, amplia-se consideravelmente os determinantes do processo de construção do indivíduo e reflete-se sobre interações e influências distantes que, muitas vezes, não são associadas aos resultados obtidos nas pesquisas sobre o desenvolvimento infantil.

Assim, para melhor compreensão do processo do desenvolvimento infantil, deve-se considerar aspectos de seu macrossistema, como as políticas públicas. No caso da criança em situação de vulnerabilidade social, as políticas públicas de assistência social e àquelas voltadas à infância impactam, direta e indiretamente, em seu desenvolvimento.

1.3 Política Pública de Assistência Social no Brasil

Segundo Villanueva et al. (2016), o conceito de vulnerabilidade, um termo com muitas imprecisões, influenciou a formulação de políticas públicas, as práticas profissionais no campo da assistência social, da sociedade e até a representação que os usuários têm de si mesmos.

O caráter de caridade da assistência social ao outro é uma prática antiga da humanidade. Na era pré-cristã se caracterizava por esmolas, visitas e doações aos integrantes do grupo quando estes passavam por perdas, momentos de doenças e ausência de alimentos. O cristianismo trouxe uma nova concepção, a da justiça social e da dimensão espiritual da assistência, e sua prática passou a ser tarefa da Igreja Católica que assumiu o cuidado dos que não tinham meios para se manterem na sociedade, como forma de caridade e obrigação. Entretanto, ao longo do tempo, a Igreja Católica distanciou-se dos mais pobres e, com o advento do protestantismo, a assistência sofreu modificações, especialmente, em sua organização, com bases laicas e não mais religiosas (ARÁUJO; BARCELLOS, 2020; VILLANUEVA et al., 2016).

Após a Revolução Francesa de 1789, com impacto universal e surgimento da burguesia, esta assumiu o controle das ações sociais direcionadas à população menos favorecida, fortalecendo a separação entre ricos e pobres e mantendo seu *status* de classe dominante. Já no início do século XX, para equacionar a questão social, foram implantados novos programas, como da visita domiciliar, que permitia conhecer “*in loco*” as condições de moradia e de saúde da classe

trabalhadora, fiscalizar as condições de vida da população atendida e socializar o modo capitalista de pensar (ARAÚJO; BARCELLOS, 2020; VILLANUEVA et al., 2016).

No Brasil, só houve o olhar direcionado às famílias pobres a partir da Independência, em 1822. Porém, as ações sociais implantadas pelo Estado ficavam restritas às escolas primárias e às Santas Casas de Misericórdia. Até 1920, a pobreza era vista como um caso de polícia, um problema ou disfunção do indivíduo e nunca da estrutura social. A partir de então, se instaurou a relação capital-trabalho e o Governo começou a legislar em função dos problemas advindos desta relação. Em decorrência destas mudanças, surgiram as Caixas de Aposentadoria e a pobreza passou a ser vista como consequência do não trabalho, e do não “querer” trabalhar (VILLANEUVA et al., 2016).

Em 1930, com o Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde, a Assistência Social passou a ser vista como um programa governamental de cuidado, pautado na força de trabalho (VILLANEUVA et al, 2016). Nesse momento histórico, o Brasil vivia um processo de industrialização e do surgimento da classe operária, quando se determinou o salário-mínimo e se criou a Legião Brasileira de Assistência (LBA), com o objetivo de atender às necessidades sociais da família dos voluntários combatentes da 2ª Grande Guerra. As ações eram de caráter assistencialista, pautadas nos costumes vigentes da época (OLIVEIRA; ALVES, 2020). Na época em que as ações sociais do Estado eram executadas pela LBA, a família tinha por característica a consanguinidade, a hierarquia de poder e a mulher era vista como responsável pelo cuidado dos filhos. Apenas em 1962 a mulher passou a ter o direito de trabalhar sem a necessária permissão do cônjuge (CARDOSO; TEIXEIRA, 2014).

Segundo Cardoso e Teixeira (2014), após as décadas de 60 e 70, os governos dos diferentes países foram construindo políticas direcionadas ao suporte familiar, algumas políticas mais familistas e outras tendendo à desfamiliarização. Políticas mais familistas não oferecem recursos suficientes para que seus integrantes possam adquirir autonomia como, por exemplo, para adentrar o mercado de trabalho, sendo a família responsável pelas escolhas que faz e o foco do governo nas políticas econômicas amplas. A política familista legitima o protagonismo da família na resolução de seus conflitos e adversidades.

Por outro lado, nas políticas de desfamiliarização o suporte do Estado é maior, uma vez que assumia o cuidado dos indivíduos dentro do núcleo familiar, incentivando a independência econômica, principalmente da mulher, ao reduzir seu tempo de cuidado exclusivo à família, por

exemplo, através do oferecimento de vagas suficientes em creches, capacitação para o trabalho, entre outros (CARDOSO; TEIXEIRA, 2014).

Cardoso e Teixeira (2014) afirmam, ainda, que as políticas sociais no Brasil mantêm um caráter familista, uma vez que oferecem proteção à família através de serviços públicos, para que ela possa fazer suas escolhas e proteger seus integrantes, reforçando a autonomia da família, porém, responsabilizando-a pelo que advir a ela e, conseqüentemente, pela sua pobreza. Nesse modelo, a mulher é vista como responsável pelo lar e sobre ela recai a função de dar conta das dificuldades do dia a dia, como, por exemplo, do cuidado dos filhos (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Nessa perspectiva, a partir da década de 90, houve a diminuição de recursos no fomento de serviços e o incremento de programas de transferência de renda. A lógica das políticas familistas foi influenciada pelo neoliberalismo, que acabou por se refletir na economia e oferecer à família a possibilidade de organização e cuidado de seus integrantes a partir do dinheiro transferido por meio de programas sociais como o Bolsa Família, cujo objetivo é garantir renda mínima a famílias em extrema pobreza (CARDOSO; TEIXEIRA, 2014).

Esse caminho percorrido no fomento de programas de transferência de renda teve por fundamento a Constituição Federal de 1988, que propôs a reformulação das ações sociais implantadas pelo Estado, tornando-as políticas públicas direcionadas ao empoderamento do cidadão enquanto sujeito de direito e digno à vida plena (BRASIL, 1988). Esse ideário torna-se fundamental na construção e pactuação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em 1993, que dá origem às políticas sociais subsequentes.

Para a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), a família é o espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primária da criança, provedora de cuidado aos seus membros, reconhecendo-a como unidade a ser cuidada e protegida, para que possa garantir o cuidado dos seus integrantes (BRASIL, 2012).

O Sistema Único da Assistência Social (SUAS), criado em 2005, traz como eixo norteador a matricialidade familiar e a territorialização. O trabalho direcionado às famílias, por meio do Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) passa a focar o fortalecimento da convivência familiar e comunitária dentro de seu território. Com a aprovação da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, em 2009, o programa de acompanhamento familiar passou a ser chamado de “Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família”, mantendo a sigla PAIF, e sendo oferecido em caráter obrigatório e contínuo nos Centros de Referência da Assistência Social

(CRAS).

O CRAS, segundo a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), deve cobrir áreas de maior índice de vulnerabilidade e risco social, e tem por objetivo a articulação dos serviços socioassistenciais em seu território de abrangência e a prestação de serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica às famílias (BRASIL, 2012).

O PAIF propõe intervenções que ultrapassem a dimensão econômica e que desenvolvam/visem aspectos tanto objetivos quanto subjetivos, procurando favorecer a função protetiva das famílias. Seu objetivo é prevenir eventuais situações de risco social e, para isso, necessita antecipar ações, de acordo com o mapeamento das dificuldades de seu território. Suas ações são continuadas e direcionadas ao fortalecimento dos vínculos e à garantia de acesso aos direitos básicos, culminando na melhoria da qualidade de vida (ROCHA; SOUZA; TEIXEIRA, 2016).

Assim como as ações de prevenção e o acompanhamento do PAIF, os serviços socioassistenciais são direcionados à população cujos direitos foram violados e os vínculos rompidos, seja por violência física, sexual, abandono ou negligência, através do acompanhamento familiar pelo Centro Especializado da Assistência Social (CREAS) e pelos serviços de alta complexidade, referentes ao acolhimento institucional (BRASIL, 2009).

A partir da LOAS, o financiamento das ações passou a ser por transferência direta ao fundo da Assistência Social nas três esferas de governo, a fim de implantar e consolidar programas e ações municipais, estaduais e/ou federais, de acordo com as ações pactuadas entre os participantes dos Conselhos, que contam com representantes da população e de todos os serviços socioassistenciais que compõem a rede. A implementação dos Conselhos permitiu o engajamento da população na tomada de decisões e no direcionamento dos recursos para a comunidade (CUNHA, 2017). O financiamento de programas e projetos sociais a nível municipal, estadual e federal, influenciam, direta e indiretamente, a qualidade e o objetivo do serviço oferecido aos usuários do CRAS em seu território de abrangência (CARMO; GUIZARD, 2018).

Desde 2001, toda a população atendida pelos técnicos da Assistência Social é cadastrada no Cadastro Único, com o objetivo de unificar os atendimentos sociais, visando coibir fraudes e exercer controle sobre os programas do Governo Federal. No cadastro são registrados dados relativos à condição social da família e à renda, que é utilizada como critério para os programas sociais a ele vinculados (BRASIL, 2001).

A renda *per capita* limite para se ter acesso ao benefício do Bolsa Família, quando há presença de crianças na família, é de até R\$ 178,00 mensais. O Bolsa Família, através da Lei nº 10.836, é o principal programa em vigência no Brasil, direcionado à família em situação de pobreza e extrema pobreza (BRASIL, 2004).

Durante a pandemia do Coronavírus, mediante a Lei nº 13.982 (BRASIL, 2020; BRASIL, 2021), os beneficiários do programa Bolsa Família foram incorporados como beneficiários do Auxílio Emergencial, oferecido pelo Governo Federal durante a crise sanitária, caso o valor que recebessem fosse menor ao novo valor ofertado. O maior valor ofertado é de quatro parcelas de R\$ 375,00 destinado a mulheres, provedoras do lar, em uma família monoparental.

Atualmente, está em tramitação a Medida Provisória 1061/21 que substitui o Programa Bolsa Família pelo Auxílio Brasil, com características semelhantes e ampliação de valores transferidos (BRASIL, 2021).

Apesar do fator renda ter forte impacto sobre as políticas atuais, ele não é o único indicador de vulnerabilidade de uma população. O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS aponta que a vulnerabilidade é um conjunto das adversidades vivenciadas, agregando ao fator renda as condições de saúde, acesso a serviços básicos, educação e trabalho (CRITÉRIO BRASIL, 2019), consideradas adversidades que afetam a família e sua capacidade protetiva (CARDOSO; TEIXEIRA, 2014).

Os programas de transferência de renda mínima, sem oferta de trabalho, capacitação e vagas suficientes em creches legitimam a pobreza como determinante da condição de vulnerabilidade, não ampliando ações voltadas à ausência de recursos e serviços atrelados a essa condição. Para Cardoso e Teixeira (2014), as políticas socioassistenciais no Brasil, ao manter esse ideário familista, centralizam na família a responsabilidade pelo que a advir, sendo o valor transferido suficiente para que possa buscar pela melhoria da pobreza instituída sem o reconhecimento do caráter coletivo e histórico de suas dificuldades sociais e organizativas.

1.4 Políticas públicas direcionadas à criança

Houve tempos em que o cuidado da criança não era relevante nem para a família e nem para o Estado. No Brasil, durante o período colonial, a taxa de mortalidade infantil chegava a, aproximadamente, 70% dos nascidos vivos, não havia cuidados básicos, as crianças eram tratadas

com indiferença e a responsabilidade de seu cuidado era repassada às escravas. Apenas no século XVII a criança começou a ocupar espaço no âmbito social, porém o abandono de crianças era aceito sem justificativa pela sociedade (ARAÚJO et al., 2014).

Se inicialmente nem a família, nem o Estado, assumiam a responsabilidade pela criança abandonada, a sociedade civil passou a se preocupar e se organizar. Até meados do século XIX, seu cuidado tinha um caráter de caridade, através do sistema de Rodas, que oferecia abrigo e alimentação às crianças abandonadas pelas famílias. Posteriormente, até meados da década de 1960, o cuidado a essas crianças abandonadas passou a ter caráter filantrópico e, apenas no final do século XX, elas passaram a ser cuidadas pelo Estado, enquanto sujeitos de direitos (ARAÚJO et al., 2014).

O primeiro conjunto de leis para esse público no Brasil, o Código de Menores de 1927 (reformulado em 1979), de caráter assistencialista/repressor, promulgava que as crianças abandonadas e desprotegidas fossem internadas em instituições, com o objetivo de prevenir a delinquência e garantir o bem-estar da sociedade. Ou seja, as crianças eram repreendidas pelo Estado com ações extremamente violentas (BRANCO; TAMANIK, 2012). Este cenário foi se modificando devido a pressões no cenário nacional e internacional.

Após a 2ª Guerra Mundial, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e a busca por ideários mundiais em comum, o olhar direcionado à infância foi ganhando destaque. Em 1959 foi aprovada, por unanimidade, a Declaração Universal dos Direitos da Criança pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que trazia diretrizes básicas de sobrevivência e cuidado integral à infância para todas as nações, com o objetivo principal de diminuir a mortalidade infantil no mundo. O documento serviu como base para os anseios nacionais de uma política de proteção à infância (RIBEIRO, 2014).

Entretanto, nessa época, no Brasil, estava em vigência a Legião Brasileira de Assistência (LBA), fundada em 1942 e que se manteve até 1995. Após a guerra, a LBA constituiu-se na principal agência de formulação e implantação de políticas e programas sociais direcionadas às famílias pobres, de cunho assistencialista, com ações no campo da desnutrição infantil, maternidade, educação infantil e da assistência à pobreza, através, principalmente, de ampliação de vagas em creche e construção de centros de puericultura pelo país (FONSECA; ALMEIDA, 2016; SILVA, 2018).

O cuidado da criança enquanto direito constitucional só foi possível no final do século XX, após a promulgação da Constituição Federal, sancionada em 1988. Atendendo às diretrizes internacionais, tanto a criança quanto o adolescente passaram à condição de cuidado e proteção:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, art. 227).

Esse olhar diferenciado para a criança foi consolidado no país pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), através da Lei nº 8069 (BRASIL, 1990). O ECA foi resultado dos interesses convergentes de diversas instâncias públicas voltadas para a proteção da criança, como a assistência social, a saúde infanto-juvenil, as associações de classe, a educação, o poder judiciário, entre outros. Após a promulgação do ECA, estes serviços comporiam, em 2006, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), responsável pela implementação de políticas nacionais direcionadas à criança e ao adolescente junto aos Conselhos Estaduais e Municipais, bem como pelo fortalecimento do sistema de garantia de direitos, constituído por todos os serviços de atendimento infanto-juvenil. A responsabilidade pela proteção à infância e à adolescência passou a ser compartilhada entre todos os serviços governamentais e não-governamentais (BAPTISTA, 2012).

Entendendo a necessidade de garantir o básico para a sobrevivência de seus indivíduos, principalmente quando crianças, na década de 90 foram implantados programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, em que, em contrapartida ao valor recebido, se exigia o cuidado da criança através da obrigatoriedade da presença escolar. O impacto dessa política de redução da pobreza foi imediato e pode ser constatado quando se analisam os dados de saúde, nutrição, crescimento e desenvolvimento cognitivo, motor e de linguagem (FERNALD; GERTLER; NEUFELD, 2008).

Em consonância ao foco de garantia de condições básicas de sobrevivência às crianças, em 1999, o governo do Estado de São Paulo criou o projeto VIVALEITE dentro do Programa Estadual de Alimentação e Nutrição para populações carentes, com o objetivo de atender pessoas em situação de vulnerabilidade social (SÃO PAULO, 1999). Programa similar foi implantado em 1993, pela Coordenadoria da Secretaria de Agricultura e Abastecimento (SAA-SP), com o objetivo

de atender à necessidade econômica de produtores de leite e, em 2011, ele foi transferido para a Secretaria de Desenvolvimento Social, pelo Decreto nº 56.674 (SÃO PAULO, 2011).

Tais políticas, com foco nas populações mais pobres, são necessárias uma vez que são evidentes as consequências negativas da vivência da pobreza, principalmente no período pré-natal e na primeira infância. A pobreza é associada a maiores índices de mortalidade infantil, prematuridade, depressão materna, e queixas educacionais da criança (SILVA et al., 2019).

Os resultados dessas políticas podem ser observados ao se constatar que crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família apresentaram taxas nutricionais semelhantes a crianças não beneficiárias. Oliveira et al. (2011) associaram o resultado ao recebimento do benefício e à obrigatoriedade de pesagem enquanto condição do programa. Segundo Lavinhas, Cobo e Veiga (2012), apesar dos efeitos positivos associados ao bem-estar familiar, programas de transferência de renda condicionada, como o Bolsa Família, não são suficientes para auxiliar a mulher pobre, chefe de família, em sua incursão no mundo de trabalho, garantindo a renda mínima e facilitando o acesso a serviços.

Pinto, Alves e Maia (2005) reforçaram a necessidade de políticas que atenuem e coíbam situações desfavoráveis à infância e que promovam a potencialização das capacidades e autonomia da população. Para tanto, programas sociais foram implantados nas esferas municipais, estaduais e federais, financiados pelo poder público, que iam além da transferência de renda. Porém, segundo dados do Plano Nacional da Primeira Infância, em 2010, apenas um programa era voltado diretamente às crianças entre 0 e 6 anos, o que representava 0,079 de todos os programas direcionados a crianças e adolescentes em andamento naquele momento, sugerindo a necessidade de reforçar ações direcionadas a essa faixa etária (BRASIL, 2010).

Associada a essa demanda, a violência contra crianças e adolescentes passou a ser melhor notificada e observaram-se altos índices de práticas parentais punitivas, em que se utilizavam de castigos físicos. Rocha e Moraes (2011) constataram que das 278 famílias inscritas no Programa Saúde da Família de Niterói - RJ, 93,8% referiam o uso de castigos corporais.

A criança inserida no ambiente familiar torna-se vulnerável, não apenas pelas condições sociais a que é exposta, mas pela forma que é cuidada e protegida pela família. Segundo Weber et al. (2002), até 1950, as punições físicas para correção do comportamento infantil eram aceitas e reforçadas, até que estudos sobre consequências do espancamento impactaram o mundo e legislações passaram a ser construídas a fim de coibir essas violências. Os autores salientam que

há um maior número de situações de violência intrafamiliar em classes economicamente menos favorecidas. Entretanto, os dados se baseiam em notificações e famílias em situação de vulnerabilidade tem maior proximidade com serviços públicos de acompanhamento, os quais, por sua vez, têm por obrigatoriedade, segundo o ECA, realizar a notificação em qualquer suspeita de maus-tratos (WEBER et al., 2002).

Apenas em 2010, práticas de educação coercitiva, caracterizadas por terem como base o uso de violência, foram coibidas e criminalizadas através do projeto de Lei nº 7.672/2010 (Lei da Palmada), com redação final aprovada na Lei nº 13.010 (BRASIL, 2014). Todavia, apesar dos avanços na legislação de proteção às crianças e adolescentes, o uso de técnicas coercitivas ainda é bastante frequente nas famílias brasileiras (MAINARDES, 2018; RIBEIRO, 2014; ROCHA, MORAES, 2011).

Em 2016, foi instituído o Marco Legal da Primeira Infância pelo Decreto nº 13.257 (BRASIL, 2016), para fomentar políticas direcionadas especificamente à criança de 0 a 6 anos e à gestante, uma vez que estudos científicos relatavam que adversidades ocorridas na primeira infância poderiam levar a sequelas físicas, emocionais e sociais para toda a vida (BRANCO; LINHARES, 2018; FELITTI et al, 1998; SILVA; MOTA, 2018). Halpern e Figueiras (2004) enfatizam a importância de políticas que reduzam a violência intrafamiliar desde o período gestacional.

Para viabilizar o Marco Legal foi instituído o Programa Criança Feliz por meio do Decreto nº 8.869 em 2016, alterado em 2018 pelo Decreto nº 9579, e, atualmente, em execução nos municípios participantes. O programa conta com visitas domiciliares semanais para crianças até três anos, quinzenais para crianças entre três e seis anos que recebem Benefício de Prestação Continuada – BPC, ou mensais para gestantes. As visitas são direcionadas às famílias em situação de vulnerabilidade social com Cadastro Único ativo e realizadas por visitantes cuja exigência mínima é o ensino médio, supervisionados por um profissional de nível superior, responsável pelas orientações e construções de atividades e propostas de intervenção junto às famílias. O programa, que teve por base experiências nacionais e internacionais exitosas com a metodologia empregada, conta com o financiamento integral do Governo Federal aos municípios participantes, tem caráter intersetorial e é gerenciada pelas políticas socioassistenciais. Tem por objetivos apoiar o desenvolvimento infantil na primeira infância, assim como a gestante e sua família na preparação para o nascimento, colaborar com os pais no fortalecimento das funções protetivas da família,

mediar o acesso das famílias às políticas públicas, e ampliar e integrar ações direcionadas a essa população (BRASIL, 2018).

De acordo com Gaia, Candido e Barbosa Jr. (2019), o Programa Criança Feliz complementa o que já estava especificado como serviço do PAIF no CRAS, que seria o acompanhamento de famílias em situação de vulnerabilidade social, atuando conjuntamente na promoção do desenvolvimento integral da criança, através da sistematização de visitas. Para os autores, o trabalho conjunto entre o Programa Criança Feliz e o acompanhamento sistemático da família pelos técnicos do CRAS pode trazer benefícios a longo prazo aos atendidos.

Por outro lado, Arcoverde, Alcantara e Bezerra (2019) ao fazerem uma leitura crítica sobre os objetivos do Programa Criança Feliz, reiteram que ele se configura como uma política familista, que vai na contramão das políticas socioassistenciais, ao responsabilizar a família pela proteção integral da criança, sem fornecer a garantia de segurança de sobrevivência (rendimento/autonomia), convívio e vivência familiar, segundo as diretrizes da PNAS (2004).

Cabe ressaltar que as políticas socioassistenciais sempre tiveram a família em situação de vulnerabilidade como público-alvo de suas ações, incluindo crianças e adolescentes (PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2013). Há famílias que, seja por condições impostas pelo ambiente, seja por questões sociais, econômicas e/ou pessoais, não conseguem responder de maneira eficaz às situações que lhe advém, lhes faltam rede de apoio social e afetivo, e coesão na tomada de decisões (PRATI et al., 2009). O contexto de vulnerabilidade social parece associado a maior estresse parental, tornando imprescindível o olhar cuidadoso à parentalidade (SILVA et al., 2019).

Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (2019), uma das principais estratégias para prevenir a violência intrafamiliar contra crianças, foco deste estudo, é o trabalho direcionado aos pais e ao fortalecimento da relação entre eles e a criança, através do estímulo à segurança, ao afeto e ao cuidado. Para além da prevenção ao risco, o trabalho com os pais pode fomentar resiliência, ou seja, respostas positivas em meio a vulnerabilidade (INFANTE, 2005).

1.5 A família e as práticas educativas

A família constitui-se, na quase totalidade, o primeiro microsistema da criança e exerce importante papel no seu desenvolvimento. É na família que se inserem as primeiras relações face-a-face, as primeiras interações da criança com o mundo, que se caracterizam por serem contínuas,

recíprocas e frequentes (BRONFENBRENNER, 2012). Para Bee e Boyd (2011), além dos cuidados diretos dispendidos à criança, a família também é responsável por transmitir os valores da sociedade, tendo a possibilidade de transformá-los ou atenuá-los.

Na perspectiva de que a família é a responsável pelo processo de socialização da criança, os cuidadores lançam mão de práticas educativas, a fim de, por um lado, evitar comportamentos classificados como inadequados e, por outro, incentivar comportamentos infantis considerados adequados (SALVO, SILVARES, TONI, 2005).

Bortolini e Andretta (2013) afirmam que as práticas parentais podem ser divididas em práticas positivas, ou não coercitivas, e práticas negativas ou coercitivas. As práticas positivas correspondem às práticas de monitoria positiva, com demonstrações de carinho, afeto, atenção e conhecimento sobre as atividades dos filhos, e, também, práticas de comportamento moral, que envolvem ensinamentos de valores morais, honestidade, generosidade e senso de justiça, por meio do exemplo dos pais (BORTOLINI, ANDRETTA, 2013; SALVO, SILVARES, TONI, 2005).

Por outro lado, as práticas consideradas negativas incluem a negligência ou ausência de supervisão dos pais e falta de atenção às necessidades da criança; punição inconsistente, baseada no humor dos pais e não relacionada diretamente ao comportamento da criança; monitoria negativa, com excesso de fiscalização e de instruções repetitivas; disciplina relaxada, permitindo, assim, que a criança tenha comportamento rebelde e manipulador; e abuso físico, quando os pais machucam ou causam dor em seus filhos com a justificativa de estarem educando (BORTOLINI, ANDRETTA, 2013; SALVO, SILVARES, TONI, 2005).

As práticas parentais são ações direcionadas ao cuidado do filho, intimamente conectadas a um repertório de habilidades sociais e características que compõe seus estilos parentais. Quando se fala em estilos parentais, compreende-se que os pais utilizam recursos construídos ao longo da vida e de suas experiências para interagir com o filho. Considerando como base a responsividade e a exigência parental, foi possível identificar quatro estilos parentais: autoritário, indulgente e negligente e autoritativo (LAWRENZ, 2020; CECCONELLO; DE ANTONI; KOLLER, 2003).

No estilo autoritário há um maior controle pelos pais, com uso frequente de punição e baixa responsividade, sem escuta da criança. No estilo indulgente, os pais são permissivos, tolerantes, com alta responsividade, porém com baixo controle. Baixo controle e baixa responsividade parentais, privando a criança de cuidado físico e emocional, compõem o estilo negligente. Finalmente, no estilo autoritativo, os pais conseguem estabelecer uma relação mais equilibrada

entre responsividade e controle, utilizando estratégias de disciplina positivas, permitindo e favorecendo o diálogo com a criança (CECCONELLO; DE ANTONI; KOLLER, 2003).

Para Brochi, Friedrich e Pacheco (2016), as práticas parentais utilizadas pelos cuidadores dentro do núcleo familiar podem ser consideradas fatores de risco ou proteção ao desenvolvimento. Se, por um lado, cuidadores que utilizam estratégias coercitivas, por meio de força ou de poder, estão transmitindo modelos comportamentais violentos, por outro, quando os pais recorrem a disciplina indutiva, através de comunicação e explicação, eles favorecem a mudança de comportamento, sem a necessidade de violência (BROCHI; FRIEDRICH; PACHECO, 2016). Portanto, as práticas parentais têm impacto sobre o desenvolvimento infantil e, segundo a literatura, as práticas negativas implicam em prejuízos para a criança (GERSHOFF, 2002; GERSHOFF; SATTLER; ANSARI, 2018; PIRES et al, 2018; SAMPAIO; GOMIDE, 2007; TONI; HECAVEI, 2014).

Ao avaliar a relação entre práticas educativas parentais e desempenho escolar em 203 crianças entre 8 e 11 anos, observou-se que crianças que apresentavam baixo rendimento percebiam que os pais utilizavam práticas educativas negativas, com maior uso de violência, negligência ou eram mais permissivos (TONI; HECAVEI, 2014).

Os prejuízos futuros para a criança não se limitam ao desempenho acadêmico, visto que práticas coercitivas ou práticas parentais negativas se associaram com comportamentos antissociais, uso de drogas, infrações e agressividade (SAMPALIO; GOMIDE, 2007). Gershoff (2002), em estudo de revisão teórica e meta-análise, analisou a associação entre punição corporal, comportamento e experiências infantis, e constatou, a partir de 88 estudos, que a única resposta positiva foi a obediência imediata, associado há diversas consequências indesejadas, como aumento da agressividade, do comportamento antissocial, de problemas de saúde mental na idade adulta, e baixo nível de comportamento moral. Para Pires et al. (2018), em revisão de literatura sobre o tema, as práticas parentais coercitivas prejudicam o desenvolvimento da criança uma vez que estão associadas ao aumento de problemas emocionais e de comportamento infantis a curto e longo prazo.

Gershoff, Sattler e Ansari (2018), em um estudo longitudinal, ao avaliarem 12.112 crianças aos cinco, seis e oito anos, observaram que a vivência de práticas parentais mais agressivas pela criança aos cinco anos permitia prever o aumento de problemas de comportamento externalizantes aos seis e oito anos.

Buscando compreender o uso de estratégias coercitivas por familiares, Carvalho e Cruz (2018) verificaram que o não uso de punição física na educação dos filhos pelas mães de 128 pré-escolares esteve relacionado a crenças maternas na efetividade das ações educativas, quanto ao uso e não uso de castigos físicos.

Além das crenças parentais, os fatores sociais, as vivências e o contexto da família interferem nas práticas parentais utilizadas no cuidado com o filho (SANCHEZ-CESAREO et al., 2018). Indivíduos vulneráveis, seja social, psíquica ou biologicamente, acabam utilizando repertórios de acordo com sua vivência, que nem sempre são adequados (JULIANO; YUNES, 2014). Em estudo com 87 cuidadores que utilizavam práticas coercitivas na educação dos filhos, Azevedo e Bazon (2021) observaram que aqueles que se sentiam mais frágeis e emocionalmente instáveis, contavam com menos apoio familiar e pertenciam a uma classe social mais baixa, agrediam seus filhos com maior intensidade e frequência.

O cuidado parental também está alicerçado em fatores econômicos, sociais, culturais que podem limitar a ação protetiva da família (MAIA; SILVEIRA; DESLANDES, 2017). No estudo de Sanchez-Cesareo et al. (2018) em Chicago/Illinois, por exemplo, o desemprego, o estado civil dos pais e a etnicidade, aumentaram o risco de a criança sofrer castigos físicos. Os autores reforçam a complexidade dessas variáveis e orientam que elas não sejam vistas como fatores isolados, mas inseridas dentro de um contexto social complexo. A etnicidade como preditora da prática de castigos físicos, por exemplo, pode estar relacionada ao fato de hispânicos e afro-americanos nos EUA terem menos recursos materiais e renda, o que prejudica sua qualidade de vida e pode aumentar a frequência do uso de castigos físicos com os filhos. Em relação ao estado civil, o fato de estar casado aumenta o número de possíveis cuidadores da criança, permitindo a inserção no mercado de trabalho, e a diminuição do estresse parental em decorrência da ausência de recursos, favorecendo práticas educativas mais adequadas, sem castigos físicos (SANCHEZ-CESAREO et al., 2018).

Embora se faça necessário o apoio social junto a famílias em situação de vulnerabilidade, a fim de auxiliá-las no cuidado e no incremento de práticas educativas positivas, oferecendo apoio, informação, encorajamento (INFANTE, 2005; MONDIM, 2008) não se deve descontextualizar as práticas parentais. Famílias em situação de vulnerabilidade, em um país em desenvolvimento e com altas taxas de desigualdade social, apresentam problemas sociais inerentes a sua realidade que as afetam diretamente em suas formas de educar, em sua sobrevivência.

Altafim, McCoy e Linhares (2018) analisaram a relação entre *status* socioeconômico, práticas parentais e problemas comportamentais em 204 crianças brasileiras entre 3 e 8 anos, utilizando a Avaliação ACT. Observaram que não houve relação entre práticas parentais e problemas de comportamento. Porém, o nível socioeconômico mais baixo esteve associado à apresentação de problemas de comportamento internalizantes na criança, bem como a maiores dificuldades em práticas parentais positivas e de comunicação, embora sem prejuízo quanto à regulação emocional e comportamental.

Yunes (2003) e Scannell (2020) salientam a importância também se identificar e compreender as potencialidades e os aspectos saudáveis da família e não apenas seus desajustes. Raikes e Thompson (2005), estudando a autoeficácia de pais em condição de pobreza, observaram que mesmo em situações adversas, com ausência de recursos, os pais que apresentaram maior autoeficácia e menor estresse parental tiveram menos práticas educativas agressivas contra os filhos.

As habilidades sociais, que se referem a comportamentos, construídos ao longo da história de vida de um indivíduo, interferem em suas ações e escolhas, incluindo suas práticas educativas (LAWRENZ et al., 2020). Independentemente da situação de vulnerabilidade, pais com baixo repertório de habilidades sociais tendem a enfrentar dificuldades interpessoais e emitir comportamentos desadaptativos. Por outro lado, pais que combinam afeto e limites, propiciam à criança competência social, assertividade e comportamento independente (PATIAS; SIQUERA; DIAS, 2013).

Scannell (2020) propõe espaços para que os pais possam desenvolver suas próprias habilidades, além de melhores condições sociais que diminuam a vulnerabilidade a que estão expostos. Nas últimas décadas, muitos estudos enfatizaram a necessidade de ações, programas, intervenções direcionadas à prevenção de violência e maus tratos contra as crianças, e os cuidadores passaram a ser vistos como principais mediadores na implantação de melhores condições de cuidado à criança. Esse cenário científico acompanhou o incentivo global para implantação de políticas públicas de proteção à infância (BLACK et al., 2017).

1.6 Programas de Intervenção

Para Garcia, Yunes e Almeida (2016), é preciso atuar na prevenção de maus-tratos e

negligência perpetrados contra crianças e adolescentes, a partir da construção de estratégias para o bem-estar das relações familiares, como ocorre em muitos países como Portugal, Espanha e Estados Unidos, com bons resultados. Em Portugal, Almeida et al. (2012) realizaram revisão sistemática de estudos publicados entre 2007 e 2010, para verificar a eficácia de 56 programas de intervenção voltados a práticas educativas parentais. Os programas apresentaram resultados muito diversos e a comparação entre eles foi dificultada devido aos seus diferentes objetivos, porém todos apresentaram resultados positivos. De uma forma geral, após as diferentes intervenções, as práticas parentais se tornaram mais eficazes, houve reconhecimento da importância do apoio social informal e de se considerar os sentimentos e comportamentos infantis.

Muitos programas, com diferentes enfoques, têm por objetivo ampliar e fortalecer boas práticas parentais. Em artigo de revisão sistemática sobre programas de treinamento para a promoção de práticas positivas de pais de crianças de zero a 7 anos, Guisso, Bolze e Vieira (2019) identificaram oito estudos internacionais, nos quais a participação nos programas levou a melhora das práticas parentais e do comportamento da criança. A maior adesão aos programas foi observada entre os pais mais velhos, com maior escolaridade, do sexo feminino, e de países em que já havia uma cultura instituída de valorização da infância.

Altafim e Linhares (2016), em revisão sistemática sobre estudos com enfoques em programas de intervenção parental direcionados à prevenção de maus-tratos e violência, observaram predominância de estudos realizados em países desenvolvidos. Constatou-se que as intervenções resultaram em maior compreensão por parte dos pais de suas atitudes, levando a mudanças frente a práticas de educação coercitivas e maior compreensão deles a respeito do desenvolvimento infantil. Em revisão publicada recentemente, Branco, Altafim e Linhares (2021) observaram que em 89% dos estudos houve melhora nas práticas parentais utilizadas após a intervenção com diferentes programas de parentalidade, com melhorias também na saúde mental, na relação parental, na coparentalidade, e nas habilidades adaptativas dos pais.

Entretanto, nem todos os programas mostraram resultados positivos. Barnes et al. (2017), que recorreram a um programa de intervenção e acompanhamento com gestantes e puérperas, não observaram, após participação, diminuição de práticas parentais agressivas, nem melhor saúde mental ou apoio social, quando comparadas a mães não participantes. As mães foram acompanhadas durante a gestação e o primeiro ano de vida do filho.

De uma forma geral, todavia, os programas voltados às práticas parentais positivas têm se

mostrado estratégias preventivas eficazes em países desenvolvidos, mas ainda há poucas evidências de sua eficácia em países em desenvolvimento (MEJIA; CALAM; SANDERS, 2012).

Os estudos em contexto brasileiro eram pouco comuns na primeira década do século XXI, conforme revisão integrativa realizada por Schmidt, Staudt e Wagner (2016). As autoras realizaram a busca nas bases de dados PsycINFO, SciELO e PePSIC, considerando descritores preestabelecidos (práticas parentais positivas, intervenção, treinamento), não sendo identificados estudos brasileiros no período de 2005 a 2015.

Em revisão mais recente, Branco, Altafim e Linhares (2021) apontam aumento de estudos realizados em países subdesenvolvidos, incluindo o Brasil. As autoras destacam estudos empíricos que utilizaram programas de intervenção universais em grupo, com foco na parentalidade positiva e prevenção de maus-tratos, direcionados a pais de crianças até 12 anos, que foram publicados entre 2015 e 2019. Embora tenham sido identificados vários programas de intervenção (*Growing Up Happily in the Family*, *PACE*, *REAL Fathers Initiative*, *Parent's Make the Difference*, *Family Foundations*, *Circle of Parents*, *Group Family Nurse Partnership*, *Positive Discipline Everyday Parenting*, *FSSP*, *Parenting Fundamentals*, *SOS Help for Parents*, *The Positive Parenting Program*, *Support Fathers Involvement*), o único estudado em território nacional com as características descritas foi o Programa ACT - *Raising Safe Kids Parenting Program*.

O Programa ACT – *Raising Safe Kids Parenting Program* (SILVA, 2009) da *American Psychological Association (APA)*, foi construído com o objetivo de prevenir a violência contra crianças a partir da melhoria das práticas parentais. Segundo Portwood et al. (2011), um dos pontos fortes deste programa está na capacidade de ser utilizado em larga escala na prevenção de violência contra crianças. O programa tem sido mundialmente utilizado e tem mostrado resultados promissores na melhora de práticas parentais, com redução do uso de punição física, violência verbal e práticas educativas rígidas pelos pais, e também melhora do comportamento da criança., com a diminuição de problemas comportamentais (ALTAFIM; LINHARES, 2019; ALTAFIM, MCCOY; LINHARES, 2018; ALTAFIM; PEDRO; LINHARES, 2016; BELOTTI; ALTAFIM; LINHARES, 2019; ISANEZHAD; CHARARDOLI, 2017; KNOX; BURKHART, 2014; KNOX, BUCHART; CROMLY, 2013; KNOX; DYNES, 2020; MAGALHAES; KNOX, 2021; PEDRO; ALTAFIM; LINHARES, 2017; SANCHEZ-CESAREO et al., 2018; SANTOS et al., 2020).

No trabalho de Knox, Burkhart e Cromly (2013), realizado em Ohio/EUA, foram utilizados vários instrumentos para avaliar o grupo submetido ao Programa ACT, a saber: o *Parent Behavior*

Checklist, o *Parent Child Conflict Tactics Scale*, questionário ACT de Comportamentos Parentais e a subescala de comportamento agressivo do CBCL. Identificou-se que o grupo que participou do Programa ACT obteve melhores índices de parentalidade positiva e menos comportamentos agressivos dirigidos à criança que o grupo controle. Apesar dos bons resultados, os autores sugerem *follow-up* de seis meses para avaliar sua permanência.

Ramos, Pereira e Barros (2019), em Portugal, utilizaram o Programa ACT em grupo com 10 cuidadores de crianças entre 3 e 8 anos, e realizaram uma análise qualitativa dos dados. As razões para participação elencadas foram a necessidade de resolução de algum conflito específico ou a necessidade de compartilhar e adquirir conhecimento. Após a intervenção, todas os participantes referiram estar mais conscientes de seus comportamentos como pais, perceberam mudanças no comportamento dos filhos e mais da metade declarou que mudou a dinâmica da família. Quanto às dificuldades para a implementação do que estava sendo proposto, os cuidadores relataram dificuldades na efetivação das práticas educativas positivas devido a rotina de trabalho e estresse do dia a dia. Ao avaliar a intervenção, 50% dos participantes relataram que algumas sessões eram inadequadas às características do grupo, como a sessão que remete a mídias eletrônicas, e 50% sugeriram estender a duração do programa.

Ainda em Portugal, Magalhães e Knox (2021), em um estudo com 41 pais de crianças entre 3 e 9 anos que completaram o programa ACT, observaram melhora dos índices de parentalidade, em comportamento parental, monitoramento e imposição de limites em relação à mídia eletrônica, e, também houve a ampliação do conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil. Também em Portugal, Santos et al. (2020) avaliaram 22 pais após participação no Programa ACT e observaram melhora nos índices sobre conhecimento de desenvolvimento infantil, estilos parentais, meios de comunicação e comportamento dos pais.

Em pesquisa de efetividade com pais de 32 crianças entre 5 e 7 anos, que completaram o programa ACT no Irã, foi observado que houve a redução significativa de problemas de comportamento em crianças cujos familiares participaram da intervenção, em comparação ao grupo controle, com exceção de problemas psicossomáticos. Segundo os autores, para os problemas psicossomáticos haveria a necessidade de um tratamento com duração maior. Os efeitos da intervenção permaneceram após dois meses da realização da intervenção (ISANEJAD; CHAHARDOLI, 2017).

Embora original dos Estados Unidos, o Programa ACT mostrou-se eficaz no contexto

brasileiro (ALTAFIM; LINHARES, 2019) e tem sido utilizado para diferentes públicos de cuidadores de crianças, e contextos, como escolas privadas, públicas, filantrópicas, e centros de saúde (ALTAFIM; LINHARES, 2019; ALTAFIM, PEDRO; LINHARES, 2016; BELOTTI; ALTAFIM; LINHARES, 2019; OLIVEIRA et al., 2021; PEDRO; ALTAFIM; LINHARES, 2017; SILVA; WILLIANS, 2016).

Com o objetivo de avaliar a eficácia do Programa ACT, Altafim e Linhares (2019) realizaram ensaio clínico com mães, distribuídas de forma randômica em dois grupos: grupo intervenção (n=40) e grupo controle (n=41), este formado por aquelas que aguardavam a intervenção em lista de espera. As mães que participaram da intervenção relataram melhores práticas parentais e menos problemas de comportamento da criança após a intervenção. Esses resultados se mantiveram no *Follow Up*, após três/quatro meses do encerramento da intervenção. As autoras concluem que o Programa ACT se mostrou eficaz para o aumento das práticas educativas maternas positivas e diminuição de problemas comportamentais das crianças.

A efetividade do Programa ACT foi avaliada, antes e após a intervenção, por Altafim, Pedro e Linhares (2016) através de um estudo com 82 mães de crianças de 3 a 8 anos. Outro cuidador da criança foi incluído no estudo como um segundo informante sobre seu comportamento. Os resultados mostraram efeitos positivos da intervenção nas práticas educativas maternas em relação à controle de mídia eletrônica, estilo parental, e comportamento parental. Tanto as mães quanto o(a) outro(a) cuidador(a) relataram redução significativa dos problemas totais de comportamento da criança, dos sintomas emocionais e dos problemas de relacionamento com pares. As mães também apontaram redução significativa de problemas de conduta e de hiperatividade, além de melhora no comportamento pró-social.

Belotti, Altafim e Linhares (2019) utilizaram o Programa ACT com 30 mães de crianças de 1 a 7 anos, nascidas pré-termo, e observaram que após a intervenção houve melhora das práticas parentais em relação a comunicação, regulação emocional e comportamental, monitoramento de mídia eletrônica, encorajamento positivo, consistência e ajustamento parental, com redução de práticas coercitivas. Em relação à percepção materna do comportamento das crianças, houve redução de problemas totais e melhora do comportamento pró-social.

Oliveira et al. (2021) realizaram um estudo qualitativo, com o objetivo de identificar as aprendizagens de participantes, incluindo pais (homens), do Programa ACT na região Sul do Brasil. De acordo com os resultados encontrados, a participação no programa possibilitou

aprendizagens sobre práticas educativas parentais e sobre outros conteúdos trabalhados nas sessões, como o reconhecimento de emoções dos adultos e das crianças, a compreensão acerca dos estilos parentais, a importância do envolvimento dos pais para o desenvolvimento da criança, entre outros.

Silva e Willians (2016) realizaram estudo de caso utilizando o programa ACT com uma mãe e observaram o aumento das práticas parentais positivas ao fim da intervenção. O estudo enfatizou a dificuldade de adesão da população alvo devido a situação de grande vulnerabilidade da comunidade, principalmente associada à baixa escolaridade. Já a motivação para participação ocorreu devido à situação de separação conjugal vivenciada, escolarização da mãe participante, e o conhecimento, reflexão, que o programa propunha.

Ainda no contexto nacional, resultados positivos foram observados entre mães de diferentes níveis socioeconômicos (PEDRO; ALTAFIM; LINHARES, 2017). O estudo foi realizado em Ribeirão Preto - SP, com 64 mães de crianças de 3 a 8 anos, provenientes de escolas públicas e particulares, utilizando o Programa ACT. Embora as mães apresentassem práticas positivas anteriores à intervenção, a intervenção melhorou as práticas maternas, especialmente o monitoramento no uso de mídias eletrônicas pelas crianças. Além disso, independentemente do *status* socioeconômico das famílias e do tipo de escola da criança (pública ou particular), verificou-se melhora nos problemas de conduta e no comportamento pró-social das crianças, segundo o relato das mães. No entanto, crianças de escolas particulares apresentaram melhora também quanto a problemas de relacionamento entre pares. Neste estudo, observou-se maior adesão das mães de maior nível socioeconômico, especialmente aquelas cujos filhos frequentavam escolas particulares, reforçando, assim, a dificuldade de adesão da população mais vulnerável. As justificativas das desistências dos pais foram, compromissos no trabalho e problemas de saúde maternos.

De acordo com Leça (2018), pais em condições de maior precariedade socioeconômica demonstram um menor envolvimento em programas de intervenção parental e, consequentemente, há dúvidas quanto ao alcance e à eficácia destes programas em grupos mais vulneráveis. Em um estudo realizado em Portugal, com pais de diferentes níveis socioeconômicos que participaram do Programa ACT, o grupo de pais de nível socioeconômico inferior relatou mais barreiras ao longo do programa. Para esses pais, os objetivos foram parcialmente cumpridos, indicando a necessidade de novos estudos para conhecer os motivos pelos quais os pais recusaram participar e desistiram

do programa (LEÇA, 2018).

Com o objetivo de avaliar o envolvimento parental no Programa ACT, Márquez (2017) realizou um estudo, em Portugal, com 30 familiares de crianças com idades entre 3 e 8 anos e observou associações estatisticamente significativas entre o envolvimento parental no programa e o nível socioeconômico dos pais e o número de filhos. Embora tenham sido observadas elevada assiduidade dos pais às sessões e pequena percentagem de desistências, os pais identificaram o *stress* e a escassez de recursos com obstáculos às mudanças propostas.

Considerando que a motivação para a mudança é descrita como um fator chave para o envolvimento dos pais em programas de promoção da parentalidade positiva, Capela (2020) realizou um estudo sobre a motivação para mudança e o envolvimento parental (assiduidade, participação ativa e desistência prematura) de 45 pais portugueses no Programa ACT. Foram observadas assiduidade e participação ativa elevada, mas 27,3% dos pais desistiram prematuramente da intervenção. As principais motivações que levaram os pais a participar da intervenção foram relacionadas à busca por autorregulação emocional, diminuição de práticas negativas e a interações positivas com a criança. Além disso, verificou-se que maiores nível socioeconômico e grau de escolaridade dos pais e menor número de filhos foram preditores de níveis mais elevados de envolvimento parental.

De fato, para reduzir as perdas e aumentar a adesão e permanência dos participantes às estratégias de intervenção é de extrema importância compreender o contexto da população alvo (GUISSO; BOLZE; VIEIRA, 2019). Para Murta (2007) a forma como a intervenção é implantada é tão importante quanto seu conteúdo, e deve responder às demandas da comunidade e às dificuldades da população atendida.

Garcia, Yunes e Almeida (2016), por exemplo, realizaram uma intervenção a partir do programa *Crescer Felizes em Família*, com 35 famílias de crianças brasileiras com até 10 anos de idade, que viviam em situação de risco, encaminhadas pelo Conselho Tutelar. Foram realizadas 12 sessões e todos os familiares podiam participar dos encontros, inclusive as crianças. Para avaliação da intervenção, utilizou-se um diário de campo e um questionário de Avaliação da Satisfação e Eficácia do programa Formação Parental. As autoras concluíram que é possível a realização de programas de educação parental em contextos caracterizados por pobreza e vulnerabilidade social. Salientaram, todavia, a necessidade de maior divulgação da proposta para maior adesão da população, integração com os serviços sociais, definição de calendário, ampliação

do tempo de duração dos encontros e adequação das atividades ao público.

A fim de compreender a adesão ao Programa ACT, Martins et al. (2020) compararam a participação de cuidadores em dois programas distintos: Programa ACT e *Dialogic Book-Sharing* (DBS). Ambos são direcionados aos cuidadores e com o objetivo de fomentar práticas parentais positivas e duração média de oito a nove sessões, porém com formatos diferentes. O DBS conta com a participação da criança nas sessões, é coordenado por profissionais que já trabalham no contexto estudado, tem uma duração de sessão menor e possui um livro de atividade durante seu seguimento. Mais da metade das mães concluiu os dois programas, sendo que 64% completaram o ACT e 77% o DBS. Dessa forma, o nível de retenção, ou fidelidade, no programa ACT foi próximo do encontrado por Altafim e Linhares (2019), 66%. Os resultados apontaram que mães mais novas concluíram em maior número o Programa ACT. Por outro lado, famílias que residiam mais distantes do local da intervenção tiveram mais dificuldades para sua conclusão. E, entre os concluintes estavam as mães com maior nível de satisfação com o programa. Não houve preditores para a conclusão do DBS. Martins et al. (2020) relacionam os resultados a circunstâncias distintas da execução dos programas. Enquanto o ACT foi realizado por coordenadores escolares e trabalhadores sociais, o DBS foi realizado por pessoas que trabalhavam com vulnerabilidade dentro dos serviços de saúde. Além disso, o ACT não envolve as crianças nas atividades presenciais, e o tempo de duração é maior.

Mesmo com taxa de retenção, permanência dos participantes até a conclusão da intervenção, em torno de 64%, a literatura tem apontado alta eficácia e efetividade do Programa ACT na promoção de práticas educativas parentais positivas (BRANCO; ALTAFIM; LINHARES, 2021). Ao mesmo tempo, estudos nacionais indicam dificuldades da implementação da intervenção (SILVA; WILLIAMS, 2016) e a necessidade de adaptações contextuais, especialmente em situações de maior vulnerabilidade social (MARTINS et al., 2020; PEDRO et al., 2017; RAMOS; PEREIRA; BARROS, 2019).

Embora observe-se um aumento de estudos com o Programa ACT em contexto nacional (BRANCO; ALTAFIM; LINHARES, 2021), nota-se escassez de estudos em contextos da assistência social e com populações de vulnerabilidade social, para além dos critérios socioeconômicos ou mesmo em famílias em condição de pobreza e extrema pobreza (Classes D e E).

No momento atual, as políticas públicas brasileiras têm voltado o olhar para a primeira

infância, garantindo recursos básicos na saúde, educação, condições básicas de vida e moradia (BRASIL, 2010). Há a iniciativa e o financiamento de ações direcionadas à primeira infância, mas há de se pensar o objetivo e a contextualização das intervenções necessárias, a fim de conciliar as políticas vigentes da atenção básica da Assistência Social (SUAS) a programas de comprovada eficácia e confiabilidade científica. Partindo desse pressuposto, o presente trabalho pretendeu avaliar o uso de um programa de intervenção direcionado às práticas parentais em famílias vulneráveis, atendidas dentro de um serviço social de acompanhamento familiar.

2. HIPÓTESE

O estudo teve por hipótese que a realização da intervenção “Programa ACT - Para Educar Crianças em Ambientes Seguros”, com famílias em vulnerabilidade social, cadastradas no programa social VIVALEITE, propiciaria o aumento da frequência de práticas parentais positivas e diminuição de problemas comportamentais da criança, em curto e médio prazo.

Após fase de recrutamento e baixa adesão, nova hipótese foi levantada, de que a intervenção não atendia aos interesses e motivações pessoais dos cuidadores.

3. OBJETIVO

O estudo teve por objetivo avaliar os efeitos do Programa ACT em famílias em vulnerabilidade social, quanto às práticas parentais e ao comportamento das crianças, em um município do interior de São Paulo.

Os objetivos específicos foram:

- Identificar indicadores de vulnerabilidade social das famílias participantes.
- Comparar as práticas parentais entre grupos (Grupo Intervenção *versus* Grupo Controle) e intragrupo (Grupo Intervenção), antes e após intervenção.
- Comparar o comportamento infantil entre grupos (Grupo Intervenção *versus* Grupo Controle) e intragrupo (Grupo Intervenção), antes e após intervenção.
- Avaliar o processo de intervenção, considerando três momentos: antes (motivações, expectativas, desejo e prontidão para a mudança), durante (assiduidade, realização das tarefas, interação entre as participantes e mobilizações) e após a intervenção (retenção/fidelização, avaliação do programa e aprendizagem sobre desenvolvimento infantil).

4. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), seguindo as recomendações do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e em concordância com as diretrizes propostas pela Resolução 466/2012, tendo sido aprovado em 05 de setembro de 2017 (CAAE: 71389317.7.0000.5411) (ANEXO 1).

A Resolução 466/2012 da CONEP, “incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros (...)” (BRASIL, 2012, *online*).

Sendo assim, para realização do projeto buscou-se atender ao princípio da autonomia dos participantes, garantindo-se a participação voluntária, mediante aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1).

Quanto à não maleficência, buscando minimizar os riscos de participação no estudo, previa-se o encaminhamento a atendimento especializado caso fossem identificadas demandas adicionais, o que não ocorreu. Além disso, para os participantes que apresentaram dificuldades de leitura foi oferecido auxílio nas atividades de escrita inerentes à participação no estudo.

Ainda, considerando que se tratava de estudo de intervenção, foram constituídos dois grupos, sendo um deles o Grupo Controle, para o qual foi disponibilizada a oportunidade de participar da intervenção proposta, posteriormente ao período de coleta de dados. Dessa forma, a execução da pesquisa procurou garantir a justiça e a equidade. Porém, nenhum participante demonstrou interesse.

Por fim, vale destacar a preocupação ética com a competência do pesquisador. De acordo com as exigências de uso do Programa ACT, a pesquisadora realizou o treinamento para sua aplicação em duas ocasiões, primeiramente na cidade de São Paulo - SP e, posteriormente, na cidade de Ribeirão Preto - SP. Sua certificação foi conferida pela responsável técnica pelo programa da APA (*American Psychology Association*) em 2018 (ANEXO 2).

5. MÉTODO

Trata-se de um estudo quase-experimental (DUTRA; REIS, 2016), não randomizado, com comparações entre grupos e intragrupo, avaliações uni-cegas, e delineamento longitudinal, sobre os efeitos de um programa de intervenção nas práticas parentais e nos problemas de comportamento das crianças de famílias em situação de vulnerabilidade social. Para a intervenção utilizou-se um programa universal, direcionado a cuidadores de crianças de 0 a 8 anos, desenvolvido pela *American Psychological Association* (APA) e aplicado em diversos países e contextos, demonstrando sempre boa efetividade e eficácia, o Programa ACT - *Raising Safe Kids Program* (ALTAFIM, LINHARES, 2019; ALTAFIM, PEDRO, LINHARES, 2016; KNOX, BURKHART, CROMLY, 2013; PEDRO, ALTAFIM, LINHARES, 2017; PORTWOOD et al. 2011; SILVA, 2011)

Dadas suas características metodológicas, o projeto foi cadastrado na plataforma Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos em 17 de fevereiro de 2019, obtendo parecer favorável (RBR-34MXPW).

5.1 Participantes

Os critérios de inclusão no estudo consistiam em: famílias participantes do Programa VIVALEITE, no município de Botucatu-SP, com cadastro ativo no dia do convite. Trata-se de um programa estadual que tem por objetivo a distribuição gratuita de leite a crianças de 6 meses a 6 anos incompletos, oriundas de família cuja renda per capita não ultrapasse $\frac{1}{2}$ salário-mínimo. O gerenciador do programa é o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), pertencente à Secretaria Municipal de Assistência Social e o recebimento do leite está condicionado à troca de cartela mensal e à pesagem trimestral das crianças nas unidades de saúde. Embora o Programa VIVALEITE seja estadual, o município de Botucatu financia a compra e entrega do leite a um maior número de famílias do que o previsto, por meio do projeto municipal “Leite é Saúde”. A gestão, a coordenação e o cadastro são os mesmos do Programa VIVALEITE.

Segundo levantamento realizado em dezembro de 2017, havia 1.128 crianças cadastradas, distribuídas em 11 pontos de entrega de leite em todas as regiões urbanas e rurais do município, referentes às cinco regiões de atendimento do CRAS: Norte, Sul, Leste, Oeste e Central.

Para a composição da amostra, inicialmente, as famílias cadastradas no programa eram sorteadas e, então, após consulta aos dados cadastrais, eram realizados contatos por telefone e visitas domiciliares àquelas cujas crianças tinham dois anos ou mais, conforme critérios de inclusão/exclusão.

Entretanto, após várias tentativas de composição randomizada dos grupos, sem sucesso devido à baixa adesão à proposta, em dezembro de 2018 todas as famílias cadastradas no Programa VIVALEITE foram convidadas a participar, através de contato telefônico, mensagens de aplicativo (*WhatsApp*), convite por escrito, e busca ativa nas dependências do CRAS, durante entrega do leite, duas vezes por semana. Alguns estagiários do Programa Criança Feliz passaram a auxiliar na busca ativa por famílias que pudessem participar do estudo.

Os cuidadores/familiares contactados eram convidados para realizar “um curso”, oferecido para auxiliá-los no cuidado das crianças e, então, era agendada uma entrevista com a pesquisadora para a apresentação da pesquisa. Não houve muitas recusas durante as abordagens e convite para participação, mas os cuidadores não compareciam nos dias agendados.

Ao todo apenas 18 cuidadores/familiares responderam ao convite em quatro pontos de coleta diferentes (CRAS das Regiões Oeste e Leste e Projeto Adolescer e UAF Vitoriana, na Região Norte), mas duas mães desistiram devido ao início em empregos formais, na quinta e quarta sessão do Programa ACT, e outra por ter que exercer cuidados a familiar adoecido, na sexta sessão. Os demais 15 cuidadores/familiares constituíram, então, o Grupo Intervenção (GI).

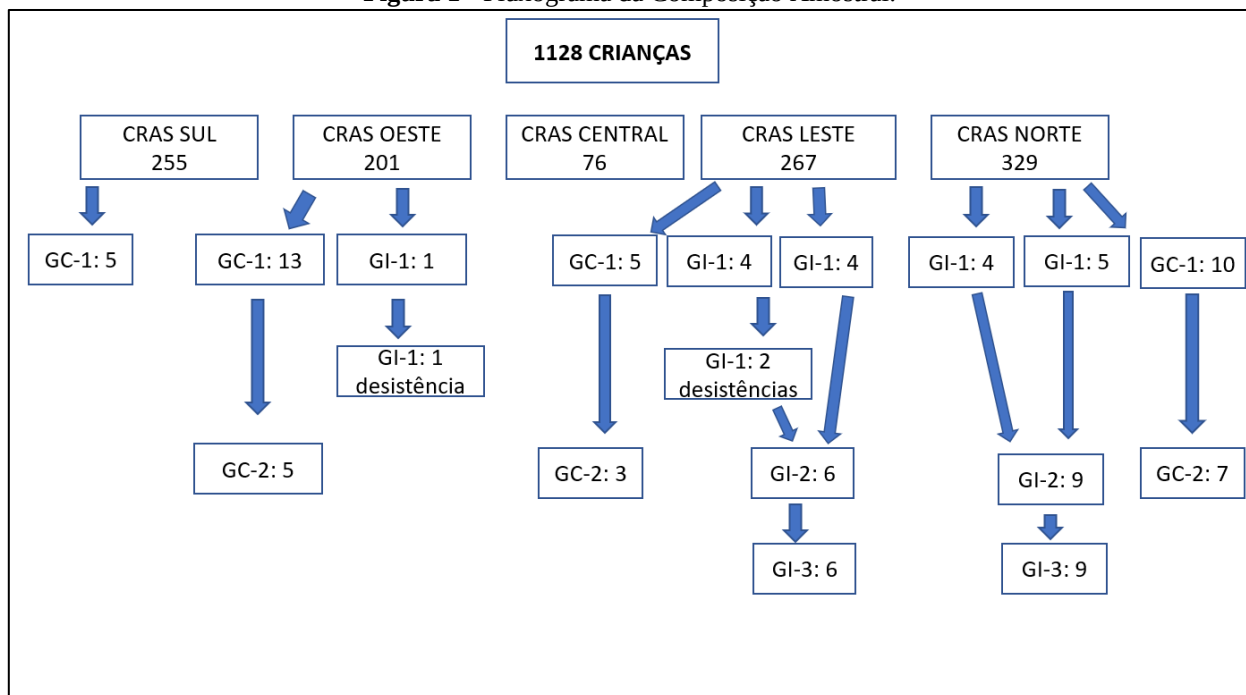
Como o aceite se deu em diferentes momentos, os 15 participantes do GI participaram, na verdade, de quatro diferentes grupos de intervenção em três pontos de coleta distintos (Figura 1). Durante as sessões previstas de intervenção, houve participação de membros que não satisfaziam os critérios de inclusão no estudo, mas que poderiam compor os grupos necessários para a intervenção.

Para o Grupo Intervenção (GI) previa-se a exclusão no caso da ocorrência de mais que três faltas nas sessões do Programa ACT, consecutivas ou não, o que não ocorreu.

Já para a composição do Grupo Controle (GC), os cuidadores/familiares que não aderiram à intervenção foram novamente abordados, aleatoriamente, durante o momento em que buscavam o leite, em sua unidade de referência. Foram convidados a participar do estudo, respondendo os instrumentos de coleta de dados em dois momentos, em um intervalo de tempo de dois meses e meio. Em um primeiro momento, 33 cuidadores/familiares responderam os instrumentos de

avaliação e 15 responderam também a segunda avaliação. O Grupo Controle (GC) foi formado pelos 15 cuidadores/familiares que completaram as duas avaliações (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da Composição Amostral.



Fonte: Próprio autor, 2021.

Portanto, foi composta uma amostra de conveniência constituída por 30 cuidadores/familiares de crianças de 2 a 6 anos, beneficiárias do Programa VIVALEITE, divididos em dois grupos: Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC), ambos com 15 participantes.

5.2 Local e Contexto da Pesquisa

A coleta de dados ocorreu em locais distintos. Nas duas unidades do CRAS foram utilizadas salas com cadeiras para que os participantes se sentissem à vontade para responderem aos instrumentos. No projeto social, foram colocadas cadeiras ao ar livre com pranchetas para auxiliar no preenchimento dos questionários. Quando não foi possível a aplicação dos instrumentos nos espaços reservados, os questionários foram levados até a residência dos participantes e recolhidos após seu preenchimento.

As sessões dos grupos de intervenção, do Programa ACT, ocorreram em três lugares distintos. Um dos lugares era uma biblioteca situada dentro de um projeto social para crianças. Durante as atividades do Programa ACT, a biblioteca permanecia fechada, porém o espaço era pequeno e ruidoso, devido às atividades externas com as crianças. Os outros dois locais foram

salas de atendimento do CRAS, extensas e com disponibilidade de recursos materiais, cadeiras, mesa. Nestas salas amplas, no mesmo espaço, era separado um local para as crianças que acompanhavam seus cuidadores/familiares.

5.3 Materiais e Instrumentos

Para a realização deste estudo, foram utilizados diferentes instrumentos, com finalidades distintas: (5.3.1) para seleção dos participantes; (5.3.2) para caracterização da amostra; (5.3.3) para avaliação das práticas parentais; (5.3.4) para avaliação do comportamento da criança; (5.3.5) para a intervenção; (5.3.6) para avaliação do processo de intervenção, incluindo a motivação inicial, participação, compreensão da cuidadora sobre o desenvolvimento infantil, percepção sobre as atividades e mobilização do processo de intervenção.

5.3.1 Seleção dos participantes

A) *Ficha Cadastral de Beneficiários no Programa VIVALEITE em Botucatu - SP* para verificação dos critérios de inclusão - situação ativa no programa e idade da(s) criança(s) -, além do acesso a dados de endereço e localização.

5.3.2 Caracterização da amostra

A) *Acompanhamento no CRAS*, no qual foram coletados os dados relativos às condições sociais dos participantes como despesas totais, renda *per capita*, condições da habitação, saneamento básico, número de famílias e conviventes na mesma unidade habitacional. Tratam-se de informações declaradas pelo usuário na abertura de prontuário no CRAS e do Cadastro Único.

B) *Ficha de identificação ACT*, na qual foram coletados os dados de composição familiar, renda, escolaridade, idade materna, idade e sexo da criança.

C) *Questionário Adverse Childhood Experiences Study Questionnaire (ACE)*, versão traduzida para o Brasil por Esly Carvalho, a partir da versão portuguesa por Maia e Silva (2007) e da versão reduzida de Felitti et al. (1998). O instrumento, disponibilizado gratuitamente, através de

solicitação pelo Portal *TraumaClinic*, tem por objetivo levantar eventos adversos na infância e adolescência do respondente. O questionário é composto por 10 experiências de adversidade ocorridas até os 18 anos, direcionadas à pessoa ou ao ambiente, sendo elas: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, exposição a violência doméstica, abuso de substâncias no ambiente familiar, divórcio ou separação parental, prisão de um membro da família, doença mental ou suicídio, negligência física e negligência emocional. A escala é binária, e verifica a presença, ou não, do evento citado. Esse questionário possibilita calcular o Índice Total de Adversidade, que corresponde ao somatório dos valores obtidos por cada indivíduo nas 10 categorias, podendo variar, portanto, de zero (quando não há relato de qualquer experiência adversa) a 10 (quando existe o relato de adversidade de todos os tipos).

D) Escala de Eventos Vitais, adaptada por Savoia (1999) a partir da *Social Readjustment Rating Scale* e do Método de Painel de Brown. O objetivo do instrumento é quantificar o número de eventos que ocorreram na vida do respondente em um ano. É uma escala composta por 26 mudanças que podem ter ocorrido no último ano: morte do cônjuge, morte de alguém da família e morte de um amigo, que compõem “Perda do Suporte Familiar”; separação, casamento, gravidez e doença na família, que compõem “Família”; acréscimo ou diminuição de pessoas morando na casa, mudança de casa e mudança de escola, que compõem “Mudanças no Ambiente”; aposentadoria, dificuldades sexuais, problemas de saúde, mudança de hábitos pessoais, mudança de atividades recreativas, mudanças de atividades religiosas, mudanças de atividades sociais e acidentes, que compõem “Dificuldades Pessoais”; perda de emprego, mudança de trabalho, dificuldades com a chefia e reconhecimento profissional, que compõem “Trabalho”; perdas financeiras e dívidas, que compõem “Finanças”. A escala é binária e verifica a presença, ou não, do evento citado. Neste estudo, foi utilizada a pontuação total referente à somatória de eventos e dos seis agrupamentos relatados (ANEXO 3).

5.3.3 Avaliação de práticas parentais

A) Avaliação ACT, elaborado por Silva (2009), com o objetivo de medir o repertório de práticas parentais dos cuidadores. O instrumento está incluso no material do Programa “ACT - Para Educar Crianças em Ambientes Seguros” e é constituído por 46 itens divididos em quatro subescalas:

Estilo parental (atitudes dos cuidadores frente aos comportamentos dos filhos); Meios eletrônicos (controle parental exercido frente aos horários e disponibilidade de acesso); Sobre o desenvolvimento infantil (orientações dos pais frente as características de desenvolvimento da criança) e o Comportamento dos pais (atitudes paternas preventivas quanto à violência). Nas subescalas Estilo parental (composta por 11 itens), Sobre o desenvolvimento infantil (composta por 16 itens) e Comportamento dos pais (composta por 10 itens), a avaliação é feita a partir de escala *likert*, que varia de 1 a 5 pontos por questão. Na subescala Meios eletrônicos (composta por 9 itens) as respostas variam entre 1 e 4 pontos por item. Quanto maior o escore, melhor o comportamento do participante.

Para a avaliação das práticas parentais, neste estudo foram utilizadas as pontuações obtidas em duas subescalas - Estilo parental e Comportamento dos pais - que, segundo estudo de Altafim, MacCoy e Linhares (2018), apresentaram maior sensibilidade para a avaliação de práticas parentais. A análise fatorial dessas duas subescalas sugere três fatores: Regulação Emocional e Comportamental, com pontuação que varia de 7 a 35; Comunicação, que varia de 5 a 15; e Disciplina Positiva, que varia de 5 a 25.

B) *Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar – Parenting and Family Adjustment Scale* (PAFAS), elaborada originalmente por Sanders et al. (2014), traduzida, adaptada, e validada para a população brasileira por Santana (2018), com objetivo de avaliar as práticas parentais e a qualidade das relações parentais. O instrumento é composto por 40 questões, direcionadas à avaliação das práticas parentais, com pontuação de 0 a 3 para cada questão, sendo 0= um pouco, 1= um pouco, 2= bastante, 3= muito. As respostas se referem às quatro últimas semanas. A análise utilizada para interpretação dos dados foi adaptada da versão original por Santana (2018). A análise se dá a partir da somatória da pontuação, sendo que alguns itens são pontuados de forma invertida, considerando sua direção, agrupados de acordo com cinco índices: Consistência parental (itens 3, 8, 17), Práticas coercitivas (itens 9, 12 invertido, 14 e 19), Encorajamento positivo (10, 13, 32), Relacionamento pais e filhos (20, 24, 25 e 28), relativos a parentalidade; Ajustamento parental (30, 31 invertido, e 32) e Ajustamento familiar (34, 35 e 38), que originalmente comporiam o índice de Ajustamento Familiar (SANDERS et al., 2014). Quanto maior o escore, melhores são as práticas parentais, com exceção das subescalas de Consistência parental e Práticas coercitivas, que são interpretadas invertidas, quanto maior o escore, piores os resultados.

5.3.4 Avaliação do comportamento da criança

A) *Questionário de Capacidades e Dificuldades* (SDQ-Por), versão 2-4 anos e versão 4-17 anos, desenvolvido por Goodman em 1997, traduzido e validado no Brasil por Fleitlich, Cortázar e Goodman (2000), com o objetivo de avaliar de forma global o comportamento da criança. É um instrumento, de rápida aplicação, fácil manejo e com disponibilidade de uso gratuito em plataforma online (<http://www.sdqinfo.com>). Nas versões utilizadas no presente estudo, os respondentes devem emitir as respostas de acordo com o comportamento da criança nos últimos seis meses. O instrumento compreende 25 itens, sendo 5 itens referentes a capacidades (Subescala de Comportamento pró-social) e 20 itens referentes a dificuldades das crianças, as quais são subdivididas em: Sintomas emocionais, Problemas de conduta, Hiperatividade, Problemas de relacionamento com colegas. As alternativas de resposta podem ser: verdadeiro, mais ou menos, e falso, que equivalem a dois, um ou zero ponto, respectivamente. Dessa forma, a pontuação em cada uma das escalas referentes a problemas comportamentais varia de 0 a 10 e o escore total de problemas varia de 0 a 40 pontos, correspondente à soma da pontuação das quatro escalas de problemas (Sintomas emocionais, Problemas de conduta, Hiperatividade, Problemas de relacionamento com colegas). Quanto maior o escore, mais problemas de comportamento. Por outro lado, a escala de Comportamento pró-social corresponde às capacidades da criança, sua pontuação varia de 0 a 10 e quanto maior o escore mais recursos a criança apresenta. Para cada uma das escalas e para o total de problemas, o instrumento oferece três categorias de classificação do comportamento: normal, limítrofe e clínico (ANEXOS 4 e 5).

5.3.5 Intervenção

A) *Programa Adults and Children Together - Raising Safe Kids* (ACT – RSK), elaborado e coordenado pelo *Violence Prevention Office* da *American Psychological Association* (APA) direcionando sua ação a cuidadores de crianças entre 0 e 8 anos, com o objetivo de prevenção universal à violência contra a criança. Trata-se de um programa de baixo custo, universal, e disponível em várias línguas, com a proposta de ser utilizado em serviços diversos na comunidade. O programa foi traduzido para o português como “Programa ACT - para Educar Crianças em Ambientes Seguros” (SILVA, 2009), contendo Manual para Pais, Guia de Atividades para as

crianças, Manual do Facilitador, Manual de Entrevista Motivacional e Guia de Avaliação.

O Programa ACT enfatiza o papel positivo dos pais em sua relação com os filhos e nos momentos de dificuldades comportamentais sem precisar recorrer ao uso de práticas coercitivas. São utilizadas técnicas cinéticas, visuais e auditivas de aprendizagem, instruções didáticas, treinamentos em grupo, informações sobre o desenvolvimento da criança, fatores de risco para o desenvolvimento saudável e treinamento de habilidades sociais (KNOX; BURKHART, 2014).

O programa conta com uma reunião prévia para pactuar as metas do trabalho, as regras do grupo e o aceite da participação. Essa reunião prévia é caracterizada por ser motivacional e realizar atividades que auxiliem a pessoa a refletir sobre seus objetivos, desejos, e motivações, referente ao programa. A essa reunião prévia se seguem oito sessões, com duração média de 1 hora e meia cada, em que são trabalhados os temas: 1. Compreenda os comportamentos de seus filhos; 2. A violência na vida das crianças; 3. Como os pais podem entender e controlar a raiva; 4. Como entender e ajudar as crianças quando elas têm raiva; 5. As crianças e os meios eletrônicos de comunicação; 6. Disciplina e estilos parentais; 7. Disciplina para Comportamentos Positivos; 8. Leve o Programa ACT para sua casa e sua comunidade. Para manter a sequência das atividades padronizada em todos os grupos realizados, foi construído um roteiro de condução das atividades, a partir das orientações do programa.

Para realização das atividades foram necessários materiais de apoio como notebook, *flipchart*, material gráfico, entre outros, que eram disponibilizados pela pesquisadora. Durante a execução do programa foram necessárias pequenas mudanças, tais como atividades que seriam realizadas em pequenos grupos precisaram ser feitas em grupo único, devido ao número reduzido de participantes (APÊNDICE 2).

Como requisito obrigatório para utilizar o Programa ACT foi realizado curso de certificação por dois dias, no qual o conteúdo, as vivências, e a condução do grupo foram ensinados de maneira vivencial. Como pré-requisito para concluir a certificação como facilitadora do Programa ACT, foi necessária a realização de grupo piloto com a gravação da sexta sessão e consequente encaminhamento para avaliação e conclusão da certificação. O grupo piloto, inicialmente, compreendeu o espaço do grupo como curso, teve frequência quinzenal, em uma das unidades de atendimento do município. Durante sua realização, os próprios participantes apontaram a necessidade de torná-lo semanal, pois com encontros quinzenais se esqueciam das atividades e do conteúdo das sessões anteriores.

5.3.6 Avaliação do processo de intervenção

A) *Exercício 6, letra b, da reunião prévia do Programa ACT* (SILVA, 2009), que é uma atividade que compõe o Programa ACT sobre as expectativas e objetivos dos participantes, aplicado na sessão prévia, motivacional. Esse exercício é composta por 13 itens: quero ajuda para disciplinar meus filhos; quero ajuda para parar de gritar com meus filhos; quero ajuda para saber se meus filhos estão se desenvolvendo normalmente; quero que meus filhos briguem menos; quero aprender a solucionar conflitos na minha vida; quero ajudar para parar de bater nos meus filhos; quero aprender a expressar meus sentimentos e ideias de uma maneira saudável; quero trabalhar para aumentar minha autoestima, quero alguém que me escute; quero fazer amigos; quero auxílio para encontrar recursos na minha comunidade que ajudem a mim e a minha família; preciso de ajuda para ter motivação para mudar a maneira como crio meus filhos, quero ajuda para evitar a violência na minha casa. As respostas estão inseridas numa escala que contém cinco alternativas de respostas: “absolutamente não”, “não”, “não tenho certeza”, “sim”, e “absolutamente sim”. No presente estudo, esta atividade foi utilizada para compreender as expectativas e motivações das participantes e suas respostas agrupadas em: “não”, “sim” e “não tenho certeza”.

B) *Questionário de Avaliação do Programa* (SILVA, 2009), que é um material que compõe o Programa ACT, a aplicado após encerramento da intervenção, com o objetivo de avaliar a percepção dos participantes sobre o programa, potencialidades e fragilidades. São quatro questões, a primeira composta por sete itens com resposta *likert* (“discordo totalmente”, “discordo”, “não sei”, “de acordo”, “totalmente de acordo”), que para o presente estudo foram grupadas em duas possibilidades: “discordo” ou “concordo”. Há também uma questão fechada com oito respostas, na qual os participantes escolhem três referentes ao que mais os ajudaram no aprendizado do conteúdo; uma outra questão fechada com seis respostas, para escolher três sobre o que mais gostaram do Programa ACT. O questionário se encerra com uma pergunta aberta sobre se gostariam de mudar alguma coisa.

C) *Subescala Sobre o Desenvolvimento Infantil da Avaliação ACT* (SILVA, 2009), que é parte do instrumento de Avaliação do ACT, para a avaliação da percepção dos cuidadores sobre o desenvolvimento da criança. São apresentados aos cuidadores quatro histórias e, em seguida, quatro afirmações referentes a cada uma das histórias, e eles referem se concordam, ou não, em

uma escala *likert* de respostas que varia de 1 (“Totalmente Concordo”) a 5 (“Discordo Totalmente”), totalizando, assim, 16 itens. Neste estudo, as respostas foram agrupadas em três possibilidades: “Concordo”, “Incerto” e “Não concordo”.

D) *Diários de Campo* feitos pela pesquisadora após realização de cada sessão de grupo, tinha como objetivo registrar os seguintes eventos: presenças, faltas, atrasos, assim como ocorrências, falas, sentimentos e percepções sobre as atividades que chamaram a atenção.

5.4 Procedimento

5.4.1 Coleta de dados

Para os participantes do Grupo Intervenção (GI), após o convite e aceitação da participação, agendou-se um encontro para apresentação da pesquisa, assinatura do TCLE e realização da 1ª avaliação, com a aplicação dos instrumentos: Avaliação ACT e PAFAS, para avaliação das práticas parentais e da percepção sobre desenvolvimento infantil, e SDQ para a avaliação dos problemas de comportamento das crianças. Todos os instrumentos são autoaplicáveis, mas, a pesquisadora e a estagiária de psicologia¹, que auxiliou na execução da pesquisa, estiveram próximas, caso houvesse dúvidas no entendimento das questões.

Para a realização da intervenção, os participantes foram agrupados, conforme região de retirada do leite, formando quatro grupos, com dois a cinco participantes em cada grupo. Seguindo o previsto pelo Programa ACT, cada grupo realizou nove sessões, sendo uma sessão prévia (motivacional) e oito sessões temáticas, com frequência semanal, em data e local combinados com os participantes. Quando necessário, a estagiária assumia o cuidado de crianças que acompanhavam os cuidadores/familiares nos encontros. Os diferentes grupos de intervenção aconteceram no período de maio de 2018 a outubro de 2019.

Após o término das sessões do Programa ACT, realizou-se a 2ª avaliação do GI, com a aplicação dos mesmos instrumentos utilizados na 1ª avaliação (Avaliação ACT, PAFAS e SDQ), acrescidos do questionário ACE e da Escala de Eventos Vitais. A aplicação dos instrumentos

¹ Gabriela Aparecida da Silva, aluna do 4º ano do curso de Psicologia do Instituto Municipal de Ensino Superior de São Manuel.

ocorreu logo após o último encontro. Decorridos seis meses da realização do Programa ACT, as famílias foram novamente contatadas, em visitas domiciliares, e realizou-se a 3ª avaliação do GI, com a aplicação dos instrumentos: Avaliação ACT, PAFAS e SDQ.

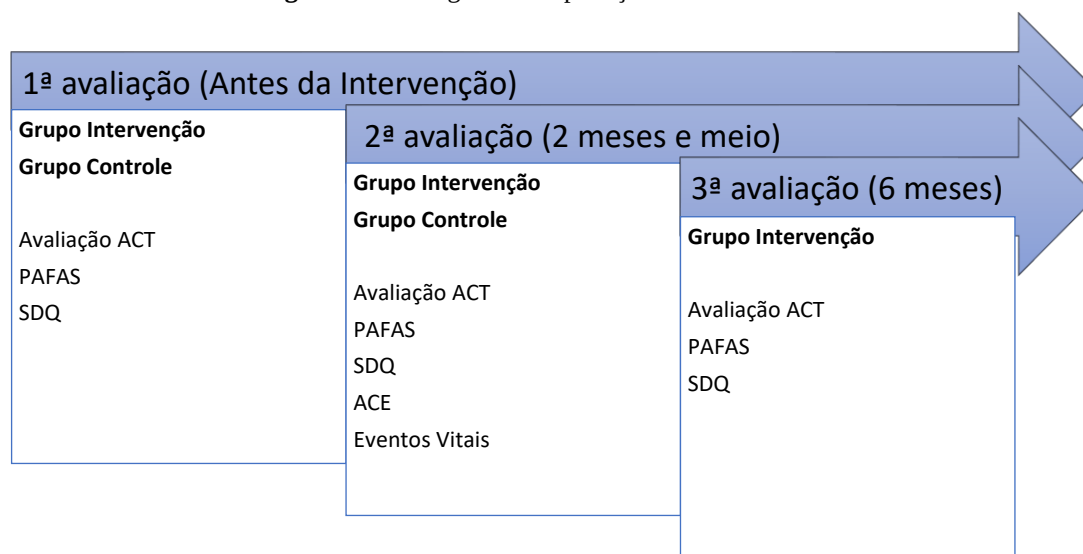
Durante o processo de intervenção do GI, utilizando-se o Programa ACT, a pesquisadora realizou o Diário de Campo, após cada sessão, em que foram registradas informações sobre presenças, faltas, atrasos, assim como ocorrências, falas, sentimentos e percepções sobre as atividades que chamaram a atenção.

Para o Grupo Controle (GC), após a aceitação da participação e assinatura do TCLE, realizou-se a 1ª avaliação, durante sua permanência na unidade do CRAS. Nesta 1ª avaliação foram aplicados os instrumentos: Avaliação ACT e PAFAS, para avaliação das práticas parentais e da percepção sobre desenvolvimento infantil, e SDQ para a avaliação dos problemas de comportamento das crianças. Todos os instrumentos são autoaplicáveis, mas, assim como ocorreu no GI, foi oferecida ajuda em caso de não compreensão.

A reavaliação (2ª avaliação) ocorreu aproximadamente dois meses e meio depois da primeira avaliação, período equivalente ao da realização das sessões do Programa ACT com o GI. Nesse momento, além da reaplicação dos instrumentos utilizados na 1ª avaliação, foram aplicados o ACE e Eventos Vitais, assim como ocorreu no GI. Porém, diferentemente do GI, a 2ª avaliação do GC foi realizada durante visitas domiciliares e não houve a 3ª avaliação.

O fluxograma abaixo ilustra as diferentes etapas da coleta de dados para cada grupo e os instrumentos aplicados em cada etapa.

Figura 2 - Cronograma de aplicação dos instrumentos.



Fonte: Próprio autor, 2021.

5.4.2 Análise dos dados

Em um primeiro momento, foi feita a preparação dos dados provenientes dos diferentes instrumentos, os quais foram pontuados segundo as respectivas normas.

Para a caracterização dos grupos, foi realizada a análise descritiva dos dados por meio de medidas de tendência central (mediana e amplitude de variação) e medidas de frequências absoluta e relativa (porcentagem), a depender da natureza da variável, numérica ou categórica. Para a análise estatística inferencial recorreu-se a testes não-paramétricos. Para a comparação dos grupos (GI *versus* GC) quanto às características sociodemográficas e de adversidades utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney, para variáveis numéricas, e os Testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher, para variáveis categóricas.

Para a comparação entre grupos (GI *versus* GC) quanto às práticas educativas e o comportamento das crianças utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney para variáveis numéricas, e os Testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher, para variáveis categóricas.

Para comparação intragrupo (GI) das práticas educativas e o comportamento da criança, considerando os três momentos (pré-intervenção *versus* pós-intervenção *versus* *follow-up*) foi utilizado o Teste de Friedman seguido pelo Teste Wilcoxon para comparações múltiplas.

Por fim, realizou-se a avaliação quanti-qualitativa do processo de intervenção do GI. Para a avaliação quantitativa utilizou-se a estatística descritiva, com medidas de frequências absoluta e relativa (porcentagem) e na comparação das respostas dos participantes aos itens de desenvolvimento infantil do instrumento de Avaliação do ACT ao longo do tempo (nos três momentos de avaliação) foram utilizados o Teste Qui-Quadrado-Aderência e o Teste de McNemar para cada item da subescala.

Ainda em relação ao processo de intervenção, os Diários de Campo foram analisados qualitativamente, a partir do registro do pesquisador em uma narrativa que contemplava impressões, vivências, mudanças, ocorridas durante o percurso da pesquisa (KROEFF; GAVILLON; RAMM, 2020).

Em todas as análises estatísticas inferenciais o nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

6. RESULTADOS

Inicialmente, serão apresentados os resultados de caracterização dos participantes: características sociodemográficas, indicadores de vulnerabilidade, tais como adversidades na infância e adolescência do cuidador, e eventos vitais.

Em seguida serão apresentados os resultados das análises de comparação entre grupos (GI *versus* GC) e intragrupo (pré-intervenção *versus* pós-intervenção *versus follow-up*) quanto aos indicadores: práticas parentais e comportamentos das crianças, respectivamente.

Por fim, serão apresentados os resultados referentes ao processo de intervenção, considerando três momentos: antes (motivações, expectativas, desejo e prontidão para a mudança), durante (assiduidade, realização das tarefas, interação entre as participantes e mobilizações) e após a intervenção (retenção/fidelização, avaliação do programa e aprendizagem sobre desenvolvimento infantil).

6.1 Caracterização dos participantes

6.1.1 Caracterização sociodemográfica

Ao todo, participaram do estudo 30 cuidadores, divididos em dois grupos: Grupo Intervenção (GI), composto por 15 mulheres, sendo 13 mães e duas avós; e Grupo Controle (GC), composto por 15 mães.

A Tabela 1 mostra a comparação entre grupos quanto a características sociodemográficas da família (idade e escolaridade do familiar; sexo e idade da criança; número de adultos e de crianças na casa; número de cômodos, de famílias e de pessoas conviventes na mesma residência), e de suas condições sociais (despesas totais, renda familiar e *per capita*; material de construção da casa, material do piso, presença de rede de esgoto e de pavimentação da rua).

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas no Grupo Intervenção (GI) e no Grupo Controle (GC).

<i>Variáveis Contínuas</i>	<i>GI</i>		<i>GC</i>		<i>P valor</i>
	<i>Med</i>	<i>Mín-Máx</i>	<i>Med</i>	<i>Mín-Máx</i>	
Idade do cuidador	28	22-69	31	19-46	0,74
Idade da criança	4	2-7	2	2-5	0,04
Renda <i>per capita</i>	166,00	11,00-1.045,00	87,00	0,00-446,00	0,18
Despesas Totais	441,00	0,00-1.234,00	531,00	0,00-1.031,00	0,66
Nº de cômodos na casa	5	3-6	4	3-7	0,54
Nº de famílias na casa	1	1-3	1	1-2	0,45
Nº de pessoas na casa	4	1-9	5	3-8	0,13
Nº de adultos na casa	2	1-4	2	1-5	0,39
Nº de crianças na casa	2	1-3	2	1-5	0,74
<i>Variáveis discretas</i>		<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>		
Escolaridade do cuidador	Não alfabetizada	2 (13,3)	1 (6,7)		1,00
	Menos de 8 anos	4 (26,7)	5 (33,3)		
	8 ou mais	9 (60,0)	9 (60,0)		
Sexo da Criança	Feminino	9 (60,0)	6 (40,0)		0,27
	Masculino	6 (40,0)	9 (60,0)		
Renda familiar	> Salário-Mínimo	10 (66,6)	6 (40,0)		0,17
	≤ Salário-Mínimo	5 (33,3)	9 (60,0)		
Material da casa	Alvenaria	15 (100)	13 (86,7)		0,48
	Madeira	0	2 (13,3)		
Material do piso da casa	Cerâmica	15 (100)	11 (73,3)		0,10
	Cimento	0	4 (26,7)		
Rede de Esgoto	Presença	15 (100)	14 (93,3)		1,00
	Ausência	0	1 (6,7)		
Pavimentação da rua	Presença	15 (100)	14 (93,3)		1,00
	Ausência	0	1 (6,7)		

Notas: Teste U Mann-Whitney para variáveis contínuas; Teste Exato de Fisher para variáveis categóricas; $p \leq 0,05$; Med=mediana; Mín=valor mínimo; Máx=valor máximo; *f*=frequência; Salário-Mínimo vigente em 2018= R\$ 954,00.

Observa-se que os grupos eram semelhantes quanto às características sociodemográficas das cuidadoras sem diferenças estatisticamente significativas quanto à idade e à escolaridade. Ambos os grupos eram compostos apenas por mulheres, mães e avós, com mediana de idade de 28 anos (Mín-Máx: 22-69) no GI e de 31 anos (Mín-Máx: 19-46) no GC. Em relação à escolaridade, 60% das cuidadoras tinham mais de 8 (oito) anos de escolarização, o que corresponde ao Ensino Fundamental completo (Tabela 1).

Em relação às crianças, o GI era formado por maioria de meninas enquanto o GC por meninos (60%). Entretanto, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto

à idade das crianças ($p=0,04$), sendo a mediana de idade do GI (Med: 4,0; Mín-Máx: 2-7) mais elevada em comparação ao GC (Med: 2,0; Min-Máx: 2-5).

Também não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas quanto às características socioeconômicas familiares. No GI, 33,3% das famílias tinham renda familiar de até 1 (um) salário-mínimo, com mediana da renda *per capita* de R\$ 166,00 (Mín-Máx: R\$ 11,00-R\$ 1.045,00) e de despesas mensais totais de R\$ 441,00 (Mín-Máx: R\$ 0,00-R\$ 1.234,00). No GC, 60% das famílias tinham renda familiar de até 1 (um) salário-mínimo, com mediana da renda *per capita* de R\$ 87,00 (Mín-Máx: R\$ 0,00- R\$ 446,00) e de despesas mensais totais de R\$ 531,00 (Mín-Máx: R\$ 0,00-R\$ 1.031,00).

Em relação às condições de moradia, também não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Todas as famílias do GI moravam em casa de alvenaria, com piso de cerâmica, e contavam com rede de esgoto e pavimentação na rua. As casas tinham em torno de 5 cômodos (Mín-Máx: 3-6), com 4 pessoas coabitando (Mín-Máx: 1-9), sendo 2 adultos (Mín-Máx: 1-4) e 2 crianças (Mín-Máx:1-5). No GC, embora a maioria tenha relatado condições de moradia semelhantes às do GI, algumas famílias moravam em casa de madeira (13,3%), com piso de cimento (26,7%), ausência de rede de esgoto (6,7%) e de pavimentação na rua (6,7%). As casas tinham em torno de 4 cômodos (Mín-Máx: 3-7), com 5 pessoas coabitando (Mín-Máx: 3-8), sendo 2 adultos (Mín-Máx: 1-5) e 2 crianças (Mín-Máx: 1-5).

6.1.2 Indicadores de adversidades

Em relação aos eventos adversos na infância do cuidador, avaliados pelo instrumento ACE, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos GI e GC (Tabela 2).

Tabela 2 - Eventos adversos na infância e na adolescência do cuidador no Grupo Intervenção (GI) e no Grupo Controle (GC), segundo instrumento ACE.

<i>Eventos Adversos na Infância</i>	<i>GI f (%)</i>	<i>GC f (%)</i>	<i>P valor</i>
Alguns dos seus pais ou outro adulto que vivia em sua casa frequentemente o insultou ou humilhou ou agiu de forma que lhe provocou medo de ser fisicamente machucado?	4 (26,7)	3 (20,0)	1,0
Alguns dos seus pais ou outro adulto que vivia em sua casa frequentemente o puxou, agarrou ou atirou-lhe alguma coisa ou alguma vez lhe bateu com força a ponto de deixar marcas?	5 (33,3)	3 (20,0)	0,68
Alguns adultos ou outra pessoa pelo menos cinco anos mais velha que você alguma vez lhe tocou ou obrigou-o a tocar o corpo dela de forma sexual ou tentou ou teve uma relação sexual (oral, anal, vaginal) com você?	2 (13,3)	2 (13,3)	1,0
Você sentiu frequentemente que ninguém na sua família o amava ou pensava que você era especial ou importante? Ou as pessoas da sua família não olhavam umas pelas outras, não se sentiam próximas umas das outras, ou não se apoiavam?	3 (20,0)	2 (13,3)	1,0
Você sentiu frequentemente que não tinha o suficiente para comer, tinha de usar roupas sujas, e não tinha quem o/a protegesse? Ou seus pais ou adultos que deviam cuidar de si estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar de você ou o/a levar ao médico se fosse necessário?	1 (6,7)	1 (6,7)	1,0
Os seus pais separaram-se ou divorciaram-se alguma vez durante a sua infância?	7 (46,7)	9 (60,0)	0,71
A sua mãe ou madrasta frequentemente foi agarrada, empurrada, estapeada ou atiraram-lhe algum objeto? Ou às vezes ou com frequência foi agredida com pontapés, mordidas, socos ou lhe bateram com algum objeto forte? Ou foi batida repetidamente durante alguns minutos ou ameaçada com uma faca ou arma?	0	3 (20,0)	0,22
Você viveu com alguém que tivesse problemas com álcool ou era alcoólico ou usava drogas?	7 (46,7)	6 (40,0)	1,0
Viveu com alguém que estivesse deprimido, tivesse algum problema psiquiátrico ou tentou suicidar-se?	1 (6,7)	3 (20,0)	0,6
Alguma das pessoas que vivia com você foi para a prisão?	1 (6,7)	4 (26,7)	0,33
Total	31 (20,67)	36 (24,0)	0,97

Notas: Teste Qui-quadrado; $p \leq 0,05$; f=frequência.

A separação dos pais foi o evento mais frequentemente relatado por ambos os grupos (GI: 46,7%; GC: 60,0%), seguido pela convivência com pessoas usuárias de álcool e/ou outras drogas (GI: 46,7%; GC: 40,0%). No GI, o evento menos relatado foi a ausência de cuidados básicos (6,7%) e nenhuma participante relatou ter presenciado situações de violência dirigidas à mãe ou madrasta. No GC, o evento menos relatado também foi a ausência de cuidados básicos (6,7%), embora ter presenciado situações de violência dirigidas à mãe ou madrasta tenha sido mencionado

por três participantes (20,0%) (Tabela 2).

Embora sem significância estatística, cabe ressaltar que eventos em que a violência era dirigida à própria pessoa foram mais relatados no GI, como ser humilhado e insultado (26,7%), ser agarrado ou apanhar com objetos (33,3%), sentir que ninguém o amava (20,0%). Já a convivência com situações de adversidade no ambiente como, presenciar violência dirigida à mãe ou madrasta (20%), viver com alguém deprimido e com problemas psiquiátricos (20%), ou que estivesse preso (26,7%) foram mais relatadas pelo GC. O total de eventos adversos na infância foi semelhante em ambos os grupos, 20,67% das cuidadoras do GI relataram ter vivenciado eventos adversos, assim como 24% das cuidadoras do GC.

Na Tabela 3 são destacados os eventos vitais vivenciados pela família no último ano, segundo relato das participantes. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, embora tenha sido observada uma tendência à significância quanto a vivência de dificuldades pessoais ($p=0,06$). Em comparação ao GC, o GI relatou mais dificuldades pessoais, ou seja, mudanças religiosas, recreativas, de hábitos pessoais, atividades sociais, além de problemas de saúde e/ou acidentes, dificuldades sexuais e aposentadoria.

Tabela 3 - Eventos vitais ocorridos no último ano no Grupo Intervenção (GI) e no Grupo Controle (GC), segundo Escala de Eventos Vitais.

Grupos de Eventos Vitais	Eventos Vitais	GI		GC		P valor
		Med	Mín/Máx	Med	Mín/Máx	
Perda do Suporte Familiar	Morte do cônjuge	0,0	0-2	1,0	0-2	0,93
	Morte de alguém da família					
	Morte de um amigo					
Família	Separação	0,0	0-2	0,0	0-2	0,61
	Casamento					
	Gravidez					
	Doença na família					
Mudanças no ambiente	Acréscimo ou diminuição do nº de pessoas morando em sua casa	0,0	0-3	0,0	0-2	0,36
	Mudança de casa					
	Mudança na escola					
Dificuldades pessoais	Aposentadoria	1,0	0-3	0,0	0-4	0,06
	Dificuldades sexuais					
	Problemas de saúde					
	Mudanças de hábitos pessoais					
	Mudança de atividades recreativas					
	Mudança de atividades religiosas					
	Mudanças de atividades sociais					
Trabalho	Acidentes					0,21
	Perda de emprego	0,0	0-2	0,0	0-1	
	Mudança de trabalho (favorável ou desfavorável)					
	Dificuldades com a chefia					
Finanças	Reconhecimento profissional					0,82
	Perdas financeiras	0,0	0-2	1,0	0-2	
	Dívidas					
Total		4,0	0-9	4,0	0-9	0,806

Notas: Teste Qui-quadrado; $p \leq 0,05$; Med=mediana; Mín=valor mínimo; Máx=valor máximo.

6.2 Práticas Parentais

6.2.1 Comparação entre grupos: GI versus GC

A Tabela 4 apresenta os resultados de comparação entre os grupos GI e GC quanto às práticas parentais, avaliadas tanto pelo instrumento do ACT quanto pelo PAFAS, antes e após a intervenção.

Tabela 4 - Pontuação nas escalas ACT e PAFAS sobre práticas parentais, antes e após a intervenção, no Grupo Intervenção (GI) e no Grupo Controle (GC).

ACT	Pré-Intervenção					Pós-Intervenção				
	GI		GC		p valor	GI		GC		p valor
	Med	Mín/Máx	Med	Mín/Máx		Med	Mín/Máx	Med	Mín/Máx	
Disciplina Positiva	24,0	12-25	24,0	15-25	0,81	21,0	15-25	23,0	14-25	0,28
Comunicação	13,0	3-15	14,0	5-15	0,27	13,0	5-15	14,0	9-15	0,23
Regulação emocional e Comportamental	27,0	14-33	29,0	20-34	0,23	25,0	15-34	29,0	20-35	0,22
PAFAS										
Consistência Parental	2,0	0-9	2,0	0-6	0,44	3,0	0-7	3,0	0-6	0,71
Práticas Coercitivas	7,0	3-12	6,0	2-9	0,14	5,0	4-10	5,0	1-8	0,19
Encorajamento Positivo	9,0	5-9	9,0	6-9	0,57	9,0	3-9	9,0	3-9	0,87
Relacionamento Pais-Filhos	12,0	9-12	12,0	8-12	0,32	12,0	9-12	12,0	6-12	0,20
Ajustamento Parental	8,0	2-9	8,0	3-9	0,74	8,0	3-9	8,0	5-9	0,62
Ajustamento Familiar	6,0	2-9	5,0	0-9	0,14	6,0	5-9	5,0	3-9	0,02

Nota: Teste U Mann-Whitney; $p \leq 0,05$; Med=mediana; Mín=valor mínimo; Máx=valor máximo; quanto maior, melhores práticas parentais, com exceção de Consistência Parental e Práticas Coercitivas (invertidas).

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 4, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto às práticas parentais, avaliadas pelo instrumento ACT e pelo PAFAS, no momento anterior à intervenção. Após a intervenção, a mediana do escore do GI (Med= 6) na subescala de Ajustamento Familiar foi significativamente mais elevada do que do GC (Med= 5), indicativa de comportamento mais adequado. Não foram verificadas outras diferenças estatisticamente significativas entre os grupos após a intervenção.

Em relação às práticas parentais avaliadas pelo instrumento ACT, ambos os grupos obtiveram maiores pontuações, na subescala de Regulação Emocional e Comportamental, indicando boas práticas parentais. Por outro lado, as menores pontuações foram observadas na subescala de Comunicação.

Já na escala PAFAS, que também avalia práticas parentais, as maiores pontuações em ambos os grupos, foram na subescala de Relacionamento Pais-Filhos. A menor pontuação foi em Consistência Parental (Med=2), porém a variável deve ser analisada inversamente, ou seja, baixas frequências representam comportamentos mais adequados. Portanto, as práticas mais prejudicadas referem-se aos domínios Práticas Coercitivas (Med=7,0) e Ajustamento Familiar (Med=6,0), domínio este em que foi observada alteração após a intervenção.

6.2.2 Comparação intragrupo (GI): pré-intervenção *versus* pós-intervenção *versus* follow-up

Na Tabela 5 são apresentados os resultados de comparação intragrupo das práticas parentais do GI em três momentos distintos: antes, após a intervenção, e decorridos aproximadamente seis meses do encerramento.

Tabela 5 – Pontuação nas escalas ACT e PAFAS sobre práticas parentais no Grupo Intervenção (GI), antes, após a intervenção, e decorridos seis meses.

	<i>Pré-Intervenção</i>		<i>Pós-Intervenção</i>		<i>Follow-Up</i>		<i>P valor</i>
ACT	<i>Med</i>	<i>Mín/Máx</i>	<i>Med</i>	<i>Mín/Máx</i>	<i>Med</i>	<i>Mín/Máx</i>	
Disciplina Positiva (5-25)	24,0	12-25	21,0	15-25	23,0	15-25	0,60
Comunicação (5-15)	13,0	3-15	13,0	5-15	12,0	8-15	0,22
Regulação emocional e Comportamental (7-35)	27,0	14-33	25,0	15-34	27,0	20-32	0,31
PAFAS							
Consistência Parental (0-9)	2,0	0-9	3,0	0-7	2,0	0-7	0,52
Práticas Coercitivas (0-12)	7,0	3-12	5,0	4-10	6,0	4-8	0,32
Encorajamento Positivo (0-9)	9,0	5-9	9,0	3-9	9,0	2-9	0,23
Relacionamento Pais-Filhos (0-12)	12,0	9-12	12,0	9-12	12,0	3-12	0,50
Ajustamento Parental (0-9)	8,0	2-9	8,0	3-9	7,0	1-9	0,27
Ajustamento Familiar (0-9)	6,0	2-9	6,0	5-9	6,0	2-8	0,05*

Nota: Teste de Friedman seguido pelo Teste de Wilcoxon para comparações múltiplas; $p \leq 0,05$; Med=mediana; Mín=valor mínimo; Máx=valor máximo; quanto maior melhores práticas parentais, com exceção de Consistência Parental e Práticas Coercitivas (invertidas); **Pós-Intervenção*>*Follow-Up* ($p=0,12$).

Em relação às práticas parentais avaliadas pelo instrumento ACT, não houve diferenças estatisticamente significativa entre os escores do GI nos três momentos, sendo a maior pontuação na subescala de Regulação Emocional e Comportamental e a menor, em Comunicação.

Já na escala PAFAS, foi observada diferença estatisticamente significativa em relação ao domínio de Ajustamento Familiar ($p=0,05$), comparando-se o momento logo após a intervenção e seis meses da intervenção. Embora as medianas se mantivessem entre os dois momentos, houve maior dispersão das respostas no *follow-up* (Mín-Máx:2-8) em comparação à pós-intervenção (Mín-Máx:5-9).

6.3 Comportamento Infantil

6.3.1 Comparação entre grupos: GI versus GC

A seguir são apresentados os resultados relativos ao comportamento da criança avaliado através do questionário SDQ. A Tabela 6 apresenta os resultados de comparação entre os grupos GI e GC quanto ao comportamento da criança, relatado pelas cuidadoras, antes e após a intervenção.

Tabela 6 - Pontuação no SDQ, antes e após a intervenção, no Grupo Intervenção (GI) e no Grupo Controle (GC).

Comportamentos	Pré-Intervenção					Pós-Intervenção				
	GI		GC		p valor	GI		GC		p valor
	Med	Mín/Máx	Med	Mín/Máx		Med	Mín/Máx	Med	Mín/Máx	
Sintomas Emocionais	3,0	1-5	4,0	0-7	0,68	3,0	1-8	3,0	0-7	0,93
Problemas de Conduta	4,0	0-7	4,0	0-6	0,41	3,0	0-7	3,0	1-7	0,81
Hiperatividade	3,0	0-8	5,0	1-8	0,03	3,0	0-7	4,0	2-9	0,19
Problemas de Relacionamentos com Colegas	2,0	0-5	2,0	0-7	0,93	2,0	0-5	3,0	0-7	0,91
Comportamento Pró-Social	9,0	3-10	9,0	4-10	0,25	8,0	3-10	9,0	4-10	0,77
Problemas Totais	14,0	5-19	15,0	6-21	0,28	13,0	2-20	13,0	4-26	0,87

Nota: Teste U Mann-Whitney; $p \leq 0,05$; Med=mediana; Mín=valor mínimo; Máx=valor máximo; quanto maior mais problemas de comportamento, com exceção de Comportamento Pró-Social (invertido).

No momento pré-intervenção, observa-se diferença estatisticamente significativa ($p=0,03$) na pontuação na subescala de Hiperatividade do SDQ, sendo que o GC apresentou pontuação mais elevada (Med: 5,0, Mín-Máx: 1-8), indicativa de mais problemas de hiperatividade, do que o GI (Med: 3,0, Mín-Máx: 0-8). Tal diferença não foi observada no momento pós-intervenção.

Em ambos os grupos, tanto no momento pré quanto após a intervenção, a menor pontuação foi obtida na subescala de Problemas de Relacionamento com os Colegas (GI e CG: 2,0). Portanto, parece ser o comportamento menos prejudicado nas crianças estudadas. Por outro lado, a maior pontuação em ambos os grupos foi na subescala de Comportamento Pró-social (GI: 9,0 e GC: 8,0). Considerando que essa subescala avalia recurso da criança (comportamento pró-social), a pontuação elevada, nesse caso, também representa pouco prejuízo.

A Tabela 7 apresenta a comparação entre grupos quanto às frequências dos problemas de comportamento (“Clínico”) nas subescalas e no total, e na subescala de capacidades (comportamento pró-social).

Tabela 7 - Classificação do comportamento infantil no SDQ, antes e após a intervenção, no Grupo Intervenção (GI) e no Grupo Controle (GC).

SDQ		Pré-Intervenção			Pós-Intervenção		
		GI f (%)	GC f (%)	p Valor	GI f (%)	GC f (%)	p Valor
Sintomas Emocionais	Normal	7 (46,7)	7 (46,7)	0,58	9 (60,0)	8 (53,3)	0,18
	Limítrofe	4 (26,7)	6 (40,0)		5 (33,3)	2 (13,3)	
	Clínico	4 (26,7)	2 (13,3)		1 (6,7)	5 (33,3)	
Problema de conduta	Normal	2 (13,3)	5 (33,3)	1,0	5 (33,3)	6 (40,0)	0,65
	Limítrofe	5 (33,3)	1 (6,7)		3 (20,0)	5 (33,3)	
	Clínico	8 (53,3)	9 (60,0)		7 (46,7)	4 (26,7)	
Hiperatividade	Normal	13 (86,7)	9 (60,0)	0,17	11 (73,3)	11 (73,3)	0,77
	Limítrofe	1 (6,7)	1 (6,7)		3 (20,0)	2 (13,3)	
	Clínico	1 (6,7)	5 (33,3)		1 (6,7)	2 (13,3)	
Problemas de relacionamento com os colegas	Normal	8 (53,3)	10 (66,7)	0,76	9 (60,0)	6 (40,0)	0,49
	Limítrofe	2 (13,3)	1 (6,7)		1 (6,7)	3 (20,0)	
	Clínico	5 (33,3)	4 (26,7)		5 (33,3)	6 (40,0)	
Comportamento Pró-Social	Normal	14 (93,3)	13 (86,7)	1,0	12 (80,0)	14 (93,3)	0,60
	Limítrofe	0	1 (6,7)		1 (6,7)	0	
	Clínico	1 (6,7)	1 (6,7)		2 (13,3)	1 (6,7)	
Problemas Totais	Normal	5 (33,3)	3 (20,0)	0,08	9 (60,0)	8 (53,3)	0,90
	Limítrofe	8 (53,3)	4 (26,7)		3 (20,0)	3 (20,0)	
	Clínico	2 (13,3)	8 (53,3)		3 (20,0)	4 (26,7)	

Nota: Teste Exato de Fisher; $p \leq 0,05$; f =frequência.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, apenas uma tendência à significância ($p=0,08$) quanto aos Problemas Totais antes da intervenção. A maioria das crianças do GI (53,3%) foi classificada como “Limítrofe” para Problemas Totais, enquanto a maioria do GC (53,3%) ficou na classificação “Clínico”.

No segundo momento, após a intervenção, não houve diferença significativa entre os grupos, permanecendo como mais relatado no GI os Problemas de Conduta (46,7%), e no GC, Problemas de Relacionamento com os Colegas (40,0%). Quando somados os “Limítrofes” e “Clínicos”, consideradas crianças com dificuldades, os Problemas de Conduta foram os mais frequentes, na avaliação das cuidadoras do GI e do GC, antes (GI: 86,7%; GC: 66,7%) e após a intervenção (GI: 66,7%; GC: 60%).

6.3.2 Comparação intragrupo (GI): pré-intervenção *versus* pós-intervenção *versus* follow-up

Na Tabela 8 são apresentados os resultados referentes ao comportamento infantil do GI nos três momentos de avaliação, antes, após a intervenção e decorridos seis meses.

Tabela 8 - Pontuação no SDQ, antes, após a intervenção e decorridos seis meses, no Grupo Intervenção (GI).

<i>SDQ</i>	<i>Pré-Intervenção</i>		<i>Pós-Intervenção</i>		<i>Follow-Up</i>		<i>P valor</i>
	<i>Med</i>	<i>Mín/Máx</i>	<i>Med</i>	<i>Mín/Máx</i>	<i>Med</i>	<i>Mín/Máx</i>	
Sintomas Emocionais	3,0	1-5	3,0	1-8	2,0	0-6	0,116
Problemas de Conduta	4,0	0-7	3,0	0-7	3,0	0-10	0,404
Hiperatividade	3,0	0-8	3,0	0-7	3,0	0-10	0,771
Problemas de Relacionamentos de Colegas	2,0	0-5	2,0	0-5	2,0	0-6	0,662
Comportamento Pró-Social*	9,0	3-10	8,0	3-10	9,0	7-10	0,120
Problemas Totais	14,0	5-19	13,0	2-20	12,0	0-27	0,135

Nota: Teste de Friedman; $p \leq 0,05$; Med=mediana; Mín=valor mínimo; Máx=valor máximo; quanto maior, mais problemas de comportamento, com exceção de Comportamento Pró-Social (invertido).

Observamos que não houve diferenças significativas entre as pontuações do GI comparando-se os três momentos avaliados. A pontuação na subescala de Problemas Totais varia entre 0 e 40, sendo que valores maiores indicam problemas de comportamento. Nos três momentos, antes da intervenção (Med=14,0), logo após a intervenção (Med=13,0), e decorridos seis meses (Med=12,0), os valores foram próximos e baixos.

6.4 Processo de Intervenção

6.4.1 Antes da intervenção – motivações, expectativas, desejo e prontidão para a mudança

Considerando a dificuldade de composição do Grupo Intervenção (GI), já mencionada, considerou-se importante analisar os motivos que levaram apenas 18 cuidadoras a aceitarem a proposta, embora nem todas tenham completado o processo.

Na Tabela 9 encontram-se as respostas das 16 participantes que responderam à pergunta sobre expectativas e objetivos da sessão inicial (reunião prévia) do Programa ACT.

Tabela 9 - Frequências absoluta (*f*) e relativa (%) dos desejos frente ao Programa ACT, expressos pelos cuidadores durante reunião prévia.

O que você deseja do Programa ACT?	Não <i>f</i> (%)	Não tenho certeza <i>f</i> (%)	Sim <i>f</i> (%)	Total
Quero ajuda para disciplinar meus filhos	1 (6,25)	2 (12,5)	13 (81,25)	16
Quero ajuda para parar de gritar com meus filhos	4 (25,0)	1 (6,25)	11 (68,75)	16
Quero ajuda para saber se meus filhos estão se desenvolvendo normalmente	3 (20,0)	0	12 (80,0)	15
Quero que meus filhos briguem menos	4 (25,0)	1 (6,25)	11 (68,75)	16
Quero aprender a solucionar conflitos na minha vida	4 (25,0)	0	12 (80,0)	16
Quero ajuda para parar de bater nos meus filhos	8 (50,0)	5 (31,25)	3 (18,75)	16
Quero aprender a expressar meus sentimentos e idéias de uma maneira saudável	3 (18,75)	0	13 (81,25)	16
Quero trabalhar para aumentar minha autoestima	0	1 (6,75)	15 (93,75)	16
Quero alguém que me escute	3 (18,75)	0	13 (81,25)	16
Quero fazer amigos	4 (26,67)	2 (13,33)	9 (60,0)	15
Quero auxílio para encontrar recursos na minha comunidade que ajudem a mim e a minha família	2 (12,5)	2 (12,5)	12 (75,0)	16
Preciso de ajuda para ter motivação para mudar a maneira como crio meus filhos	3 (18,75)	4 (25,0)	9 (56,25)	16
Quero ajuda para evitar a violência na minha casa	8 (50,0)	3 (18,75)	5 (31,25)	16

Nota: *f*=frequência; % = porcentagem

As principais motivações que as fizeram aceitar o convite de participação foram: aumentar sua autoestima (93,75%), aprender a expressar sentimentos e idéias (81,25%), ter alguém que as escute (81,25%) e ter ajuda para disciplinar os filhos (81,25%). Ajuda para parar de bater nos filhos (18,75%) e para evitar a violência em casa (31,25%) foram os motivos menos citados por elas.

No primeiro momento foram trabalhadas as expectativas e motivações frente à mudança desejada pelas cuidadoras, entre elas “ajuda no cuidado do filho”, “parar de gritar”, “melhorar a autoestima”. Para isso foi solicitado que respondessem de 0 a 10 qual seria o tamanho do desejo, da importância, do quanto se sentiam confiantes e preparadas para a mudança que almejavam. Os maiores valores mencionados referiam-se ao desejo de mudança, variando entre 8 e 10. Por outro lado, o menor valor mencionado foi para a prontidão, ou seja, para o quanto se sentiam prontas para mudar. Em um dos grupos a facilitadora perguntou o que poderia ser feito para aumentar de 5 para 8 o “sentir-se pronta”, e uma das participantes mencionou “*conhecimento, se a gente não sabe o que fazer, a gente não se sente preparada*”. Outra situação frequente nesse momento, principalmente em dois dos grupos, foi que as participantes disseram que não se sentiam capazes de mudar, levantando questões relacionadas à autoestima.

6.4.2 Durante a intervenção: assiduidade, realização das tarefas, interação entre as participantes e mobilizações

O aceite ao convite para participar da intervenção com o Programa ACT previa a participação na reunião prévia e em outras oito sessões, com duração aproximada de 1 hora e meia cada. Ao todo houve 17 faltas durante o acompanhamento dos grupos que contou com 135 encontros. A 4ª sessão, sobre “Como entender e ajudar as crianças quando elas têm raiva”, contou com o maior número de faltas, uma vez que quatro participantes (26,7%) faltaram; a 6ª sessão, que aborda o tema “Disciplina e Estilos Parentais”, teve três faltas (20,0%). Entretanto, as cuidadoras não tinham conhecimento do tema das sessões previamente.

Entre as sessões, o programa previa a realização de atividades, ou seja, “tarefas de casa”. Foram entregues às participantes 88 tarefas das 105 previstas, ou seja, 7 tarefas em média, por participante. Não houve entrega de tarefas na reunião prévia, na última sessão, e nas faltas. Das 88 tarefas entregues, retornaram apenas 29 (32,9%) atividades preenchidas. O retorno maior foi da tarefa relacionada à 2ª sessão, sendo que oito participantes, pouco mais da metade delas, trouxeram a tarefa feita. A tarefa da 2ª sessão consistia em preencher com respostas do tipo “sim” ou “não” a afirmações referentes a situações de violência que os filhos vivenciaram na semana, diferente das demais sessões que requeriam respostas discursivas. Cinco pessoas preencheram e entregaram a tarefa da 3ª sessão, que solicitava a descrição de um momento em que sentiu raiva de uma atitude da criança e pode se expressar, compreender seus sentimentos, e ouvir a criança.

Na reunião prévia e na 1ª sessão, as participantes que já se conheciam anteriormente, ao apresentarem dificuldade na compreensão de alguma atividade recorriam à pessoa conhecida e, juntas, pediam auxílio da facilitadora. Em situações de faltas às sessões, se preocupavam em passar o conteúdo para aquela que não pôde ir, e nas horas do café discutiam entre si sobre problemas da comunidade, dificuldades pessoais, dificuldades com os filhos.

No grupo em que as participantes não se conheciam houve mais dificuldade de compartilhamento, os relatos ficaram mais centrados em uma das participantes, que se colocava de modo agressivo enquanto as demais ficavam mais caladas. Ao todo, 12 cuidadoras conheciam alguém no grupo e apenas três mães não conheciam nenhuma das outras participantes.

Cinco participantes (33,3%) já haviam participado de outras atividades grupais no mesmo serviço, como grupos de artesanato. Elas demonstravam muito interesse em tudo o que era

compartilhado, e questionavam a não participação de outras pessoas conhecidas dada a importância que davam à participação.

Por mais que houvesse estagiários para o cuidado das crianças, as crianças menores requeriam a presença da mãe com maior frequência, sendo necessário permanecer junto à cuidadora (mãe ou avó) em alguns momentos. Algumas crianças maiores participaram de modo não programado de alguns momentos, pois estavam sob cuidados da estagiária no mesmo espaço do grupo e percebiam que alguns conteúdos a envolviam. No final do grupo, as participantes compartilhavam o conhecimento com as crianças durante o café, principalmente as tarefas de casa que teriam que fazer. O grupo verbalizava sobre a falta que sentia quando algumas crianças não compareciam.

Entre as sessões, que abordavam diferentes temas, a 2ª sessão sobre “A violência na vida das crianças” trouxe maior mobilização entre as participantes. A dinâmica escolhida para o início da sessão reforçava a identificação entre elas, contando com boa participação de todas, até daquelas mais quietas e que se colocavam pouco. Todas relataram situações de violência contra a criança, distantes de suas vivências. Quando em determinada atividade foi solicitado que fechassem os olhos e se vissem como uma *criança pequena em uma casa onde dois adultos estariam brigando em sua frente*, três participantes não conseguiram compreender a orientação. Após identificação da dificuldade, a orientação foi alterada para que imaginassem uma criança nessa situação, não necessariamente elas, e a atividade foi possível.

Durante a mesma atividade, em outros dois grupos, três participantes apresentaram situação de choro sem controle, verbalizando situações vivenciadas na infância, como abandono, abuso sexual, agressões físicas, separação dos pais, que requeriam maior acolhimento. Outras atividades da mesma sessão, direcionadas a situações de violência sofridas por crianças, também mobilizaram outras participantes, e situações de vulnerabilidade como alcoolismo dos pais e ausência de moradia, foram relatadas. A 2ª sessão foi a sessão de maior tempo de duração e na qual pode-se observar maior mobilização das participantes.

A 3ª sessão tinha como tema “Como os pais podem entender e controlar a raiva”, as participantes estavam mais comunicativas, compartilhando diversas situações que lhes faziam sentir raiva. Para além do cuidado com a criança, relataram que o marido e os filhos maiores não cooperavam: “... *acabo gritando bastante, você fala, fala, fala e eles parecem que não escutam a gente*”. E se surpreenderam com a possibilidade de expressar seus próprios sentimentos com a

família e com os filhos: *“eu nunca falei de sentimentos não, não sei porquê, são muito pequenos né?”*. Algumas participantes sugeriram, em grupos distintos, que o curso deveria chamar *“para cuidar de nós mesmas”* e não para cuidar das crianças.

A 5ª sessão, sobre mídia eletrônica, foi a mais rápida, com menos dificuldade em dar respostas às questões levantadas ou fazer os exercícios propostos. Houve pouca participação da facilitadora, pois o grupo trazia conteúdos quanto às consequências negativas e orientações adequadas quanto à temática, respondiam de maneira muito tranquila às atividades. Nesta sessão, ao se falar sobre desenhos e heróis, muitas cuidadoras foram enfáticas em dizer que *“as coisas não são fáceis como acontece na televisão, não”*. Referente ao mesmo tema, durante a aplicação do Questionário ACT, na sessão prévia, as cuidadoras assinalavam e verbalizavam que as crianças não tinham acesso à internet, nem a videogame, e por isso não conseguiriam responder a alguns itens da escala, mas concordavam com o monitoramento das mídias eletrônicas.

A 6ª sessão sobre “Disciplina e Estilos Parentais” foi longa devido ao número de atividades, com boa participação no início, mas diminuição à medida em que a sessão se estendia. Neste momento, o depoimento de uma das participantes referiu benefícios para além do comportamento da criança ou das práticas parentais utilizadas, *“o clima da casa melhorou, as discussões diminuíram, até com o meu marido, porque agora eu sei que não é por querer que ela faz isso...”*. Essa mesma mãe apresentava no início um comportamento agressivo em relação à filha que a acompanhava. Mas, no decorrer da intervenção, foi mudando o comportamento, o que foi observado pela facilitadora, pela estagiária que acompanhava o grupo e pela própria participante no final da intervenção. A mudança em sua postura ocorreu principalmente após a 2ª sessão, ao lembrar de sua infância e das vivências de agressão que passou com sua própria mãe.

No início da 7ª sessão, em que foram trabalhados conteúdos relativos a comportamentos parentais positivos e disciplina, uma participante relatou de maneira orgulhosa que a família dizia que *“agora que tá fazendo o curso acha que sabe de tudo”*. Outra relatou que conversava com familiares sobre o que aprendia e disse, também com orgulho, que fez uma redação na escola para adultos sobre um dos temas do curso, obtendo boa nota; disse que conversava sempre na escola sobre o que aprendia no curso.

Na última sessão, de encerramento do Programa ACT, as participantes discutiram como poderiam ajudar a promover e defender os direitos das crianças em suas comunidades, o que levou a diversas ideias, sugestões e desejos por participação em movimentos sociais e reivindicação de

serviços. Entre as possibilidades elencadas estavam: reivindicação por melhor qualidade dos serviços de saúde, vagas em creche, pontos de lazer comunitário, cursos de qualificação, participação na vida política, centros comunitários, além de reforçar que estavam levando o conteúdo aprendido do curso para os espaços em que circulavam.

6.4.3 Após a intervenção – retenção/fidelização, avaliação do programa e aprendizagem sobre desenvolvimento infantil

Das 18 cuidadoras que aceitaram inicialmente a proposta, 15 completaram o Programa ACT. Portanto, o índice de retenção ou fidelização ao programa foi de 83,3%.

Na última sessão, foi solicitado que as participantes concluintes respondessem a Avaliação ACT, instrumento sobre o próprio programa, a fim de identificar quais foram os facilitadores para o aprendizado. Ao todo, 13 (86,7%) participantes completaram a avaliação, sendo que uma participante faltou à última sessão e outra não respondeu o questionário.

Observa-se que as participantes avaliaram positivamente o Programa ACT e a condução da facilitadora, demonstrando interesse em continuar a se reunir em grupo. Houve apenas uma resposta (7,7%) de discordância sobre o conhecimento da facilitadora acerca dos temas abordados e uma resposta (7,7%) “não sei” quanto às habilidades da facilitadora. Cabe ressaltar, entretanto, que não houve uma explanação sobre o significado de “facilitadores”, sendo apenas esclarecidos questionamentos individuais sobre o termo.

As participantes elegeram três ferramentas que consideravam importantes para o aprendizado. Todas as 13 (100%) participantes escolheram as discussões em grupo, seguidas por sete participantes (53,8%) que optaram pelas explicações da facilitadora e atividades específicas como a Roda de Sentimentos, Colagem, entre outras. O recurso menos citado foi o uso de *slides* em *Power Point* e vídeos, escolhidos por uma (7,7%) e duas participantes (15,4%), respectivamente.

Em relação ao que mais gostaram do Programa ACT, todas (n=13) responderam aprender coisas novas, 12 (92,3%) delas que referiram a atitude simpática e agradável da facilitadora, e oito (61,5%) se referiram aos materiais, considerados bons e fáceis de entender. Seis participantes (46,1%) disseram que uma das coisas que mais gostaram foi fazer novos amigos. Havia uma participante gestante que no encerramento do Programa ACT levou o filho de sete dias para

apresentar a todos e, em outro grupo, as próprias participantes organizaram o lanche para o encerramento.

No final da avaliação era possível deixar alguma sugestão de mudança no Programa ACT e duas participantes (15,4%) escreveram sobre a duração do programa: “*a durabilidade dele, pois passou muito rápido*”, e “*aumentava o período do curso!*”. Ao final de todos os grupos, alguns participantes demonstraram interesse em realizar mais cursos e participar de outros grupos. Houve um nascimento dias antes do encerramento de um dos grupos. Após seis meses, na avaliação de *Follow-Up* com o GI, duas mães estavam gestantes, uma com seis meses de gestação e outra com quase nove meses, e reafirmaram que se sentiam menos ansiosas na nova gestação, identificando a participação no curso como um dos determinantes para isso.

Buscando compreender a aprendizagem propiciada pelo Programa ACT, avaliou-se também a percepção sobre desenvolvimento infantil das participantes em três momentos distintos: antes da intervenção, logo após a finalização do programa e seis meses após. Na Tabela 10 são apresentados os resultados de comparação intragrupo (GI) em relação aos itens de percepção do desenvolvimento infantil, considerando os três momentos de avaliação.

Tabela 10 - Respostas sobre desenvolvimento infantil da Escala ACT no Grupo Intervenção (GI) antes, após a intervenção, e decorridos seis meses.

Desenvolvimento Infantil – ACT	Pré- Intervenção			Pós-Intervenção			P valor	Pré-Intervenção			Follow-Up			P valor	Pós-Intervenção			Follow-Up			P valor
	Con	Inc	Dis	Con	Inc	Dis		Con	Inc	Dis	Con	Inc	Dis		Con	Inc	Dis	Con	Inc	Dis	
História 1																					
Resposta A	12	1	2	13	0	2	0,58	12	1	2	14	0	1	0,40	13	0	2	14	0	1	1,0
Resposta B	5	1	9	4	2	9	0,34	5	1	9	3	4	8	0,34	4	2	9	3	4	8	0,72
Resposta C	12	0	3	15	0	0	-	13	0	2	14	0	1	1,0	15	0	0	14	0	1	-
Resposta D	15	0	0	12	1	2	0,15	15	0	0	13	1	1	0,31	12	1	2	13	1	1	0,61
História 2																					
Resposta A	8	0	7	12	1	2	<0,001	8	0	7	9	3	3	0,01	12	1	2	9	3	3	0,31
Resposta B	7	2	6	3	2	10	0,37	7	2	6	5	5	5	0,17	3	2	10	5	5	5	0,13
Resposta C	4	0	11	0	1	14	-	4	0	11	3	1	11	0,51	0	1	14	3	1	11	0,15
Resposta D	11	1	3	12	2	1	0,51	11	1	2	14	1	0	0,15	12	2	1	0	14	1	<0,001
História 3																					
Resposta A	11	3	1	13	0	2	0,11	11	3	1	13	1	1	0,32	13	0	2	13	1	1	0,37
Resposta B	7	5	3	3	4	8	0,04	7	5	3	3	5	7	0,3	3	4	8	3	5	7	0,95
Resposta C	2	2	11	2	4	9	0,67	2	2	11	4	1	10	0,51	2	4	9	4	1	10	0,39
Resposta D	13	1	1	13	0	2	0,37	13	0	1	12	1	2	0,85	13	0	2	12	1	2	0,51
História 4																					
Resposta A	13	0	2	10	1	4	0,23	13	0	2	5	5	5	<0,001	10	1	4	5	5	5	0,23
Resposta B	14	0	1	12	2	1	0,31	14	0	1	12	2	1	0,31	12	2	1	12	2	1	1,0
Resposta C	13	2	0	15	0	0	-	13	2	0	15	0	0	-	15	0	0	15	0	0	-
Resposta D	0	2	13	1	1	13	0,37	0	2	13	3	1	11	0,11	1	1	13	3	1	11	0,37

Nota: Teste Qui-quadrado – Aderência e Teste McNemar; $p \leq 0,05$; Com=Concorda, Inc=Incerto, Disc=Discorda.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os momentos nas respostas das cuidadoras do GI em relação às Histórias 2, 3 e 4.

Na História 3 foi observada diferença estatisticamente significativa na frequência de respostas “B”, considerando os momentos pré e pós-intervenção. No momento pré-intervenção, aproximadamente metade das cuidadoras concordava com a resposta “B”: *“A menina está sendo difícil e teimosa”*. Após a intervenção, houve uma diminuição significativa ($p=0,04$) nas respostas de concordância a essa afirmação.

Já em relação à História 4, houve uma diferença estatisticamente significativa comparando-se as respostas antes da intervenção e seis meses após seu término (*follow-up*). No momento pré-intervenção, a maioria das participantes concordava com a afirmação “A”, de que *“é preciso dar bronca nas crianças por fazerem cena em público”*. Tal concordância diminuiu significativamente decorridos seis meses da intervenção realizada ($p<0,001$), com aumento de respostas de incerteza.

Por fim, cabem as considerações em relação à História 2. Nota-se, na Tabela 10, diferenças estatisticamente significativas quanto à resposta “A”, considerando os momentos pré e pós-intervenção e os momentos pré-intervenção e *follow-up*. No momento pré-intervenção, as cuidadoras foram taxativas em suas respostas. Cerca de metade concordava que *“a criança está aborrecida e, como ainda não sabe como usar palavras, apela para a birra”*, e metade, não. Não havia respostas de incerteza e dúvida. Após a intervenção, houve um aumento significativo de cuidadoras que concordavam com a afirmação ($p<0,001$). Após seis meses (*follow-up*), algumas cuidadoras passaram a responder que tinham dúvidas, o que não aconteceu no momento pré-intervenção, sendo a diferença entre esses dois momentos estatisticamente significativa ($p=0,01$).

Ainda em relação à História 2, nota-se diferença estatisticamente significativa na concordância com a afirmação “D”, a saber: *“O pai deveria tentar ignorar a birra”* ($<0,001$). No momento pós-intervenção, a maioria concordava com tal afirmação, mas seis meses depois (*follow-up*), nenhum cuidador concordou

com essa afirmação, sendo que a maioria tinha dúvidas e incertezas quanto a essa atitude do pai na história.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as respostas das cuidadoras nos diferentes momentos quanto à História 1.

7. DISCUSSÃO

O presente trabalho teve por objetivo avaliar os efeitos do Programa de intervenção ACT em famílias em vulnerabilidade social, de um município do interior de São Paulo, quanto às práticas parentais e ao comportamento das crianças. O Programa ACT, por meio do trabalho direcionado aos pais para a promoção de práticas educativas positivas e prevenção de violência contra as crianças, alinha-se às diretrizes do PNAS que prevê a antecipação de ações no favorecimento da não violência e diminuição de risco no território de abrangência do CRAS (BRASIL, 2004).

Ao todo, participaram do estudo 30 mulheres, mães e avós, divididas em dois grupos: Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC), com 15 participantes cada. Não houve participação de homens, mesmo o convite sendo direcionado à família, dificuldade já citada pela literatura sobre parentalidade (GUISO; BOLZE; VIEIRA, 2019; SOUZA; FIORINI; CREPALDI, 2020). Guisso, Bolze e Vieira (2019) observaram que sexo feminino era um dos fatores que indicavam maior adesão em intervenções direcionadas aos pais.

Em um dos poucos estudos em contexto brasileiro com o Programa ACT que contou com a participação de pais (homens), observou-se bons resultados em práticas parentais positivas após intervenção (OLIVEIRA et al., 2021). De acordo com a revisão realizadas por Souza et al. (2020), os pais constituem parte importante do microssistema da criança. Ao exercerem uma parentalidade positiva influenciam o desenvolvimento cognitivo e comportamental dos filhos, reforçando a importância de maior participação destes em programas voltados à parentalidade.

A não adesão dos homens no presente estudo, assim como em estudos anteriores, indica que, apesar das mudanças relativas à família contemporânea, a tarefa de acompanhar o cotidiano das crianças ainda é atribuída à mulher (BORSA, NUNES, 2011), especialmente a mãe. As avós também aparecem como figuras importantes no que tange a família contemporânea, exercendo a função do cuidado parental junto aos netos dentro da família extensa, acompanhando as

transformações e necessidades sociais (SCREMIN et al., 2019). As próprias políticas públicas reforçam o papel social da mulher como a principal responsável pelo cuidado dos filhos, ao colocá-la como foco dos serviços socioassistenciais no Brasil, desde a criação da LBA em 1942 (OLIVEIRA; ALVES, 2020).

Atualmente, a mulher vem assumindo a responsabilidade financeira pelo lar como chefe de família, ao mesmo tempo em que se mantém como responsável pelos afazeres diários, pela criação e educação dos filhos, havendo pouca participação paterna (DESSEN; OLIVEIRA, 2013; OLIVEIRA et al., 2021). Consequentemente, uma vez que é a responsável pelo cuidado, a mãe também é culpabilizada pela ocorrência de problemas, como o mau comportamento dos filhos (CARMO; GUIZARDI, 2018).

As mães e avós participantes tinham idade média de 30 anos, assim como em outros estudos (ALMEIDA et al., 2012; ALTAFIM; PEDRO; LINHARES, 2016) e 60% delas tinham Ensino Fundamental completo, independentemente do grupo. Três participantes (10%) se declararam não alfabetizadas. De acordo com o Mapa do Analfabetismo no Brasil (INEP, 2003), as taxas de analfabetismo estão diretamente relacionadas à renda familiar, sendo que nas famílias que possuem renda inferior a um salário-mínimo o índice chega a 29% em algumas regiões, acima do encontrado no presente estudo.

A escolaridade da população em geral, é um dos índices que sofreram impacto positivo ao longo dos anos, principalmente após a década de 90, quando programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, foram implantados tendo por um dos critérios a frequência escolar (COSTA; MARGUTI, 2015; FERNALD; GERTLER; NEUFELD, 2008; MORAIS et al., 2015). Se na década de 60 a taxa média de escolaridade no Brasil era de 5,5 anos, no final da década de 90 o índice se aproximou a 9,5 anos (HELENE, 2012), equivalente ao Ensino Médio incompleto. Portanto, a escolaridade das participantes do presente estudo esteve próxima aos indicadores brasileiros. As participantes não alfabetizadas, por sua vez, correspondiam às avós, mais velhas, que se encontravam em idade escolar em outro período histórico, em que os níveis nacionais de escolaridade eram menores.

Em relação às crianças, embora houvesse outras crianças nas famílias, as crianças consideradas “alvo” no estudo tinham entre 2 e 6 anos, sendo 60% de meninas no GI e 60% de meninos no GC. As crianças do GI tinham em torno de quatro anos e eram mais velhas do que as do GC. Cabe ressaltar que uma das crianças do GI completou 7 anos após o início da participação no estudo, o que pode ter contribuído para a diferença estatisticamente significativa entre os grupos. No geral, a idade das crianças participantes do estudo foi semelhante a outros estudos que utilizaram o Programa ACT (ALTAFIM et al., 2016; ALTAFIM; LINHARES, 2016; PEDRO; ALTAFIM; LINHARES, 2016).

Considerando os critérios de inclusão no estudo, as famílias apresentavam baixa renda socioeconômica, visto que cerca de 1/3 delas tinham renda familiar de até 1 (um) salário-mínimo e despesas mensais que variavam de R\$ 441,00 a R\$ 531,00, equivalente a 44,19% e 53,21% do salário-mínimo vigente à época. Em geral, as famílias eram compostas por quatro ou cinco pessoas, sendo, aproximadamente duas delas, crianças. Dessa forma, a mediana da renda *per capita* foi de R\$ 166,00 no GI e de R\$ 87,00 no GC, dentro do critério estabelecido para participar do pelo Programa Estadual do VIVALEITE, de renda *per capita* de até ½ salário-mínimo.

Torna-se difícil a comparação do *status* socioeconômico dos participantes dos diferentes estudos brasileiros devido à variabilidade de critérios de avaliação. Em estudos sobre o Programa ACT, para avaliar a associação entre práticas parentais e condição socioeconômica, foi utilizado o sistema de classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), (ALTAFIM; MCCOY; LINHARES, 2018, PEDRO; ALTAFIM; LINHARES, 2017), associado ao tipo de escola da criança e à escolaridade materna (ALTAFIM; MCCOY; LINHARES, 2018). O sistema de classificação da ABEP é um instrumento para uso em *marketing*, que prioriza a educação do chefe da família, posse de bens duráveis e número de empregados mensalistas no domicílio, mas não a renda (KAMAKURA; MAZZON, 2016).

No presente estudo, para obter mais dados sobre a possível vulnerabilidade

social do contexto familiar avaliou-se também as condições de moradia das famílias. Embora a maioria das participantes morasse em casa de alvenaria, com piso de cerâmica, com rede de esgoto e pavimentação na rua, algumas participantes tinham condições mais adversas e moravam em casa de madeira, com piso de cimento, ausência de rede de esgoto e de pavimentação na rua. Segundo a literatura, fatores econômicos e do território no qual a família se insere, como condições de saneamento básico, podem limitar a capacidade protetiva das famílias no cuidado dispendido às crianças (MAIA; SILVEIRA; DESLANDES, 2017; MONDIM, 2008; SCANELL, 2020; SILVA et al., 2015).

Além das participantes terem um baixo nível socioeconômico e algumas terem precárias condições de moradia, independentemente do grupo, todas as cuidadoras relataram ter vivenciado eventos vitais significativos no último ano. Os eventos vitais referem-se a mudanças relativamente inesperadas na vida do indivíduo, podendo ser considerados indicadores de estresse psicossocial, muitas vezes, associados a transtornos mentais (JANSEN et al., 2014). Ainda, as participantes do GI tenderam a relatar mais dificuldades pessoais, ou seja, mudanças religiosas, recreativas, de hábitos pessoais, atividades sociais, além de problemas de saúde, dificuldades sexuais e aposentadoria do que as participantes do GC.

Apesar do potencial risco ao desenvolvimento e à saúde mental do indivíduo, as pessoas reagem de diferentes formas diante desses eventos (JANSEN et al., 2014), a depender, entre outros fatores, da percepção e a interpretação individual de experiências negativas (JULIANO; YUNES, 2014). Dessa forma, os eventos vitais relatados pelas participantes podem ser considerados indicadores de potencial risco, mas não há como avaliar seu impacto.

Ademais, segundo Juliano e Yunes (2014), a análise dos fatores de risco deve considerar a fase de desenvolvimento em que ocorrem, o momento da exposição a estes eventos. Considerando as adversidades pregressas, não houve diferenças entre os grupos em relação à vivência de adversidades na infância, sendo a separação dos pais a mais frequente. De acordo com a revisão realizada por

Raposo et al. (2011), as respostas adaptativas ou desadaptativas da criança diante da separação ou divórcio dos pais está associada a fatores mediadores e moderadores como características da criança, problemas financeiros, sintomatologia psicopatológica dos pais, qualidade das práticas parentais e conflito entre os pais. Ou seja, os problemas de ajustamento apresentados pelas crianças com pais divorciados são melhor explicados por outros fatores, que não a separação em si. A separação dos pais pode, inclusive, representar uma oportunidade de crescimento e de promoção desenvolvimental.

Por outro lado, fatores como a convivência com usuário de álcool e/ou outras drogas e ser vítima de violência física na infância, incluindo a violência sexual, bastante citados pelas participantes, impactam negativamente no processo desenvolvimental (MAIA; WILLIAMS, 2005; REIS; PRATA, 2018). Altafim, Oliveira e Linhares (2021) também observaram alta prevalência (81%) de episódios violentos na infância, principalmente de abuso físico, entre mães de crianças de 3 a 8 anos. Além disso, todas as mães que relataram a convivência com familiares usuários de álcool e outras drogas reportaram também terem sofrido violência, indicando o risco cumulativo (ALTAFIM et al., 2021).

Estudos referem que pessoas que sofreram tais adversidades durante a infância apresentam dificuldades sociais, emocionais e clínicas importantes na fase adulta (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004; WALKER et al, 2017; PINTO; ALVES; MAIAS, 2015; FELLITI et al, 1998).

Possivelmente, as adversidades pregressas sofridas pelas participantes impactaram a evolução da intervenção com o GI. A sessão do Programa ACT com maior duração e que trouxe maior mobilização entre as participantes tratava da temática “A violência na vida das crianças”, em que todas relataram situações de violência vivenciadas quando eram crianças, como abandono, abuso sexual, agressões físicas, separação dos pais, alcoolismo dos pais e ausência de moradia.

De uma forma geral, os grupos GI e GC se assemelhavam quanto às características sociodemográficas e de vulnerabilidade, mais especificamente quanto à vivência de eventos adversos pregressos e de eventos vitais no último ano.

O Programa VIVALEITE, no qual foram selecionadas as participantes, atende famílias acompanhadas pelo CRAS, com baixa renda, e que poderiam apresentar outras vulnerabilidades materiais, sociais e/ou afetivas (BRASIL, 2004), como pode ser observado pelos resultados.

As semelhanças entre os grupos também foram observadas quanto às práticas parentais relatadas pelas cuidadoras de ambos os grupos no momento pré-intervenção. Foram relatadas práticas parentais positivas, boa comunicação e regulação emocional. Os resultados reforçam que, mesmo em situação de vulnerabilidade, as famílias podem apresentar potencialidades e aspectos sadios. Raikes e Thompson (2005) observaram que em situações adversas, com ausência de recursos, pais que apresentaram maior senso de autoeficácia tinham menos práticas educativas agressivas contra os filhos.

Em comparação às práticas parentais em disciplina positiva e comunicação, as participantes apresentaram menor pontuação na subescala de regulação emocional, ou seja, no manejo dos sentimentos e emoções dos filhos. De forma contrária, no estudo de Altafim, McCoy e Linhares (2018) observou-se que mães com maior vulnerabilidade social apresentaram maiores dificuldades em práticas parentais positivas e comunicação, não havendo relação com regulação emocional. Possivelmente, a diferença nos resultados do presente estudo e do estudo de Altafim et al. (2018) esteja associada à diferença na forma de avaliar a vulnerabilidade social, como já foi descrito anteriormente.

No estudo de Bolsoni-Silva e Loureiro (2019), a renda foi um fator importante para as práticas educativas para as crianças em idade escolar. Porém, na idade pré-escolar, faixa etária avaliada no presente estudo, mais do que a renda, a escolaridade materna e o número de filhos influenciaram a uso de práticas educativas, sendo que maior escolaridade e menor número de filhos foram associados a práticas mais positivas.

Quando se avaliaram as práticas parentais pela escala PAFAS, as maiores pontuações em ambos os grupos foram na subescala de Relacionamento Pais-Filhos, indicando bom relacionamento com os filhos, e as menores pontuações

foram em Práticas Coercitivas e Ajustamento Familiar, ou seja, dificuldades quanto a rede de apoio e organização familiar no cuidado da criança, além do uso de práticas coercitivas.

De fato, o uso de técnicas coercitivas, quando os pais machucam ou causam dor em seus filhos com a justificativa de estarem educando (BORTOLINI, ANDRETTA, 2013; SALVO, SILVARES, TONI, 2005), ainda é bastante frequente nas famílias brasileiras (MAINARDES, 2018; RIBEIRO, 2014; ROCHA, MORAES, 2011). No entanto, a ajuda para parar de bater nos filhos foi o motivo menos citado pelas participantes do GI para aderirem ao Programa ACT, indicando não ser a preocupação principal dessas cuidadoras.

É importante lembrar que tais práticas foram aceitas e reforçadas positivamente pela sociedade e pelo Estado até 1950 (WEBER et al., 2002) e passaram a ser criminalizadas apenas em 2010 (BRASIL, 2014). Dessa forma, pode-se supor que as participantes do presente estudo, com idade em torno de 30 anos, pudessem estar reproduzindo um padrão aprendido em sua família de origem. De acordo com Villas Boas e Dessen (2019), muitas vezes, a continuidade de práticas ao longo de gerações acontece de forma não consciente e a oportunidade de conhecer outras formas de educar contribuiria para o uso de práticas mais positivas.

Em relação ao ajustamento familiar, para Raikes e Thompson (2005) o estresse parental advindo das relações que os cuidadores estabelecem entre si e com outros familiares (ajustamento familiar), esteve associado a menor autoeficácia e práticas educativas mais agressivas. De forma semelhante, Bolsoni-Silva e Loureiro (2019) também observaram que as dificuldades no relacionamento conjugal interferiam nas práticas educativas, com maior inconsistência das regras, devido à discordância entre os pais. Segundo revisão da literatura realizada por Souza et al. (2020), há um consenso na literatura sobre o impacto negativo do conflito entre os pais para a coparentalidade, compreendida como o envolvimento recíproco e conjunto na tarefa de criação e educação dos filhos, e para o envolvimento parental, que se reflete nas práticas educativas. Portanto, os menores indicadores observados

no presente estudo no ajustamento familiar e nas práticas coercitivas parecem relacionados entre si.

Atualmente, os prejuízos para a criança do uso de práticas educativas negativas são amplamente indicados na literatura (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2019; BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2008; GERSHOFF, 2002; GERSHOFF; SATTLER; ANSARI, 2018; PIRES et al., 2018; SAMPAIO; GOMIDE, 2007; TONI; HECAVEI, 2014), com destaque para a transmissão de modelos comportamentais violentos no uso de práticas coercitivas (BROCHI; FRIEDRICH; PACHECO, 2016). Bolsoni-Silva e Loureiro (2019) verificaram que os filhos de mães com déficits em práticas positivas eram as que tinham menos habilidades sociais e apresentavam mais queixas de problemas comportamentais.

No presente estudo, a maioria das crianças do GI foi classificada como “limítrofe” para Problemas Totais no SDQ (53,3%) enquanto a maioria do GC ficou na classificação “clínico” (53,3%), porém sem diferenças significativas. A proporção observada é maior que encontrada por Santos e Celeri (2018) que rastream problemas de saúde mental em pré-escolares na Atenção Básica à Saúde (ABS), tendo 37,6% das crianças apresentado escore “clínico” no “Total de Dificuldades” e 14,6% de “limítrofes”.

Bolsoni-Silva e Loureiro (2020) avaliaram crianças mais velhas, em idade escolar, matriculadas no Ensino Fundamental I, e verificaram que 70% das crianças apresentavam dificuldades comportamentais segundo respostas das mães. As autoras consideraram como indicador de dificuldade no SDQ escores acima de 14, o que engloba tanto pontuações da categoria “clínico” como “limítrofe”, justificando a alta taxa de ocorrência. Se considerarmos as categorias “clínico” e “limítrofe” conjuntamente, verificamos indicadores de dificuldades no presente estudo semelhantes ou superiores ao encontrado por Bolsoni-Silva e Loureiro (2020) na subescala de “Problemas Totais” (GI: 66,6%; GC: 80,0%) e “Problemas de Conduta” (GI: 86,7%; GC: 66,6%).

Esses resultados indicam índices consideráveis de problemas de comportamento nos dois grupos, corroborando a literatura que aponta uma relação

entre baixo nível socioeconômico e a prevalência de problemas de saúde mental em crianças (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004; SÁ et al. 2010). De acordo com Halpern e Figueiras (2004), as condições socioeconômicas aumentam a probabilidade de exposição da criança a fatores de risco à sua saúde mental, como, por exemplo, punição física severa, violência conjugal e embriaguez do pai/padrasto (SÁ et al., 2010).

Ferriolli, Marturano e Puntel (2006), ao avaliarem fatores de risco para problemas de comportamento infantil, observaram que os problemas de conduta não estiveram associados à condição socioeconômica em si, mas à organização das rotinas diárias. Embora a renda não esteja, necessariamente, relacionada às dificuldades da criança, ela predispõe a outras dificuldades organizativas que podem incidir sobre o comportamento da criança. Essa relação pode explicar a alta prevalência de problemas de conduta no presente estudo, uma vez que se trata de crianças de famílias em vulnerabilidade econômica e social, que apresentam dificuldades de ajustamento familiar e uso de práticas educativas coercitivas.

Quanto à comparação entre os grupos, foram verificadas semelhanças quanto aos escores obtidos no SDQ, com exceção do primeiro momento de avaliação em que o GC apresentou escores significativamente mais elevados na subescala de Hiperatividade. As crianças do GC apresentavam mais problemas de hiperatividade do que as crianças do GI, segundo a percepção das cuidadoras. A hiperatividade pode ser considerada um problema de comportamento do tipo externalizante, ou seja, manifestado (externalizado) no ambiente. Os problemas de comportamento do tipo externalizante, como os problemas de conduta e a hiperatividade, incomodam mais os adultos e, portanto, são mais facilmente identificados por estes do que os do tipo internalizante, como os sintomas emocionais (BOLSONI-SILVA; PERALLIS; NUNES, 2018; LEUSIN; PETRUCCI; BORSA, 2018).

Souza e Crepaldi (2019) observaram correlação entre práticas educacionais negativas e sintomas de hiperatividade, porém salientam que as correlações foram baixas e outras variáveis podem ter influenciado o resultado.

Ao avaliarem 386 crianças entre sete e 13 anos, de escolas públicas e privadas do Rio de Janeiro, Diogo, Akerman e Borsa (2020) não identificaram diferenças significativas nos sintomas de TDAH entre crianças de escolas públicas e privadas e de faixas etárias distintas. Por outro lado, Arruda et al. (2012) ao avaliarem a incidência de Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção (TDAH) em 1.830 escolares entre 5 e 13 anos, observaram maior incidência de TDAH em crianças mais velhas, de famílias com maior vulnerabilidade social e cujo responsável tivesse menor escolaridade. Ao avaliarem os subtipos dentro do diagnóstico, se hiperatividade ou déficit de atenção, observaram que crianças com hiperatividade eram significativamente mais novas do que crianças com desatenção. Cabe ressaltar que, no presente estudo, as crianças do GC eram mais novas do que as do GI, o que, segundo os resultados de Arruda et al. (2012), poderia explicar os maiores níveis de hiperatividade no GC.

Ao mesmo tempo em que se observam prevalências elevadas de problemas comportamentais, as cuidadoras, de ambos os grupos, avaliaram positivamente a socialização da criança, uma vez que a menor pontuação foi na subescala de Problemas de Relacionamento com os Colegas e a maior pontuação, na subescala de Comportamento Pró-social, que avalia recurso da criança. Especialmente na faixa etária avaliada no presente estudo, a idade pré-escolar, em que alguns problemas de comportamento podem ser considerados típicos da fase de desenvolvimento, a aprendizagem de habilidades sociais beneficia o desenvolvimento saudável (BOLSONI-SILVA; MARTURANO; FREIRA, 2010).

Portanto, no momento antes da intervenção, os grupos eram semelhantes quanto às práticas parentais e aos comportamentos da criança, embora as crianças do GC apresentassem mais comportamentos de hiperatividade, contribuindo para a comparação entre grupos após a intervenção.

O Programa ACT foi escolhido para a intervenção por ser mundialmente utilizado e ter mostrado resultados promissores na melhoria de práticas parentais e do comportamento da criança (ALTAFIM et al., 2016; ALTAFIM; LINHARES, 2019; ALTAFIM, MCCOY; LINHARES, 2018; KNOX; BURKHART, 2014;

KNOX; BURKHART; CROMLY, 2013; PEDRO; ALTAFIM; LINHARES, 2016; SANCHEZ-CESAREO et al., 2018). Embora original dos Estados Unidos, tem sido utilizado no Brasil para diferentes públicos, seja em escolas privadas, públicas, filantrópicas, ou centros de saúde, uma vez que teve sua eficácia no contexto nacional comprovada (ALTAFIM; LINHARES, 2019; ALTAFIM; PEDRO; LINHARES, 2016; BELOTTI; ALTAFIM; LINHARES, 2019; MARTINS et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2021; PEDRO; ALTAFIM; LINHARES, 2016; SILVA; WILLIANS, 2016).

Contudo, diferentemente do esperado, considerando estudos nacionais prévios (ALTAFIM; LINHARES, 2019; ALTAFIM; PEDRO; LINHARES, 2016; BELOTTI; ALTAFIM; LINHARES, 2019; OLIVEIRA et al., 2021; PEDRO; ALTAFIM; LINHARES, 2017; SILVA; WILLIANS, 2016), a hipótese inicial do estudo não foi comprovada integralmente. Não foram observadas diferenças nas práticas parentais e no comportamento da criança após a intervenção, exceto quanto ao ajustamento familiar.

As cuidadoras que participaram da intervenção (GI) apresentaram melhor ajustamento familiar logo após o encerramento do programa. O ajustamento familiar é uma importante medida para se avaliar a qualidade das relações de parentalidade, entre elas os sentimentos dos cuidadores frente à função de cuidado, ao suporte social e à presença de conflitos dentro do ambiente familiar (SANDERS et al., 2013).

A fala de uma das participantes na 6ª sessão do programa reforça esse resultado, uma vez que ela relata que o relacionamento com o marido havia melhorado. A participante relacionava esse fato à diminuição de conflitos conjugais decorrente do melhor manejo dos comportamentos difíceis dos filhos. Esse resultado se assemelha ao encontrado por Ramos, Pereira e Barros (2019) em Portugal, no qual todos os pais que participaram da intervenção disseram estar mais conscientes do papel que exerciam junto à criança, e mais da metade referiu que a dinâmica familiar havia mudado.

Alguns estudos com outros programas direcionados às práticas parentais

não observaram efeitos da intervenção nos indicadores avaliados (BARNES et al., 2017; BRANCO; ALTAFIM; LINHARES, 2021; HASKETT et al., 2017). Barnes et al. (2017), por exemplo, em estudo com gestantes e puérperas no Reino Unido, sem indicadores de vulnerabilidade, não observaram mudanças nas práticas parentais, suporte social, qualidade da relação conjugal, saúde mental, e cooperação infantil, mesmo com boa adesão das participantes. Em estudo português com o Programa ACT, os pais participantes avaliaram que o estresse e a escassez de recursos dificultam as mudanças propostas no programa (MARQUEZ, 2017).

Todavia, a melhora quanto ao ajustamento familiar observada neste estudo não se manteve decorridos seis meses. No estudo de Altafim e Linhares (2019) os resultados positivos obtidos nas escalas sobre práticas parentais permaneceram após três meses, período menor do que o do presente estudo. Para Almeida et al. (2012), um dos efeitos positivos dos diferentes programas de intervenção junto aos pais é o reconhecimento pelos participantes do apoio que recebem para exercer a parentalidade, em que se oferecem, para além de informações, apoio e encorajamento (INFANTE, 2005; MONDIM, 2009). No presente estudo, a avaliação de *Follow-Up* se deu seis meses após o término do programa, cessando, assim, o apoio oferecido às participantes para o exercício da parentalidade.

Por outro lado, na avaliação de *Follow-Up* duas mães estavam gestantes e informaram que estavam menos ansiosas quanto à parentalidade, em decorrência do “curso”. Este relato é promissor uma vez que, no estudo de Rodrigues e Nogueira (2016), as mães que apresentaram quadro de ansiedade tiveram maior frequência do uso de disciplina permissiva e castigo físico.

De qualquer forma, os resultados discrepantes em relação à literatura quanto aos benefícios do Programa ACT para as práticas parentais e para o comportamento da criança precisam ser discutidos considerando-se, inicialmente, as dificuldades de adesão ao presente estudo e, especialmente à intervenção. Trata-se de uma amostra pequena, de conveniência, formada a partir do aceite e adesão à proposta, em que as participantes que compuseram o GI demonstraram interesse em participar de um grupo com nove sessões de frequência semanal, enquanto as participantes do

GC aceitaram participar do estudo, respondendo aos instrumentos de avaliação em dois momentos, mas não do grupo de intervenção oferecido posteriormente à coleta de dados (grupo de espera).

Desde o início do trabalho, foi um grande desafio o aceite e a adesão à participação no estudo, mesmo com muitos esforços despendidos. Em primeiro lugar, seguiu-se a sugestão de Garcia, Yunes e Almeida (2016), de que as intervenções na comunidade, para terem maior adesão, devem ser contextualizadas e com ampla divulgação, integrando os serviços sociais na proposta. Para tanto, idealizou-se um momento inicial em que os profissionais da rede socioassistencial do município foram convidados a participar de uma palestra sobre fortalecimento de vínculos na primeira infância, em que foram abordados temas relativos à importância do favorecimento de práticas parentais positivas e foram dadas informações sobre a iminente realização do estudo. Os serviços socioassistenciais compõem a rede de relações próximas da família, repercutindo direta e indiretamente no envolvimento dos pais junto ao cuidado da criança (ROSA; TUDGE, 2013). Entretanto, mesmo após sensibilização da rede de cuidados, foi observada baixa adesão ao estudo como um todo e, ainda mais, ao Programa ACT.

O baixo nível socioeconômico tem sido apontado como outro fator que dificulta a adesão e o envolvimento em programas de intervenção parental, como o Programa ACT (CAPELA, 2020; LEÇA, 2018; MÁRQUEZ, 2017; PEDRO et al., 2017). No estudo de Pedro, Altafim e Linhares (2017) a adesão foi de 51% no grupo de nível socioeconômico C de escola pública, 61% no grupo de nível socioeconômico B de escola pública e 79% no grupo socioeconômico B de escola particular. Em um estudo realizado em Portugal, foram identificadas baixa adesão e várias barreiras de famílias com menor nível socioeconômico, dificultando a avaliação do alcance e eficácia das intervenções. Segundo a autora, ainda se sabe muito pouco sobre porque os pais se recusam a participar ou desistem do programa (LEÇA, 2018).

Para a realização do presente estudo, independente dos critérios de inclusão, foi feito o convite a 1.128 indivíduos, participantes do Programa VIVALEITE no

município de Botucatu - SP. Do total de famílias convidadas apenas 18 se interessaram em participar da intervenção e 15 completaram as sessões formando, assim, o Grupo Intervenção (GI).

Muitos determinantes podem interferir na implantação de programas de intervenção em territórios com população de maior vulnerabilidade social. No entanto, a não adesão não pode ser atribuída apenas a fatores proximais, isto é, responsabilizar a família por suas escolhas, descontextualizando todo o cenário sociopolítico em que esta família está inserida (CARMO; GUIZARDI, 2018). Para Bronfenbrenner (2012), a análise precisa incluir fatores culturais, morais, históricos, da sociedade em que a família se insere.

Há evidências de que a adesão a programas de práticas parentais em países nos quais a cultura de valorização da infância já está instituída é maior (GUISSO; BOLZE; VIEIRA, 2019). No Brasil, políticas direcionadas à primeira infância, como o Programa Criança Feliz, datam de 2016. Em comparação com outras nações, o Brasil está em processo de implantação de políticas direcionadas a esse público, de promoção, de investimento e proteção à primeira infância. São políticas do macrossistema, que podem influenciar a participação e o envolvimento da comunidade em novas propostas de ação, como no presente estudo, e, reforçam a necessidade e a importância de que estas ações não estejam direcionadas apenas e diretamente à criança, mas que se atuem no contexto em que ela se insere (BRONFENBRENNER, 2012).

Outro importante fator é o fomento de práticas grupais nos serviços socioassistenciais. Mesmo presente nas diretrizes da PNAS (BRASIL, 2004), a proposta dos grupos não foi acolhida pelas equipes dos locais de intervenção como possivelmente eficazes, sendo verbalizado pelos profissionais presentes que “*a população não adere a grupos*”. Diferentemente da percepção da equipe, a maioria das participantes do GI, que aceitaram a proposta de intervenção, já havia participado de grupos anteriormente e tinha uma percepção positiva da técnica. Porém, dos cinco territórios do CRAS que constituíam possíveis locais de intervenção para o presente estudo, foram constituídos grupos de intervenção em

apenas dois deles, podendo indicar resistência da equipe socioassistencial. À medida em que programas sociais não reforçam o acompanhamento familiar, o trabalho em grupo, ou um olhar amplo para as famílias, mais difícil é sua implantação (CARMO; GUIZARD, 2018; CUNHA, 2017).

Mesmo com a dificuldade inicial de adesão, o índice de cuidadoras que não finalizaram o Programa ACT (16,7%,) foi menor do que os 27,3% de pais portugueses que interromperam prematuramente as sessões no estudo de Capela (2020), dos 35,8% que não completaram a intervenção no estudo de Martins et al. (2020) e dos 39,0% no estudo de Altafim, Pedro e Linhares (2016). Similar a outros estudos (MARTINS et al., 2020; PEDRO; ALTAFIM; LINHARES, 2017), as três mães do GI que desistiram justificaram a saída devido a problemas de saúde na família e ter conseguido um trabalho.

Segundo Cardoso e Teixeira (2014), pessoas de baixa renda, muitas vezes, dependem de serviços informais, trabalhos eventuais, com maior imprevisibilidade em cumprir compromissos acertados, o que pode prejudicar sua fidelidade (retenção) a intervenções mais longas. As participantes que justificaram o novo trabalho como impeditivo da continuidade no estudo, foram parabenizadas pelo grupo. Se por um lado a ausência de recursos financeiros aumenta o estresse parental e o uso de práticas educativas inadequadas (SANCHES-CESÁREO et al., 2018), o acesso ao trabalho remunerado é visto como fator indireto de proteção à infância e a seu desenvolvimento (ROSA; TUDGE, 2013).

O número de faltas também foi baixo (12,6%), assim como observado por Márquez (2017), demonstrando envolvimento dos pais com a intervenção e dando força à colocação de Martins et al. (2020) de que a satisfação com o programa é um preditor para a conclusão do Programa ACT.

Além da satisfação com o programa, Martins et al. (2020) apontaram como preditores para conclusão do Programa ACT a proximidade do local da intervenção e a idade materna menor ou igual a 25 anos. No presente estudo, apesar de se evitar o deslocamento das cuidadoras até o local de intervenção, oferecendo horários próximos à retirada do leite e/ou da troca de cartelas, isso não foi suficiente para

ampliar a participação de cuidadores (adesão), mas pode ter contribuído para a retenção ou fidelização ao programa. Quanto à idade das cuidadoras, as participantes do GI tinham idade próxima aos 28 anos, mesmo com a presença de duas avós.

Outro fator que a literatura associa com a retenção ou fidelidade à intervenção é a escolaridade parental e o tamanho da prole. Quanto maior o grau de escolaridade dos pais e menor número de filhos, maior envolvimento dos pais na proposta de intervenção (CAPELA, 2020; GUISSO; BOLSE; VIEIRA, 2019; MÁRQUES, 2017; SILVA; WILLIAM, 2016). No presente estudo, esses fatores estiveram presentes visto que as famílias do GI tinham, em média, duas crianças e 60% das cuidadoras tinham mais de oito anos de escolaridade, o que corresponde ao Ensino Fundamental completo. Apenas duas participantes do GI informaram analfabetismo e foram auxiliadas no preenchimento da primeira avaliação. Porém, durante a intervenção, em atividades livres, elas se comunicaram através da escrita, que apresentava erros, mas era passível de compreensão.

Durante os encontros do GI, algumas participantes precisaram levar os filhos. Embora houvesse uma estagiária, que permanecia em atividades lúdicas com as crianças para viabilizar a participação das cuidadoras nas sessões, elas se incomodavam, principalmente quando precisavam levar filhos menores. A dificuldade no apoio para o cuidado dos filhos é frequente na população de maior vulnerabilidade como os assistidos por programas sociais, fazendo com que os cuidadores tenham mais dificuldade na participação de atividades, como também na inserção no mercado de trabalho e consequente melhoria de sua condição de vida (MADALOZZO; BLOFIELD, 2017).

Os indicadores sociodemográficos tradicionalmente associados a menor adesão e envolvimento de familiares em programa de intervenção voltados à parentalidade não ajudam a explicar a diferença de interesse pela participação dos dois grupos, pois ambos se assemelharam quanto a vulnerabilidade socioeconômica e vivência de eventos adversos na infância e no último ano.

Para Capela (2020), o envolvimento dos pais depende, principalmente, da

motivação para a mudança. Corroborando a segunda hipótese levantada, no presente estudo, todas as participantes referiram que esperavam que o Programa ACT as auxiliasse a melhorar sua autoestima, seguida de expectativas de ajuda na expressão de afetos, ter um lugar de escuta e, também, ajuda para disciplinar os filhos. As demandas das cuidadoras se fundamentavam em dificuldades reais.

A dificuldade de expressar afetos foi observada no início das sessões quando diziam “*eu nunca falei de sentimentos, não*”. Houve grande mobilização na 2ª sessão, ao ser solicitado que se colocassem no lugar da criança que sofre violência e falassem dos sentimentos envolvidos. Possivelmente, a motivação mais direcionada a ganhos pessoais, como aumento da autoestima, expressão de afetos e contar com um espaço de escuta, possa explicar o relato de melhora no ajustamento familiar, verbalizado pelas cuidadoras após a intervenção e observado nos escores da escala PAFAS. Para Kusiak, Mello e Andretta (2019), indivíduos com alta capacidade de regular suas emoções teriam mais facilidade em apoiar emocionalmente os outros, incluindo os filhos. Na metade do programa as cuidadoras já diziam que o “*clima da casa melhorou*” e após a 3ª sessão referiram que o curso deveria se chamar “*para cuidar de nós mesmas*”.

A expectativa prioritária das cuidadoras deste estudo foi diferente de outros estudos, embora a autorregulação tenha sido citada no estudo de Capela (2020). Em três pesquisas realizadas em Portugal, a motivação relacionou-se com possibilidade de diminuição de práticas negativas e aumento de interações positivas com os filhos (CAPELA, 2020) e, entre pessoas com nível socioeconômico mais baixo, com a resolução de problemas (MÁRQUEZ, 2017). Da mesma forma, no estudo de Ramos et al. (2019), 80% dos pais que aceitaram participar da intervenção relataram uso de práticas negativas e mais da metade procurou ajuda devido problemas relacionados aos filhos, além do desejo de desenvolver boas práticas parentais, adquirir conhecimento e compartilhar sentimentos e experiências com outros pais.

Portanto, esperava-se que, devido à característica da população deste estudo, de baixa renda, em situação de vulnerabilidade, com ausência de recursos e infraestrutura e reconhecimento do uso de práticas coercitivas no PAFAS, a

demanda por melhorar as práticas parentais seria a motivação principal para participar do programa, o que não se verificou. Embora as condições socioeconômicas e o histórico de violência sofrido pelas cuidadoras na infância fossem características presentes na população estudada, os problemas de comportamento das crianças não foram suficientes para explicar a participação no Programa ACT. Inclusive, os problemas comportamentais de hiperatividade foram mais frequentes no GC, que não aderiu ao programa de intervenção.

Apesar de não ser a motivação principal, as mães do GI que aderiram ao Programa ACT referiram buscar no programa ajuda para disciplinar os filhos, mas possivelmente acreditavam que as mudanças no comportamento das crianças passavam pela reestruturação das relações familiares, o ajustamento familiar. Rabuske, Oliveira e Arpini (2005) verificaram que mães usuárias da rede pública de saúde atribuíam o surgimento de dificuldades ou comportamentos considerados inadequados dos filhos às mudanças nas relações familiares. Diante dessas dificuldades comportamentais, recorriam à ajuda de profissionais, por considerarem que sua resolução estava fora de seu alcance e competência. De fato, no presente estudo, as participantes relataram que não se sentiam preparadas e capazes de mudar e consideravam que lhes faltava conhecimento.

Ao longo da intervenção as participantes passaram a se sentir mais seguras e capazes, relatando com orgulho que a família dizia que *“agora que tá fazendo o curso acha que sabe de tudo”*. Assim como no estudo de Oliveira et al. (2021), aprendizados em relação ao desenvolvimento infantil puderam ser observados no momento pós-intervenção. As participantes passaram a compreender que o comportamento desobediente não se tratava de teimosia ou porque a criança é difícil, mas sim de uma expressão de aborrecimento em um período em que a criança ainda *“não sabe como usar as palavras”*. Outros estudos também observaram melhora do conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil após participação no Programa ACT (MAGALHAES; KNOX, 2021; SANTOS et al., 2020).

Outras mudanças referem-se à compreensão das participantes quanto ao

manejo de determinados comportamentos, como “*dar bronca nas crianças por fazerem cena em público*” ou “*ignorar a birra*”. Inicialmente, as cuidadoras concordavam com estas atitudes. Após a intervenção, a maioria concorda que ignorar a birra seria uma estratégia adequada, mas seis meses após a intervenção, passaram a ter dúvidas se ignorar a birra e dar broncas seriam a melhor forma de lidar com o comportamento da criança. No Programa ACT são discutidas outras estratégias, além de ignorar e dar broncas, para o manejo do comportamento da criança, como estabelecer limites, utilizar de consequências naturais e lógicas, dar escolhas, tempo para se acalmar, distrair a atenção, eliminar privilégios. Para Scanneell (2020), quando os pais acreditam que influenciam o comportamento da criança, eles apresentam maior capacidade de identificar estratégias parentais eficazes, mesmo em situações de adversidades, repercutindo de maneira positiva no desenvolvimento da criança.

Quanto à avaliação do Programa ACT por parte das participantes, assim como em outros estudos (LEÇA, 2018; RAMOS et al., 2019), as participantes se mostraram satisfeitas com sua execução, fazendo uma avaliação positiva da qualidade dos conteúdos, da metodologia e do manejo das sessões, solicitando, inclusive, a continuidade da intervenção.

No entanto, conforme apontam Garcia, Yunes e Almeida (2016) e Murta (2007), a forma como a intervenção é implantada é tão importante quanto seu conteúdo, e deve responder às demandas da comunidade e às dificuldades da população atendida. Assim, em alguns momentos foi preciso adequar as propostas aos anseios e às necessidades das participantes. Por exemplo, apesar de estudos anteriores mostrarem resultados importantes em relação às mídias eletrônicas (ALTAFIM; PEDRO; LINHARES, 2016; OLIVEIRA et al., 2021; PEDRO; ALTAFIM; LINHARES, 2017), as cuidadoras tiveram dificuldade em responder ao questionário, pois referiram não ter acesso à internet, videogame, ou celular, e o acesso das crianças à televisão era restrito. Guisso, Bolze e Vieira (2019) apontam que para aumentar a adesão às estratégias de intervenção é preciso compreender o contexto da população alvo.

Da mesma forma, os participantes do estudo de Ramos et al. (2019), em Portugal, também verbalizaram que alguns conteúdos, como o tema de mídias eletrônicas, se distanciavam da realidade vivida por eles. No presente estudo, apesar de considerar que era um conteúdo distante da realidade vivenciada pelo grupo, as cuidadoras compreendiam a importância e o efeito positivo de se refletir sobre o controle do acesso às mídias eletrônicas. Elas compreendiam, por exemplo, que a realidade que a televisão apresentava às crianças era muito distante da realidade que elas vivenciavam.

Outra adaptação aconteceu em relação às atividades ou tarefas de casa, visto que apenas 32,9% foram devolvidas. A tarefa da 2ª sessão, de fácil preenchimento, teve a maior taxa de devolução (53,3%). Mesmo sem o preenchimento, antes de iniciar a nova sessão, se reservou um curto espaço de tempo para comentar e discutir as tarefas de casa reforçando os conteúdos abordados. Para Leça (2018), é de grande importância dar continuidade às sessões, reforçando os conteúdos aprendidos durante outros momentos da intervenção.

Também se permitiu trazer os filhos para as sessões. Martins et al. (2020) apontam que a não inclusão de crianças nas atividades presenciais do ACT seria uma das razões para a maior desistência dos pais após iniciado o Programa, em comparação ao DBS, em que as crianças podiam comparecer e se observou menor desistência. As crianças não parecem ter prejudicado o andamento dos trabalhos, porém é importante ressaltar que as crianças tinham em média cinco anos, estavam sob supervisão de estagiária, e que, possivelmente, seria diferente com crianças menores.

Pequenas mudanças também foram necessárias durante a intervenção, devido ao número reduzido de participantes, devido ao tempo decorrido em algumas sessões (1ª, 2ª, e 6ª sessões). Apesar da duração média de 1h30 por sessão, algumas sessões demandaram mais tempo como a 6ª sessão, principalmente devido ao número de atividades, mas não houve avaliações negativas por ter excedido o tempo. As atividades que exigiam escrita conjunta (*Flipchart*) foram adaptadas e feitas oralmente em determinados momentos de encerramento dos grupos devido

ao tempo excedido. Devido à ausência de recursos multimídia para projeção, utilizou-se o *notebook* para apresentação de slides e vídeos, o que poderia explicar porque os recursos multimídias não foram pontuados como facilitadores na avaliação final.

8. CONSIDERAÇÃO FINAIS

Os resultados do presente trabalho, diferentemente do esperado, não confirmaram integralmente a hipótese inicial. Ou seja, não houve aumento da frequência de práticas parentais positivas e diminuição de problemas comportamentais da criança, em curto e médio prazo, com famílias em vulnerabilidade social que participaram do Programa ACT.

Apesar dos resultados não confirmarem integralmente a hipótese inicial, o programa foi bem avaliado pelas participantes e trouxe efeitos positivos quanto ao ajustamento familiar e outros efeitos mais sutis como aprendizagens sobre desenvolvimento infantil, benefícios para a autoestima e autorregulação das emoções. Neste aspecto, o referencial teórico adotado no estudo, do Modelo Pessoa-Processo-Contexto-Tempo (PPCT) de Bronfenbrenner, especialmente quanto à sua conceituação de contexto, permitiu ampliar o olhar para os efeitos da intervenção e, até mesmo, para suas dificuldades de implementação.

Trata-se de resultados inovadores do Programa ACT, considerando os estudos realizados no contexto nacional, mas, para compreender os resultados, é preciso levar em conta algumas limitações. Em primeiro lugar, destaca-se que, dada a dificuldade de adesão à intervenção e ao próprio estudo, foi composta uma amostra de conveniência, não randomizada.

Outro ponto a ser destacado refere-se aos instrumentos de coleta de dados, respondidos apenas pela própria participante e, portanto, limitados à sua percepção das práticas parentais e do comportamento da criança. Em próximos trabalhos, além de aplicar os questionários a outros indivíduos que convivem com a criança (microsistemas), da família ou da creche, por exemplo, alguns instrumentos do ACT, como o que avalia o Desenvolvimento, poderiam ser acompanhados por uma entrevista qualitativa que permitiria melhor entendimento das escolhas maternas.

Mas, o estudo responde à segunda hipótese, ao apresentar motivações e anseios dos participantes, e fomentar a preocupação maior no que diz respeito a garantia de adesão de famílias muito vulneráveis a programas de intervenção,

possivelmente as que mais necessitam participar em programas que as auxiliem no cuidado aos filhos. Ao mesmo tempo, apesar da dificuldade inicial de adesão das famílias à intervenção, observou-se índices elevados de fidelização ao programa e assiduidade.

Observamos que para famílias nessa condição social, as relações familiares de apoio são extremamente importantes. As mudanças que ocorrem no dia a dia da família, associadas ao histórico de violência na infância do cuidador e baixos recursos podem ampliar as dificuldades no cuidado da criança, cuja responsabilidade permanece sendo na maior parte do tempo, da mulher. Todas as participantes deixaram claro que buscavam a intervenção para melhorar sua autoestima, um espaço de escuta, culminando na melhoria do relacionamento dentro das relações familiares

O avanço mundial no investimento de políticas direcionadas à primeira infância é imprescindível e a literatura oferece diversos programas universais direcionados ao fomento de práticas parentais positivas em diversos contextos, incluindo situações de vulnerabilidade social, com destaque ao Programa ACT. Os resultados são muito positivos, porém não há estudos que sejam realizados junto às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. Portanto, estratégias que facilitem a participação dessas famílias precisam ser repensadas porque, os dados mostram que elas apreciam o programa, há fidelização e elas percebem ganhos. Pelos relatos das participantes foi possível perceber que o Programa ACT serviu como espaço de escuta e acolhimento à parentalidade, bem como auxiliou na compreensão do desenvolvimento infantil e na melhora da dinâmica familiar, o que reforça ações que permitam que esses espaços sejam ampliados dentro da política social, ao mesmo tempo em que se pontue estratégias de redução da pobreza e extrema pobreza, principalmente após uma crise pandêmica. Sugere-se, então, a adaptação do Programa ACT à realidade das famílias em vulnerabilidade social, considerando o contexto em que está inserida, suas necessidades e desejos.

O CRAS, muitas vezes, é visto, unicamente, como porta de entrada a programas e benefícios socioassistenciais. Dessa forma, se faz necessário

consolidar seu papel no acompanhamento familiar que ultrapasse o critério único de renda, e que direcione seu trabalho à fragilidade dos vínculos familiares, população deste estudo. A partir disso, o acompanhamento social através do PAIF pode ser associado a projetos e programas direcionados à parentalidade com o objetivo de prevenção de violência e maus-tratos infantis, mas acima de tudo na melhoria das relações familiares, do apoio social e dos recursos positivos presentes na comunidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M. T. *et al.* Parent education interventions: results from a national study in Portugal. **European Journal of Developmental Psychology**, London, v. 9, n. 1, p. 135-149, jan. 2012. DOI [10.1080/17405629.2011.647865](https://doi.org/10.1080/17405629.2011.647865).
- ALTAFIM, E. R. P.; LINHARES, M. B. M. Universal violence and child maltreatment prevention programs for parentes: a systematic review. **Psychosocial Intervention**, Madrid, v. 25, n. 1, p. 27-38, abr. 2016. DOI [10.1016/j.psi.2015.10.003](https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.10.003).
- ALTAFIM, E. R. P.; LINHARES, M. B. M. Prevention intervention for strengthening effective parenting practices: a randomized controlled trial. **Journal of Applied Developmental Psychology**, New York, v. 62, p. 160-172, maio/jun. 2019. DOI [10.1016/j.appdev.2019.03.003](https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.03.003).
- ALTAFIM, E. R. P.; MCCOY, D. C.; LINHARES, M. B. M. Relations between parenting practices, socioeconomic status, and child behavior in Brazil. **Children and Youth Services Review**, New York, v. 89, p. 93-102, jun. 2018. DOI [10.1016/j.childyouth.2018.04.025](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.04.025).
- ALTAFIM, E. R. P.; OLIVEIRA, R. C.; LINHARES, M. B. M. Maternal History of Childhood Violence in the Context of a Parenting Program. **Journal of Child and Family Studies**, v. 30, n. 1, p. 1-13, jan. 2021. DOI [10.1007/s10826-020-01868-1](https://doi.org/10.1007/s10826-020-01868-1).
- ALTAFIM, E. R. P.; PEDRO, M. E. A.; LINHARES, M. B. M. Effectiveness of ACT Raising Safe Kids Parenting Program in a developing country. **Children and Youth Services Review**, New York, v. 70, p. 315-323, nov. 2016. DOI [10.1016/j.childyouth.2016.09.038](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.09.038).
- ARAÚJO, A.; BARCELLOS, W. A contextualização da Assistência Social no Brasil: do Assistencialismo ao reconhecimento como política pública e a influência da lógica neoliberal. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 1-17, jun. 2021. DOI [10.20951/2446-6778/v6n2a4](https://doi.org/10.20951/2446-6778/v6n2a4)
- ARAÚJO, J. P. *et al.* História da saúde da criança, conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, nov./dez. 2014. DOI [10.1590/0034-7167.2014670620](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620).
- AZEVEDO, R. N.; BAZON, M. R. Severity levels of physical punishment of children/adolescents: cluster analysis. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 38, p. e190088, 2021. DOI [10.1590/1982-0275202138e190088](https://doi.org/10.1590/1982-0275202138e190088).
- BAPTISTA, M. V. Algumas reflexões sobre o sistema de garantia de direitos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 179-199, jan./mar. 2012. DOI [10.1590/S0101-66282012000100010](https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000100010).
- BARNES, J. *et al.* Randomized controlled trial and economic evaluation of nurse-led

group support for young mothers during pregnancy and the first year postpartum versus usual care. **Trials**, London, v. 18, n. 1, p. 1-15, nov. 2017. DOI [10.1186/s13063-017-2259-y](https://doi.org/10.1186/s13063-017-2259-y).

BEE, H.; BOYD, B. **A criança em desenvolvimento**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 567 p.

BLACK, M. M. *et al.* Early childhood development coming of age: science through the life course. **Lancet**, London, v. 389, p. 77-90, jan. 2017. DOI [10.1016/s0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31389-7).

BOAS, A. C. V.; DESSEN, M. A. Transmissão Intergeracional da violência física contra a criança: um relato de mães. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 24, 2019. DOI [10.4025/psicolestud.v24i0.42647](https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.42647)

BOLSONI-SILVA, A. T.; BORELLI, L. M. Training parental educational social skills: comparison procedures from the intervention's time. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 36-58, abr. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v12n1/v12n1a03.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2021.

BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R. Práticas parentais: conjugalidade, depressão materna, comportamento das crianças e variáveis demográficas. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 24, n. 1, p. 69-83, jan./mar. 2019. DOI [10.1590/1413-82712019240106](https://doi.org/10.1590/1413-82712019240106).

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. Habilidades sociais educativas parentais e problemas de comportamento: comparando pais e mães de pré-escolares. **Alethéia**, Canoas, n. 27, p. 126-138, jun. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000100010. Acesso em: 16 jul. 2021.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. Behavioral problems and their relationship to maternal depression, marital relationships, social skills and parenting. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 33, n. 22, set. 2020. DOI [10.1186/s41155-020-00160-x](https://doi.org/10.1186/s41155-020-00160-x).

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M.; FREIRIA, L. R. B. Indicativos de problemas de comportamento e de habilidades sociais em crianças: um estudo longitudinal. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 23, n. 3, p. 506-515, 2010. DOI [10.1590/S0102-79722010000300011](https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000300011).

BOLSONI-SILVA, A. T.; PAIVA, M. M.; BARBOSA, C. G. Problemas de comportamento de crianças/adolescentes e dificuldades de pais/cuidadores: um estudo de caracterização. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 169-184, 2009. DOI [10.1590/S0103-56652009000100012](https://doi.org/10.1590/S0103-56652009000100012).

BOLSONI-SILVA, A. T.; PERALLIS, C.; NUNES, P. Problemas de comportamento, competência social e desempenho acadêmico: um estudo comparativo de crianças no

ambiente escolar e familiar. **Trends in Psychology**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 3, p. 1189-1204, 2018. DOI [10.9788/TP2018.3-03Pt](https://doi.org/10.9788/TP2018.3-03Pt).

BORTOLINI, M.; ANDRETTA, I. Práticas parentais coercitivas e as repercussões nos problemas de comportamento dos filhos. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 31, n. 73, p. 227-235, 2013. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20175>. Acesso em: 16 jul. 2021.

BRANCO, M. A. O.; TOMANIK, E. A. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: prevenção e enfrentamento. **Psicologia e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 402-411, ago. 2012. DOI [10.1590/S0102-71822012000200018](https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000200018).

BRANCO, M. S. S.; ALTAFIM, E. R. P.; LINHARES, M. B. M. Universal intervention to strengthen parenting and prevent child maltreatment: updated systematic review. **Trauma Violence e Abuse**, Thousand Oaks, p. 1-19, maio 2021. DOI [10.1177%2F15248380211013131](https://doi.org/10.1177%2F15248380211013131).

BRANCO, M. S. S.; LINHARES, M. B. M. O estresse tóxico e seu impacto no desenvolvimento na perspectiva da Teoria do Ecobiodesenvolvimento de Shonkoff. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 35, n. 1, p. 89-98, jan./mar. 2018. DOI [10.1590/1982-02752018000100009](https://doi.org/10.1590/1982-02752018000100009).

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 13 jul. 2021.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS)**. Brasília, DF: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 13 jul. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007**. Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências, 2007. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6135.htm#art14. Acesso em: 13 jul. 2021.

BRASIL. **Plano Nacional da Primeira Infância**. Brasília, DF: Rede Nacional Primeira Infância, 2010. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Crianca_adolescente_IX/

[plano%20nacional%20da%20primeira%20infancia%202010.pdf](#). Acesso em: 13 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, DF: Presidências da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm. Acesso em: 13 jul. 2021.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 225, 25 nov 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf. Acesso em: 13 jul. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.010 de 26 de junho de 2014**. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, DF: Presidência da República, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13010.htm. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm. Acesso em: 13 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Secretaria de Promoção do Desenvolvimento Humano. Portaria conjunta nº 1, de 27 de abril de 2020. Aprova recomendações gerais aos gestores, supervisores e visitadores dos estados, município e Distrito Federal, quanto à execução do Programa Criança Feliz/Primeira Infância no SUAS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 10, 28 abr. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-conjunta-n-1-de-27-de-abril-de-2020-254212946>. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo: ABEP, 2019. Disponível em:

https://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2019.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020. **Diário Oficial da União**: seção1, Brasília, DF, p. 1, 2 abr. 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13982.htm. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 10.661, de 26 de março de 2021**. Regulamenta a Medida Provisória nº 1039, de 18 de março de 2021, que institui o Auxílio Emergencial 2021 para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente o coronavírus (covid-19). Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/decreto/D10661.htm. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. **Medida Provisória nº1061, de 9 de agosto de 2021**. Institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.061-de-9-de-agosto-de-2021-337251007>. Acesso em: 10 set. 2021.

BOCHI, A.; FRIEDRICH, D.; PACHECO, J. T. B. Revisão sistemática de estudos sobre programas de treinamento parental. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 549-563, 2016. DOI [10.9788/TP2016.2-09](https://doi.org/10.9788/TP2016.2-09).

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano (recurso eletrônico)**: tornando os seres humanos mais humanos. Tradução André de Carvalho-Barreto. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CAPELA, S. F. P. N. **Motivação para o envolvimento num programa de intervenção parental e adesão ao programa ACT – Raising Safe Kids**. 2020. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/46562>. Acesso em: 15 jul. 2021.

CARDOSO, J. N.; TEIXEIRA, S. M. Política de assistencial social e trabalho social com família: autonomia ou maternagem? **Serviço Social Em Revista**, Londrina, v. 17, n. 1, p. 66-87, 2014. DOI [10.5433/1679-4842.2014v17n1p66](https://doi.org/10.5433/1679-4842.2014v17n1p66).

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. e00101417, 2018. DOI [10.1590/0102-311X00101417](https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417).

CARVALHO, C.; CRUZ, O. Comportamentos disciplinares em mães de crianças de idade pré-escolar: efeito das crenças de eficácia maternas, do sexo e idade das crianças e da escolaridade materna. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 35, n. 4, p. 433-443, 2018. DOI [10.1590/1982-02752018000400010](https://doi.org/10.1590/1982-02752018000400010).

CECCONELLO, A. M.; DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n.

spe, p. 45-54, 2003. DOI [10.1590/S1413-73722003000300007](https://doi.org/10.1590/S1413-73722003000300007).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Preventing Adverse Childhood Experiences (ACEs): leveraging the best available evidence**. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2019. Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/82316>. Acesso em: 16 jul. 2021.

COSCIONI, V. *et al.* Pressupostos teórico-metodológicos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano: uma pesquisa com adolescentes em medida socioeducativa. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 363-373, 2018. DOI [10.1590/0103-656420170115](https://doi.org/10.1590/0103-656420170115).

COSTA, E. F *et al.* Association between family poverty and the neuropsychomotor development of children in the administrative districts of Belém. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 29, n. 3, p. 533-542, jul./set. 2016. DOI [10.1590/1980-5918.029.003.AO11](https://doi.org/10.1590/1980-5918.029.003.AO11).

COSTA, M. A.; MARGUTI, B. O. **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea, 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/Pichau/Downloads/Atlas%20da%20vulnerabilidade%20social%20nos%20munic%C3%ADpios%20brasileiros%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Pichau/Downloads/Atlas%20da%20vulnerabilidade%20social%20nos%20munic%C3%ADpios%20brasileiros%20(1).pdf). Acesso em: 15 jul. 2021.

CUNHA, W. A. Política de assistência social no Brasil: avanços e desafios no pós-constituição de 1988. **Qualitas Revista Eletrônica**, Campina Grande, v. 18, n. 1, p. 98-113, jan./abr. 2017. DOI [10.18391/req.v18i1.2979](https://doi.org/10.18391/req.v18i1.2979).

DUTRA, H. S; REIS, V. N. Desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais: definições e desafios na pesquisa em enfermagem. **Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 2230-2241, jun. 2016. DOI [10.5205/1981-8963-v10i6a11238p2230-2241-2016](https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i6a11238p2230-2241-2016)

SOUZA, J.; CREPALDI, M. A. Emotional and Behavioral Problems of Children: Association between Family Functioning, Coparenting and Marital Relationship. **Acta Colombiana de Psicología**, Bogotá, v. 22, n. 1, p. 82-94, 2019. DOI [10.14718/ACP.2019.22.1.5](https://doi.org/10.14718/ACP.2019.22.1.5).

MORAIS, R. L. S. *et al.* Primeira Infância e pobreza no Brasil: uma análise integrada a partir de indicadores de saúde, educação e desenvolvimento social. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 303-314, jan./jun. 2015. DOI [10.18764/2178-2865.v19n1p303-314](https://doi.org/10.18764/2178-2865.v19n1p303-314).

DELGADO, D. A. *et al.* Avaliação do desenvolvimento motor infantil e sua associação com a vulnerabilidade social. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 48-56, jan./mar. 2020. DOI [10.1590/1809-2950/18047027012020](https://doi.org/10.1590/1809-2950/18047027012020).

SILVA, D. I.; VERISSIMO, M. R.; MAZZA, V. A. Vulnerabilidade no desenvolvimento infantil: influência das políticas públicas e programas de saúde. **Revista Brasileira de**

Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 11-8, 2015. DOI [10.7322/JHGD.96760](https://doi.org/10.7322/JHGD.96760).

DIOGO, M. C. S.; AKERMAN, L. P. F.; BORSA, J. C. Sintomas de hiperatividade e déficit de atenção em uma amostra de crianças escolares brasileiras. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 13, n. 3, p. 828-848, set./dez. 2020. DOI [10.4013/ctc.2020.133.06](https://doi.org/10.4013/ctc.2020.133.06).

FATORI, D. *et al.* Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 3013-3020, set. 2018. DOI [10.1590/1413-81232018239.25332016](https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.25332016).

FELITTI, V. J. *et al.* Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 14, n. 4, p. 245-258, maio 1998. DOI [10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8).

FERNALD, L. C. H.; GERTLER, P.; NEUFELD, L. M. Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's oportunidades. **Lancet**, London, v. 371, n. 9615, p. 828-37, abr. 2008. DOI [10.1016/S0140-6736\(08\)60382-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60382-7).

FERRIOLLI, S. H. T.; MARTURANO, E. M.; PUNTEL, L. P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 251-259, abr. 2007. DOI [10.1590/S0034-89102006005000017](https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000017).

FLEITLICH, B.; CORTAZAR, P. G.; GOODMAN, R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). **Infanto Revista de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 44-50, 2000. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-275954>. Acesso em: 16 jul. 2021.

FONSECA, S. C.; ALMEIDA, E. A Legião Brasileira de Assistência em São Paulo e a interiorização de políticas para a infância. **História da Educação**, Pelotas, v. 20, n. 49, p. 123-141, ago. 2016. DOI [10.1590/2236-3459/59433](https://doi.org/10.1590/2236-3459/59433).

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate [online]**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, jan-mar. 2017. DOI [10.1590/0103-1104201711206](https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206).

GARCIA, N. M.; YUNES, M. A. M.; ALMEIDA, A. M. T. Educação parental e pedagogia social: avaliação de uma proposta de intervenção. **Educação**, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 94-104, jul. 2016. DOI [10.15448/1981-2582.2016.1.21396](https://doi.org/10.15448/1981-2582.2016.1.21396).

GERSHOFF, E. T. Corporal Punishment by Parents and Associated Child Behaviors and Experiences: A Meta-Analytic and Theoretical Review. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 128, n. 4, p. 539-579, jul. 2002. DOI [10.1037/0033-2909.128.4.539](https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.4.539).

GERSHOFF, E. T.; SATTLER, K. M.; ANSARI, A. Strengthening causal estimates for

links between spanking and children's externalizing behavior problems. **Psychological Science**, New York, v. 29, n. 1, p. 110-120, jan. 2018. DOI [10.1177/0956797617729816](https://doi.org/10.1177/0956797617729816).

GUISSO, L.; BOLZE, S. D. A.; VIEIRA, M. L. Práticas parentais positivas e programas de treinamento parental: uma revisão sistemática da literatura. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 12, n. 1, p. 226-255, jan./abr. 2019. DOI [10.4013/ctc.2019.121.10](https://doi.org/10.4013/ctc.2019.121.10).

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 104-110, abr. 2004. DOI [10.1590/S0021-75572004000300013](https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300013).

INFANTE, F. A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: MELILLO, A. A.; OJEDA, E. N. S. (eds.). **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. São Paulo: Artmed, 2005. cap. 1, p. 22-38. Disponível em: https://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_01ppplo.pdf. Acesso em: 16 jul. 2021.

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 301-308, ago./dez. 2012. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12173>. Acesso em: 16 jul. 2021.

JANSEN, K. et al. Eventos de vida estressores e episódios de humor: uma amostra comunitária. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3941-3946, set. 2014. DOI [10.1590/1413-81232014199.12932013](https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.12932013).

KAMAKURA, W.; MAZZON, J. A. Critérios de estratificação e comparação de classificadores socioeconômicos no Brasil. *Revista de Administração de Empresas*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 55-70, jan/fev. 2016. DOI [10.1590/S0034-759020160106](https://doi.org/10.1590/S0034-759020160106)

KNOX, M.; BURKHART, K.; CROMLY, A. Supporting positive parenting in community health centers: the ACT Raising Safe Kids program. **Journal of Community Psychology**, Brandon, v. 4, n. 4, p. 395-407, mar. 2013. DOI [10.1002/jcop.21543](https://doi.org/10.1002/jcop.21543).

KNOX, M.; BURKHART, K. A multi-site study of the ACT Raising Safe Kids program: Predictors of outcomes and attrition. **Children and Youth Services Review**, New York, v. 39, p. 20-24, abr. 2014. DOI [10.1016/j.childyouth.2014.01.006](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.01.006).

KNOX, M.; DYNES, M. The ACT Raising Safe Kids Program. In: GERSHOFF, E. T.; LEE, S. J. (eds.) **Ending the physical punishment of children: a guide for clinicians and practitioners**. Washington: American Psychological Association, 2020, p. 99-107. DOI [10.1037/0000162-011](https://doi.org/10.1037/0000162-011).

KROEFF, R. F. S.; GAVILLON, P. Q.; RAMM, L. V. Diário de Campo e a Relação do (a) Pesquisador (a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 464-480, 2020. DOI [10.12957/epp.2020.52579](https://doi.org/10.12957/epp.2020.52579)

KUSIAK, G. S.; MELLO, L. T. N.; ANDRETTA, L. Empatia e práticas parentais: a importância dos pais se colocarem no lugar dos filhos. **Aletheia**, Canoas, v. 52, n. 2, p. 8-20, jul/dez. 2019. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942019000200002.

Acesso em: 03 ago. 2021.

LAVINAS, L.; COBO, B.; VEIGA, A. Bolsa Família: impacto das transferências de renda sobre a autonomia das mulheres pobres e as relações de gênero. **Revista Latinoamericana de Población**, Cuernavaca, v. 6, n. 10, p. 31-56, maio 2019. DOI

[10.31406/relap2012.v6.i1.n10.2](https://doi.org/10.31406/relap2012.v6.i1.n10.2).

LAWRENZ, P. *et al.* Estilos, Práticas ou habilidades parentais: como diferenciá-los? **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 2-9, 2020. DOI

[10.5935/1808-5687.20200002](https://doi.org/10.5935/1808-5687.20200002).

LEUSIN, J. F.; PETRUCCI, G. W.; BORSA, J. C. Clima Familiar e os problemas emocionais e comportamentais na infância. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 49-61, jan./jun. 2018. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v19n1/v19n1a05.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2021.

LEÇA, M. L. G. P. **Estudo qualitativo sobre o Programa ACT**: exploração das percepções de pais de diferentes níveis socioeconômicos. 2018. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2018. Disponível em:

https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/37932/1/ulfpie053304_tm.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 91-103, 2005. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2005000200002. Acesso em: 16 jul. 2021.

MATA, N. T.; SILVEIRA, L. M. B.; DESLANDES, S. F. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2881-2888, set. 2017. DOI [10.1590/1413-81232017229.13032017](https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13032017).

MAGALHAES, C.; KNOX, M. A Multi-Site Study of the ACT Raising Safe kids Program in Portugal. **Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma**, London, mar. 2021. DOI [10.1080/10926771.2021.1933287](https://doi.org/10.1080/10926771.2021.1933287)

MAINARDES, L. W. P. **Estilos parentais e risco de problemas de comportamento em crianças inseridas em um serviço de Proteção Básica do Sistema Único de Assistência Social**. 2018. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Centro de Ciências Biológicas, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018. Disponível em:

http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UEL_b634b61c060d97423b41ff5c006169d5. Acesso em: 15 jul. 2021.

MARTINS, E.; SZYMANSKI, H. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 2004, n. 1, p. 63-77, 2004. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v4n1/v4n1a06.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2021.

MARTINS, R. C. *et al.* Parental attendance in two early-childhood training programmes to improve nurturing care: a randomized controlled trial. **Children and Youth Services Review**, v. 118, p. 105418, nov. 2020. DOI [10.1016/j.chidyouth.2020.105418](https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2020.105418).

MÁRQUEZ, B. F. **Envolvimento parental no programa ACT-Raising Safe Kids e motivação para a mudança**. 2017. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2017. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33271/1/ulfpie052863_tm.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

MONDIN, E. M. C. Práticas educativas parentais e seus efeitos na criação dos filhos. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 26, n. 54, p. 233-244, jul./set. 2008. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19885>. Acesso em: 16 jul. 2021.

MONTEIRO, S. R. R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 17, n. 2, p. 29-40, 2011. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/view/695>. Acesso em: 16 jul. 2021.

MURTA, S. G. Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: Lições de três décadas de pesquisa. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2007. DOI [10.1590/S0102-79722007000100002](https://doi.org/10.1590/S0102-79722007000100002).

OLIVEIRA, K. S.; NAKANO; T. C. Avaliação da resiliência: uma revisão internacional. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, p.1021-1043, dez. 2019. DOI [10.5752/P.1678-9563.2019v25n3p1021-1043](https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n3p1021-1043).

OLIVEIRA, T.; ALVES, I. G. Legião Brasileira de Assistência e políticas sociais: primeiro-damismo, gênero e assistência social. **Boletim Historiar**, São Cristóvão, v. 7, n. 2, p. 16-32, maio/ago. 2020. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/historiar/article/view/14379>. Acesso em: 16 jul. 2021.

OLIVEIRA, F. C. C. *et al.* Estado nutricional e fatores determinantes do déficit estatual em crianças cadastradas no programa Bolsa Família. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 7-18, 2011. DOI [10.5123/S1679-49742011000100002](https://doi.org/10.5123/S1679-49742011000100002).

OLIVEIRA, J. L. A. P. *et al.* Grupo de pais: aprendizagens de participantes do programa ACT. **Ciências Psicológicas**, Montevideo, v. 15, n. 1, p. 1-14, jan./jun. 2021. DOI [10.22235/cp.v15i1.2392](https://doi.org/10.22235/cp.v15i1.2392).

PATIAS, N. D.; SIQUEIRA, A. C.; DIAS, A. C. G. Práticas educativas e intervenção

com pais: A educação como proteção ao desenvolvimento dos filhos. **Mudanças Psicologia da Saúde**, São Bernardo do Campo, v. 21, n. 1, p. 29-40, jan./jun. 2013. DOI [10.15603/2176-1019/mud.v21n1p29-40](https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v21n1p29-40).

PEDRO, M. E. A.; ALTAFIM, E. R. P.; LINHARES, M. B. M. ACT Raising Safe Kids program to promote positive maternal parenting practices in different socioeconomic contexts. **Psychosocial Intervention**, Madrid, v. 26, n. 2, p. 63-72, 2017. DOI [10.1016/j.psi.2016.10.003](https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.10.003).

PINTO, V. C. P.; ALVES, J. F. C.; MAIA, A. C. Adversidade na infância prediz sintomas depressivos e tentativas de suicídio em mulheres adultas portuguesas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 32, n. 4, p. 617-625, out./dez. 2015. DOI [10.1590/0103-166X2015000400005](https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000400005).

PIRES, M. F. D. N. *et al.* A influência das práticas parentais no desenvolvimento da criança: uma revisão de literatura. **Amazonica – Revista de Psicopedagogia, Psicologia escolar e Educação**, Amazonas, v. 22, n. 2, p. 282-309, jul/dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/5134/4103>. Acesso em: 03 ago. de 2021.

POLETTTO, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 405-416, set. 2008. DOI [10.1590/S0103-166X2008000300009](https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300009).

PRATTI; L. E.; COUTO, M. C. P. P; KOLLER, S. H. Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 403-408, set. 2009. DOI [10.1590/S0102-37722009000300014](https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300014).

RAIKES, H. A.; THOMPSON, R. A. Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. **Infant Mental Health Journal**, New York, v. 26, n. 3, p. 177-190, maio 2005. DOI <https://doi.org/10.1002/imhj.20044>.

RAMOS, F. R.; PEREIRA, A. I.; BARROS, L. Parent's perspectives about their experience in the ACT – Raising Safe Kids program: a qualitative study. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 37, n. 3, p. 285-300, 2019. DOI 10.14417/ap.1571.

RAPOSO, H. S. *et al.* Ajustamento da criança à separação ou divórcio dos pais. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 29-33, 2011. DOI 10.1590/S0101-60832011000100007.

RIBEIRO, J. M. O uso do castigo físico em crianças e adolescentes como prática educativa: algumas perspectivas da Sociologia, Filosofia e Psicologia. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v. 9, n. 2, p. 2013-221, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v9n2/07.pdf>. Acesso em: 16 jul. de 2021.

RODRIGUES, O. M. P. R.; NOGUEIRA, S. C. Práticas educativas e indicadores de ansiedade, depressão e estresse maternos. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 32,

n. 1, p. 35-44, jan./mar. 2016. DOI [10.1590/0102-37722016012293035044](https://doi.org/10.1590/0102-37722016012293035044).

ROCHA, P. C. X. M.; MORAES, C. L. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/ Niterói (RJ, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3285-3296, jul. 2011. DOI [10.1590/S1413-81232011000800028](https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800028).

ROCHA, J. M.; SOUZA, C. C.; TEIXEIRA, A. F. Perspectivas de avaliação da política da política nacional de Assistência Social: o caso dos Centros de Referência da Assistência Social. **Revista ORG & DEMO**, Marília, v. 17, n. 1, p. 43-62, jan./jun. 2016. DOI [10.36311/1519-0110.2016.v17n1.04.p43](https://doi.org/10.36311/1519-0110.2016.v17n1.04.p43).

ROSA, E. M.; TUDGE, J. Urie Bronfenbrenner's theory of human development: Its Evolution from ecology to bioecology. **Journal of Family Theory & Review**, Hoboken, v. 5, n. 4, p. 243-258, 2013. DOI [10.1111/jftr.12022](https://doi.org/10.1111/jftr.12022).

SALVO, C. G.; SILVARES, E. F. M.; TONI, P. M. Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 187-195, jun. 2005. DOI [10.1590/S0103-166X2005000200008](https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200008).

SAMPAIO, I.; GOMIDE, P. Inventário de Estilos Parentais – IEP – Gomide (2006) Percurso de Padronização e Normatização. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 25, n. 48, p. 15-26, jan./mar. 2007. DOI [10.7213/rpa.v25i48.19675](https://doi.org/10.7213/rpa.v25i48.19675).

SÁNCHEZ-CESÁREO, M. *et al.* Factores asociados al abuso de menores: resultados de una intervención para el fortalecimiento de prácticas de crianza. **Revista Puertorriqueña de Psicología**, San Juan, v. 29, n. 1, p. 16-35, jun. 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/325841347>. Acesso: 16 jul. 2021.

SANDERS, M. *et al.* Parenting and Family Adjustment Scale (PAFAS): validation of a brief parent-report measure for use in assessment of parenting skills and family relationships. **Child Psychiatry Human Development**, New York, v. 45, n. 3, p. 255-272, jun. 2014. DOI [10.1007/s10578-013-0397-3](https://doi.org/10.1007/s10578-013-0397-3).

SANTANA, L. R. **Adaptação transcultural e validação da Parenting and Family Adjustment Scales (PAFAS)**. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, 2018. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=6319095. Acesso em: 16 jul. 2021.

SANTOS, A. I. P. M. *et al.* Impacto de um programa de competências parentais no stress e competências de atenção plena. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, p. 1-7, 2020. DOI [10.37689/acta-ape/2020AE02826](https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AE02826).

SANTOS, R. G. H.; CELERI, E. H. R. V. Rastreamento de problemas de saúde mental em crianças pré-escolares no contexto da atenção básica à saúde. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 82-90, jan./mar. 2018. DOI [10.1590/1984-](https://doi.org/10.1590/1984-)

[0462/2018;36;1;00009.](#)

SÃO PAULO. **Decreto nº 44.569, de 22 de dezembro de 1999.** Institui o Projeto Estadual do Leite “VIVALEITE” em substituição ao Programa Campo/Cidade-Leite. São Paulo: Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, 1999. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/norma/8688>. Acesso em: 13 jul. 2021.

SÃO PAULO. **Decreto nº 57.225, de 11 de agosto de 2011.** Altera dispositivos do Decreto nº 44.569, de 22 de dezembro de 1999, que institui o Projeto Estadual do Leite “VIVALEITE”, e dá providências correlatas. São Paulo: Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, 2011. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2011/decreto-57225-11.08.2011.html>. Acesso em: 13 jul. 2021.

SARMENTO, M. J. Pobreza infantil: factos, interpretações e desafios políticos. In: SARMENTO, M. J.; VEIGA, F. **Pobreza infantil.** Realidades, desafios, propostas. Ribeirão Portugal: Edições Húmus, 2010. cap. 11, p. 179-191. Disponível: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/66603/1/Sarmiento%202010%20Pobreza%20Infantil%20Factos%2c%20Realidades%20Desafios.%20pdf.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2021.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, 2005. DOI [10.1590/S1413-73722005000200007](https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000200007).

SAVOIA, M. G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 57-67, mar./abr. 1999.

SCANNELL, C. **Parental self-efficacy and parenting through adversity.** London: Parenting, InterOpen, 2020, p. 1-16. DOI [10.5772/intechopen.91735](https://doi.org/10.5772/intechopen.91735).

SCHMIDT, B.; STAUDT, A. C. P.; WAGNER, A. Intervenções para promoção de práticas parentais positivas: uma revisão integrativa. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 9, n. 1, p. 2-18, jan./jun. 2016. Disponível: <http://hdl.handle.net/10183/163213>. Acesso em: 16 jul. 2021.

SCREMIN, A. L. X. et al. Avós que coabitam e compartilham as tarefas parentais. **Psicologia Argumento**, Paraná, v. 37, n. 97, p. 312-330, 2020. DOI [10.7213/psicolargum.37.97.AO02](https://doi.org/10.7213/psicolargum.37.97.AO02)

SHONKOFF, J. P. Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. **Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America**, Maryland, v. 109, n. 2, p. 17302-17307, 2012. DOI [10.1073/pnas.1121259109](https://doi.org/10.1073/pnas.1121259109)

SILVA, B. S. M. A “maternidade moderna” e a medicalização do parto nas páginas do Boletim da Legião Brasileira de Assistência, 1945-1964. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1019-1037, 2018. DOI [10.1590/S0104-](https://doi.org/10.1590/S0104-)

[59702018000500007](#).

SILVA, J. **ACT Raising Safe Kids Program**. Washington, DC: American Psychological Association, 2011.

SILVA, J. **Programa ACT para educar crianças em ambientes seguros, manual do facilitador e guia de avaliação**. Washington, DC: American Psychological Association, 2009.

SILVA, M. F. M.; MOTA, C. P. Adversidade na infância e objetivos de vida em adultos. **Psicologia**, Lisboa, v. 32, n. 1, p. 49-62, 2018. DOI [10.17575/rpsicol.v32i1.1309](#).

SILVA, S.; MAIA, A. Experiências adversas na infância de adultos com obesidade mórbida. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 20, p. 495-501, 2007. DOI [10.1590/S0101-81082010005000002](#).

SILVA, D. I.; VERÍSSIMO, M. L. R.; MAZZA, V. A. Vulnerabilidade no desenvolvimento infantil: influência das políticas públicas e programas de saúde. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 11-18, 2015. DOI 10.7322/JHGD.96760.

SILVA, J. A.; WILLIAMS, L. C. A. Um estudo de caso com o programa parental ACT para educar crianças em ambientes seguros. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 743-755, 2016. DOI 10.9788/TP2016.2-19Pt.

SILVA, I. C. P. *et al.* Estresse parental em famílias pobres. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 24, p. e40285, 2019. DOI [10.4025/1807-0329e40285](#).

SOUZA, F. M.; FIORINI, M. C.; CREPALDI, M. A. Coparentalidade e envolvimento parental em famílias binucleares: revisão sistemática. **Atualidades em Psicologia**, José, San Pedro Montes de Oca, v. 34, n. 129, p. 119-140, jul/dez. 2020. DOI 10.15517/ap.v34i129.35334

TELLA, P. *et al.* Socioeconomic diversities and infant development at 6 to 9 months in a poverty area of São Paulo, Brazil. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, Porto Alegre, v. 40, n. 3, p. 232-400, jul./set. 2018. DOI [10.1590/2237-6089-2017-0008](#).

TONI, C. G. S.; HECAVEÍ, V. A. Relações entre práticas educativas parentais e rendimento acadêmico em crianças. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 19, n. 3, p. 511-521, dez. 2014. DOI [10.1590/1413-82712014019003013](#).

VELEDA, A. A.; SOARES, M. C. F; CÉZAR-VAZ, M. R. Fatores associados ao atraso no desenvolvimento em crianças, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 79-85, 2011. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/13411>. Acesso em: 17 jul. 2021.

VILLANUEVA, E. R. *et al.* História da assistência social no Brasil. **Multitemas**, Campo

Grande, n. 14, p. 154-175, 1999. Disponível em:
<https://www.multitemas.ucdb.br/multitemas/article/view/1163>. Acesso em: 17 jul. 2021.

WALKER, S. P. *et al.* Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. **Lancet**, London, v. 369, n. 9556, p. 145-157, jan. 2007. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)60076-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)60076-2).

WEBER, L. N. D. *et al.* Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 7, n. 2, p. 163-173, dez. 2002. DOI [10.1590/S1413-82712002000200005](https://doi.org/10.1590/S1413-82712002000200005).

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. esp., p. 75-84, 2003. DOI 10.1590/S1413-73722003000300010.

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**GRUPO CONTROLE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
RESOLUÇÃO 466/2012**

CONVIDO, o (a) Senhor(a) _____ para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “*Efeitos de um Programa de Promoção de prática parentais positivas em contexto de vulnerabilidade social*”, que será desenvolvido por mim, Juliana Aparecida Martini, psicóloga, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, com orientação da Professor (a) Adj. Gimol Benzaquen Perosa.

Sua participação nesta pesquisa se dará por ser um beneficiário no Programa Viva Leite, sem nenhum tipo de intervenção diferente da qual já participa no serviço. Todos os dados que obtivermos com sua participação é apenas para compararmos com os dados de outros participantes, também beneficiários do mesmo Programa, e que estão participando de um grupo, no qual trabalhamos habilidades dos pais para lidarem melhor com os comportamentos de seus filhos.

Para isso, o (a) Senhor (a) responderá a dois questionários, um sobre alguns aspectos da sua relação com seu filho e outro sobre o comportamento dele, o que levará cerca de 30 minutos de duração, em 3 momentos distintos, uma agora, outra depois de 8 meses e outra depois de 14 meses. Esses encontros ocorrerão no dia em que você vem até o CRAS para trocar a cartela do leite, para não prejudicarmos sua rotina.

O Senhor (a) não terá nenhum benefício, neste momento, em participar desta pesquisa, pois como já explicamos, seus dados serão para comparar com os dados de uma pessoa que passará por intervenção em grupo. Havendo interesse em participar da intervenção, seu nome ficará numa lista de espera e será chamado após encerramento da pesquisa.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Havendo necessidade faremos os devidos atendimentos e encaminhamentos.

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

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

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

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Nome [Juliana Aparecida Martini](#)

Endereço: FMB – Depto. de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria

Telefone: 3880-1220

Email: julianaaparecidamartini@hotmail.com

Nome Prof. Dra. [Gimol Benzaquen Perosa](#)

Endereço: FMB – Depto. de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria

Telefone: 3880-1220

Email: gimol@fmb.unesp.br

GRUPO INTERVENÇÃO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO, o(a) Senhor(a)_____ para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “*Efeitos de um Programa de Promoção de prática parentais positivas em contexto de vulnerabilidade social*”, que será desenvolvido por mim, Juliana Aparecida Martini, psicóloga, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, com orientação da Professor (a) Adj. Gimol Benzaquen Perosa.

Estou realizando uma pesquisa de intervenção na população atendida pelo Programa Viva Leite, a fim de auxiliar os pais quanto às práticas parentais, ou seja, com o modo como educam seus filhos entre 2 e 6 anos. O que iremos fazer já foi realizado em vários países, como Estados Unidos e países na Europa e, agora, estamos vendo se ele, realmente, pode ajudar os pais do Brasil a lidarem melhor com os comportamentos de seus filhos. O convite para participação no grupo foi está sendo realizado por sorteio e o (a) senhor (a) foi um dos sorteados.

O (a) Senhor (a) participará de 10 grupos, sendo o primeiro e o último para esclarecimento de dúvidas, regras e para responder alguns questionários sobre sua relação com seu filho e sobre o comportamento dele. Nos outros dias de atividade em grupo, iremos aprender algumas formas de lidar com as emoções e comportamentos das crianças. É importante dizer que os grupos ocorrerão no dia em que você vem até o CRAS para trocar a cartela do leite, para não prejudicarmos sua rotina. Cada encontro deverá durar cerca de 2 horas.

Após 6 meses do término das atividades em grupo, entraremos em contato e combinaremos um novo dia e horário para que o (a) senhor (a) responda novamente aos questionários. Seu benefício em participar deste estudo será discutir e aprender novas formas de educar seu filho.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Havendo necessidade, no final dos grupos, faremos os devidos atendimentos e encaminhamentos.

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

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética

em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos.

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

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Nome [Juliana Aparecida Martini](#)

Endereço: FMB – Depto. de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria

Telefone: 3880-1220

Email: julianaaparecidamartini@hotmail.com

Nome Prof. Dra. [Gimol Benzaquen Perosa](#)

Endereço: FMB – Depto. de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria

Telefone: 3880-1220

Email: gimol@fmb.unesp.br

APÊNDICE 2 – Adaptações realizadas durante o Programa ACT.

Reunião Prévia: Assim como proposto por ALTAFIM (2015), foi entregue no final do encontro, um livro infantil para as mães realizarem a atividade de leitura em casa. Os questionários de avaliação foram realizados antes da Reunião Prévia, em dias distintos. As caixas de sonho foram trocadas por sacolinhas de sonhos.

Primeira Sessão – Compreenda os comportamentos do seu filho: Na atividade final, 10 – Resumo da Sessão, letra b, não foi escrito em Flipchart as respostas, foram discutidas e complementadas, devido ao tempo excedido.

Segunda Sessão – A violência na vida das crianças: No item 4, letra h, no qual se solicita que os participantes se imaginem como crianças pequenas em situação de violência, devido a dificuldade de alguns pais em se colocar na situação, foi orientado, quando isso se fez presente, que pensassem em como uma criança se sentiria na situação apresentada. Na atividade final, item 06, letra b, não foi escrito em Flipchart as respostas, mas discutidas e complementadas, devido ao tempo excedido.

Terceira Sessão – Como os pais podem entender e controlar a raiva: No item 5, letra a, as atividades propostas para pequenos grupos, por serem mais discursivas, e não ter número suficiente de participantes para divisão, foram realizadas coletivamente, num único grupo. Assim como na 2ª sessão, na atividade final, item 07, letra b, as respostas não foram escritas em Flipchart, mas discutidas e complementadas.

Quarta Sessão – Como entender e ajudar as crianças quando elas têm raiva: No item 05, letra c, em que solicita a formação de 4 grupos, as três primeiras atividades foram divididas entre os participantes, e a atividade do grupo 4 foi feita coletivamente, com o grupo todo. A atividade final, 06, letra b, foi discutida e complementada, mas não escrita em Flipchart.

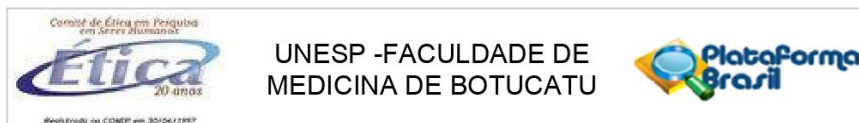
Quinta Sessão – As crianças e os meios eletrônicos de comunicação: O item 03, letra b, foi realizada com o grupo todo, e não dividido em três grupos. No item 05, letra c, em que é solicitado a divisão em 4 grupos, as três primeiras atividades foram divididas entre os participantes, e a quarta atividade foi feita com o grupo todo. A atividade final, 06, letra b, foi discutida e complementada, mas não escrita em Flipchart.

Sexta Sessão – Disciplina e estilos parentais: No item 05, letra b, não foi solicitado que os pais escrevessem no papel, mas que falassem, e a informação foi colocado no Flipchart, na continuação da atividade, na letra c, os pais foram falando, e a marcação foi feita no Flipchart. No item 6, letra c, enquanto o grupo 2 ia falando, a pesquisadora, e não o grupo 1, foi recortando a boneca. Novamente a atividade final, item 7, letra b, foi apenas discutida e complementada devido ao tempo excedido.

Sétima Sessão – Disciplina para comportamento positivos: No item 4, letra e, a atividade não foi feita em grupos, mas foi entregue uma atividade para cada e orientados que poderiam conversar e trocar idéias com os demais participantes durante sua realização.

Oitava Sessão – Leve o Programa ACT para sua casa e sua comunidade: Não houve alterações.

ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeitos de um Programa de Promoção de práticas parentais positivas em contexto de vulnerabilidade social

Pesquisador: JULIANA APARECIDA MARTINI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71389317.7.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento Neurologia, Psicologia e Psiquiatria

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.259.145

Apresentação do Projeto:

Tratam os autos de atendimento de pendências contidas no parecer 2.207.867, no que tange a apresentação da anuência do EAP (Escritório de Apoio à Pesquisa) da FMB-UNESP. (Pendência satisfatoriamente atendida).

Objetivo da Pesquisa:

constantes do parecer 2.207.867

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

constantes do parecer 2.207.867

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

constantes do parecer 2.207.867

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado a anuência do EAP (Escritório de Apoio à Pesquisa) da FMB-UNESP. (Pendência satisfatoriamente atendida).

Recomendações:

Apresentar Relatório Final no final da execução deste projeto.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: kleber@fmb.unesp.br

ANEXO 2 – Certificação como facilitador do Programa ACT.



ANEXO 3 – Escala de Eventos Vitais.**ESCALA DE EVENTOS VITAIS**

Adaptada por Savoia (1995) a partir da Social Readjustment Rating Scale (Home e Rahe, 1967) e do Método de Painel de Brown (1974)

Assinale os eventos que lhe ocorreram no último ano:

- () morte do cônjuge
- () separação
- () casamento
- () morte de alguém da família
- () gravidez
- () doença na família
- () acréscimo ou diminuição do número de pessoas morando em sua casa
- () nascimento na família
- () mudança de casa
- () mudança na escola
- () reconciliação matrimonial
- () aposentadoria
- () perda de emprego
- () mudança de trabalho (favorável ou desfavorável)
- () dificuldades com a chefia
- () reconhecimento profissional
- () acidentes
- () perdas financeiras
- () dificuldades sexuais
- () problemas de saúde
- () morte de um amigo
- () dívidas
- () mudanças de hábitos pessoais
- () mudança de atividades recreativas
- () mudança de atividades religiosas
- () mudanças de atividades sociais

ANEXO 4 - Questionário de Capacidade e Dificuldades (2 a 4 anos)

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Par)

Pa²⁻⁴

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses.

Nome da Criança

Masculino/Feminino

Data de Nascimento

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	☐	☐	☐
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	☐	☐	☐
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	☐	☐	☐
Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis ... com outras crianças	☐	☐	☐
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	☐	☐	☐
É solitário, prefere brincar sozinho	☐	☐	☐
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	☐	☐	☐
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	☐	☐	☐
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	☐	☐	☐
Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	☐	☐	☐
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	☐	☐	☐
Frequentemente briga com outras crianças ou as atormenta	☐	☐	☐
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	☐	☐	☐
Em geral, é querido por outras crianças	☐	☐	☐
Facilmente perde a concentração	☐	☐	☐
Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	☐	☐	☐
É gentil com crianças mais novas	☐	☐	☐
Geralmente discute com os adultos	☐	☐	☐
Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no	☐	☐	☐
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	☐	☐	☐
Consegue parar e pensar nas coisas antes de fazê-las	☐	☐	☐
Às vezes é malicioso	☐	☐	☐
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	☐	☐	☐
Tem muitos medos, assusta-se facilmente	☐	☐	☐
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	☐	☐	☐

Você tem algum outro comentário ou preocupações? Descreva-os abaixo.

Por favor, vire a página. Há mais algumas perguntas no outro lado

Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/a tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

Não	Sim- pequenas dificuldades	Sim- dificuldades bem definidas	Sim- dificuldades graves
☐	☐	☐	☐

Se você respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre estas dificuldades:

- Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mes	1-5 mêses	6-12 mêses	Mais de 1 ano
☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/a?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia do seu filho/a em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
DIA-A-DIA EM CASA	☐	☐	☐	☐
AMIZADES	☐	☐	☐	☐
APRENDIZADO	☐	☐	☐	☐
ATIVIDADES DE LAZER (PASSEIOS, ESPORTES ETC.)	☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
☐	☐	☐	☐

Nome completo (em letra de forma) Data

Mãe/pai/outro (especifique):

Muito obrigado pela sua colaboração

ANEXO 5 – Questionário de Capacidades e Dificuldades (4 a 17 anos)

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por)

Pa 4-17

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses.

Nome da Criança

Masculino/Feminino

Data de Nascimento

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	☐	☐	☐
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	☐	☐	☐
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	☐	☐	☐
Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis ... com outras crianças	☐	☐	☐
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	☐	☐	☐
É solitário, prefere brincar sozinho	☐	☐	☐
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	☐	☐	☐
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	☐	☐	☐
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	☐	☐	☐
Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	☐	☐	☐
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	☐	☐	☐
Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	☐	☐	☐
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	☐	☐	☐
Em geral, é querido por outras crianças	☐	☐	☐
Facilmente perde a concentração	☐	☐	☐
Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	☐	☐	☐
É gentil com crianças mais novas	☐	☐	☐
Frequentemente engana ou mente	☐	☐	☐
Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no	☐	☐	☐
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	☐	☐	☐
Pensa nas coisas antes de fazê-las	☐	☐	☐
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	☐	☐	☐
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	☐	☐	☐
Tem muitos medos, assusta-se facilmente	☐	☐	☐
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	☐	☐	☐

Você tem algum outro comentário ou preocupações? Descreva-os abaixo.

Por favor, vire a página. Há mais algumas perguntas no outro lado

Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/a tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

Não	Sim- pequenas dificuldades	Sim- dificuldades bem definidas	Sim- dificuldades graves
☐	☐	☐	☐

Se você respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre estas dificuldades:

- Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mes	1-5 mêses	6-12 mêses	Mais de 1 ano
☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/a?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia do seu filho/a em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
DIA-A-DIA EM CASA	☐	☐	☐	☐
AMIZADES	☐	☐	☐	☐
APRENDIZADO ESCOLAR	☐	☐	☐	☐
ATIVIDADES DE LAZER (PASSEIOS, ESPORTES ETC.)	☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
☐	☐	☐	☐

Nome completo (em letra de forma) Data

Mãe/pai/outro (especifique):

Muito obrigado pela sua colaboração