



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

Efeitos de uma intervenção precoce em pais gestantes acerca do desenvolvimento infantil e
violência intrafamiliar

Discente: Domitila Shizue K. Gonzaga
Orientadora: Dra. Rachel de Faria Brino

São Carlos
2014

Apoio:





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
ESPECIAL

Efeitos de uma intervenção precoce em pais gestantes acerca do desenvolvimento infantil e violência intrafamiliar

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Especial do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação Especial .

Área de concentração: práticas educativas e de prevenção: processos e problemas

Discente: Domitila Shizue K. Gonzaga

Orientadora: Dra. Rachel de Faria Brino

São Carlos

2014

Apoio:



**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

G642ei Gonzaga, Domitila Shizue Kawakami.
Efeitos de uma intervenção precoce em pais gestantes
acerca do desenvolvimento infantil e violência intrafamiliar /
Domitila Shizue Kawakami Gonzaga. -- São Carlos :
UFSCar, 2014.
160 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2014.

1. Educação especial. 2. Violência intrafamiliar. 3.
Práticas parentais adequadas. 4. Desenvolvimento infantil.
5. Intervenção precoce. 6. Estratégia saúde da família. I.
Título.

CDD: 371.9 (20^a)



Banca Examinadora de Dissertação de Mestrado de **Domitila Shizue Kawakami Gonzaga**.

Profa. Dra. Rachel de Faria Brino
(UFSCar)

Ass. *Rachel Brino*

Profa. Dra. Fabiana Cia(UFSCar)

Ass. *Fabiana Cia*

Profa. Dra. Karyne de Souza Rios
(UNICEP)

Ass. *Karyne Rios*

Dedico este trabalho a todos que contribuíram para sua realização

Agradecimentos

Eu agradeço antes de qualquer pessoa, à minha orientadora Dra. Rachel de Faria Brino, por todos estes anos de paciência e dedicação. E principalmente por ser um tão grande exemplo, mostrando por meio de seus atos de que a profissão no contexto acadêmico pode ser feita com muito respeito e humildade. Nos pequenos atos é que tomamos as maiores lições.

Meus pais, Cristina e José Luis, são grandes inspirações. Foi com eles que eu aprendi que a vida é muito mais que a procura por satisfação própria. Foi com suas palavras e comportamentos que tenho a forte necessidade de ir além, de estudar e procurar fazer dos meus conhecimentos uma condição mais digna de mundo.

Aos meus irmãos, Yuri e Hector, que pelas nossas diferenças aprendemos a respeitar e admirar muito o que o outro faz e sente. Sem o apoio desta esfera, certamente não seria quem sou.

Meu companheiro, Leonardo, é minha motivação para procurar pelos meus objetivos. Tanto para que possamos continuar na caminhada a dois, quanto para que eu possa ser profundamente feliz com o que faço. Certamente sem seu apoio e compreensão, tudo seria diferente. Devo toda reciprocidade.

À minha família de apoio, Márcia, Edson, Larissa e Amanda, que sempre me apoiou e acreditou tanto em mim.

Às amigas Silvano e Joana, que me influenciaram para que eu trilhasse caminhos alternativos tão sinceros que me fizeram bastante diferente para que eu mudasse desde que ingressei no programa até atualmente. Pela amizade, carinho, disposição, sempre!

Aos amigos que sem eles não há risada, segurança e ombro amigo. São eles que fazem os momentos mais leves e tranquilos, mais bonitos, mais interessantes. Com eles que podemos partilhar nossas opiniões e buscar pelo diferente. É com eles e para eles que crescemos internamente. São eles: Marília Tanaka, Mariana Marques, Elyne Pereira, Caio Scozzafave, Guilherme Rabello, Guilherme Tanaka, Daniela Veríssimo, Daniel Oliveira, Fernanda Soulé, Silvio Eduardo, Felipe Eduardo, Gabriela Takayama, Jacqueline Falchetti, Débora Alcântara, Haroldo Mozar, Flávio Melo, Ana Zerbato, Ana Laura, Rebeca Cavaletti, Luiza Assumpção, Arthur Médiçi, Florença Justino, Nayá Saad, Marcelo Yamane, Augusto da Veiga, entre tantos outros que não são menos importantes, mas não caberia o sentimento em uma folha de papel.

À equipe do LAPREV, que me auxiliou imensamente nesta jornada em especial Paolla Santini, Nahara Lopes e Maria Clara Miceli.

À banca examinadora, com os membros titulares e suplentes, que se empenharam em contribuir para o crescimento e finalização deste trabalho.

À FAPESP pelo fomento desta pesquisa, que foi de suma importância para que houvesse todo o processo e finalização da pesquisa com tanta determinação. E ainda, ao PPGEEES pela estrutura e comprometimento com o ensino.

Por fim, aos participantes desta pesquisa, que obviamente, sem eles, não haveria este trabalho.

Sumário

Índice de Tabelas.....	7
Índice de Figuras.....	8
Resumo.....	9
Abstract.....	11
1 Introdução.....	12
1.1 Violência Intrafamiliar contra Crianças – Fatores de risco e de proteção.....	14
1.1.1 Gestação na adolescência – Fator de risco para a ocorrência de violência intrafamiliar.....	21
1.2 Conhecimento de pais sobre desenvolvimento infantil.....	25
1.3 Prevenção e Intervens�o Primárias: Maneiras efetivas de evitar ou diminuir riscos.....	32
2 Método – Estudo 1.....	56
2.1 Estudo 1.....	56
2.2 Objetivo.....	56
2.2.1 Objetivo geral.....	57
2.2.2 Objetivos específicos.....	57
2.3 Procedimento metodológico.....	57
2.3.1 Procedimento de Triagem dos Participantes.....	57
2.3.2 Participantes.....	58
2.3.3 Local de realização da intervenção e da coleta de dados.....	58
2.3.4 Materiais.....	58
2.3.5 Instrumentos.....	58
2.3.6 Procedimento de Intervenção e de Coleta de dados.....	62
2.3.7 Intervenção.....	64
3 Resultados – Estudo 1.....	67
3.1 Caracterização das Participantes.....	68
3.2 KIDI.....	69
3.3 Inventário CAP.....	71
3.4 Avaliação do Programa de Intervenção pelos participantes.....	74
4 Discussão – Estudo 1.....	76
5 Considerações Finais – Estudo 1.....	80
6 Método - Estudo 2.....	82
6.1 Objetivo.....	82
6.1.1 Objetivo Geral.....	82
6.1.2 Objetivos específicos.....	82
6.2 Procedimento Metodológico.....	82
6.2.1 Procedimento de Triagem dos Participantes.....	82
6.2.2 Participantes.....	83
6.2.3 Local de realização da intervenção e da coleta de dados.....	83
6.2.4 Instrumentos.....	83
6.2.5 Materiais.....	83
6.2.6 Procedimento de Intervenção.....	84
6.2.7 Procedimento de Coleta de Dados.....	84
6.2.8 Delineamento do Estudo.....	89
6.2.9 Fase de Intervenção.....	89
7 Resultados – Estudo 2.....	91
8 Discussão – Estudo 2.....	114
9 Considerações Finais – Estudo 2.....	126
Referências.....	129
ANEXO I.....	142

ANEXO II 144
ANEXO III 146
ANEXO IV 152
ANEXO V 159

Índice de Tabelas

Tabela 1	63
Tabela 2	66
Tabela 3	70
Tabela 4	72
Tabela 5	74
Tabela 6	89
Tabela 7	91
Tabela 8	94
Tabela 9	95
Tabela 10	98
Tabela 11	Erro! Indicador não definido.
Tabela 12	Erro! Indicador não definido.
Tabela 13	Erro! Indicador não definido.
Tabela 14	107
Tabela 15	108
Tabela 16	110
Tabela 17	111
Tabela 18	112
Tabela 19	113

Índice de Figuras

Figura 1. Caracterização do casal	68
Figura 2. Opiniões do casal a respeito do grupo	75
Figura 3. Falas do casal durante da intervenção	75
Figura 4. Diagrama do Delineamento da Pesquisa	89
Figura 5. Histórico de Abuso de E1, E3 e E4	93

Resumo

Gonzaga, D. S. K. (2014) **Efeitos de uma intervenção precoce em pais gestantes acerca do desenvolvimento infantil e violência intrafamiliar**. Dissertação de Mestrado: Universidade Federal de São Carlos.

A prevenção primária tem como objetivo identificar, remover ou reduzir a incidência de fatores de risco que produzem condições de adversidade. Essas condições tornam a ponte com a Educação Especial necessária, uma vez que a investigação a respeito de estratégias que possam minimizar ou impedir o impacto e a ocorrência de eventos ambientais para o desenvolvimento típico da criança são imprescindíveis para que haja a prevenção de possíveis danos ao desenvolvimento. A presente pesquisa foi dividida em dois estudos, que tiveram por objetivo elaborar, implementar e avaliar uma capacitação para pais gestantes, acerca de temas sobre o desenvolvimento infantil e da prevenção de violência intrafamiliar contra crianças. Os participantes do Estudo 1 foram um casal adolescente, ambos de 20 anos, gestantes. Foram realizados seis encontros em domicílio com o casal (Mãe e Pai). Em ambos os estudos, a intervenção iniciou e finalizou com a aplicação dos instrumentos KIDI e CAP, a fim de avaliar a intervenção com medidas de pré e pós-teste e posteriormente no *follow-up*. Ainda foi aplicado um questionário qualitativo de avaliação da intervenção ao fim da primeira etapa e da segunda, bem como utilizado um diário de campo para as eventuais anotações durante a intervenção. Nos encontros dos dois estudos, foram passados vídeos, exibições em PowerPoint® e realizados *roleplays* e atividades para melhor ilustrar o conteúdo das exibições. Os escores do KIDI não mostraram mudanças do pré para o pós-teste de Pai e Mãe, a qual obteve um aumento no *follow-up*. Em relação aos resultados do CAP, ambos os desempenhos foram de baixo risco nas três avaliações. Os dados qualitativos do questionário mostraram que a intervenção foi avaliada com pontuação máxima em todos os quesitos. Em relação ao Estudo 2, participaram oito mães gestantes selecionadas em uma Unidade Saúde da Família de um bairro periférico da cidade em que a pesquisa foi conduzida, separadas em quatro participantes do Grupo Experimental (GE) e quatro do Grupo Controle (GC). Três mães do GE e uma do GC relataram ter sofrido algum tipo de violência durante a infância. Com relação ao KIDI, três mães do GE apresentaram um aumento no escore geral no pós-teste e duas no *follow-up* tiveram seus escores ainda maiores. No CAP, duas mães do GE tiveram escores acima da nota de corte no pós-teste, enquanto no *follow-up*, três mães ficaram acima da nota de corte. As mães do GE avaliaram a intervenção de “bom” a “muito bom” em todos os quesitos e a nota dada a grupo foi 10. Duas mães do GC, no KIDI, apresentaram no pós-teste um aumento no escore geral e no *follow-up*, duas mães tiveram escores gerais aumentados. No CAP, duas participantes tiveram escores elevados no pós-teste, entretanto no *follow-up*, todas as mães tiveram seus escores elevados. O desempenho das participantes do GE no KIDI pode indicar que a intervenção ajudou na aquisição de conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil. As mães do GC, em contrapartida, tiveram todos os escores gerais do CAP de *Abuso* acima da nota de corte no *follow-up*, o que pode indicar um ponto bastante positivo para a intervenção, já que pode ser atribuída a participação no grupo que algumas mães do GE tenham seus escores diminuídos para baixo da nota de corte. Sobre os dados quantitativos, percebe-se que o GE teve melhor desempenho que o GC, ainda que as médias do GE no pós-teste e *follow-up* são melhores que no pré-teste. Sobre as correlações das categorias dos instrumentos KIDI e CAP, houve correlação negativa entre *Normas* e *Abuso*, *Sofrimento* e *Solidão*. Nos dados sociodemográficos, houve correlação negativa entre escolaridade e *Abuso*, *Sofrimento* e *Solidão* e positiva entre escolaridade e *Ego* e *Normas*. Reitera-se a relevância de se aproximar mães aos conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e práticas parentais adequadas. Percebe-se que tanto para o casal adolescente, quanto para o grupo de mães, a intervenção foi positiva, sendo que principalmente os dados qualitativos, com as falas dos participantes dos dois estudos, apresentaram que a intervenção teve relevância. Assim, indica-se que pesquisas com a temática da prevenção da violência sejam realizadas.

Palavras-chave: Violência Intrafamiliar contra crianças; Práticas Parentais Adequadas; Desenvolvimento Infantil; Intervenção Precoce; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

Gonzaga, D. S. K. (2014) **Effects of early intervention in pregnant parents about child development and appropriate parenting practices.** Thesis: Federal University of Sao Carlos

Primary prevention aims to identify, remove or reduce the incidence of risk factors that produce conditions of adversity. These conditions enable the link with Special Education required, since researches on strategies that can minimize or prevent the impact and occurrence of environmental events in the typical child development are essential to prevent possible deficiencies. This research was divided into two studies, Study 1 and Study 2, which aimed to develop, implement and assess an intervention with pregnant parents about child development and prevention of domestic violence against children. Study 1 participants were a teenager couple, both 20 years old and pregnant. It was used the CAP - Inventory (Children Abuse Potential) and KIDI (Knowledge of Infant Development Inventory), a Qualitative Inventory regarding different aspects of the intervention from the parents point of view, and a field notebook for various notes during the intervention. The intervention program consisted of two thematic blocks: 1) Child Development (CD); and 2) Parental Practices (PP). 6 2-hour meetings have been conducted with the couple at their home. The meetings began and ended with the administration of the inventories in order to assess the intervention through pre, post, and follow-up test scores. Therefore, the two blocks had the same structure, namely: 1) pretest administration, 2) CD theoretical explanation, 3) CD practical approach, 4) PP theoretical explanation; 5) PP practical approach; and 6) posttest administration. Three months after the posttest, the instruments were readministered - that was referred to as the follow-up score. It was used a laptop, overhead projector, some illustrative videos, some toys such as dolls and their apparatus. The overall KIDI scores showed no changes from pre to posttest for both Father and Mother. Regarding the results of the CAP, both performances were low-risk at the three assessments. The qualitative data from the questionnaire showed that the intervention was assessed with the highest score on all criterias. Regarding Study 2, 8 pregnant mothers were recruited from a public healthcare system in a suburb of the city where the research was conducted, separated into experimental group (EG) and control group (CG) participated. Three mothers of GE and GC reported experiencing some form of violence during childhood. Regarding KIDI, three mothers of GE showed an increase in overall score on the post-test and two at follow-up had their scores even higher. In CAP, two GE mothers had scores above the cutoff score on the post-test, while at follow-up; three mothers were above the cutoff. Mothers of GE evaluated the intervention as "good" to "very good" in all aspects and the note given to group was 10. Two GC mothers in KIDI presented at posttest an increase in overall score and in the follow-up two mothers had overall scores increased. In CAP, two participants scored above the cutoff score at post-test, however at follow-up, all mothers had scores above the cutoff. The performance of GE participants in the KIDI may indicate that the intervention helped in some acquisition of knowledge about child development. GC Mothers, in contrast, had all the scores of the CAP Abuse above the cutoff score at follow-up, which may indicate a very positive point for intervention, since it can be attributed to participation in the group that some GE mothers had their scores reduced below the cutoff. On quantitative data, is perceived that the EG performed better than the GC, and whereas the means of GE in the post-test and follow-up are better than the pre-test. About the correlations of the categories of instruments KIDI and CAP, there was a negative correlation between standards and Abuse, Sorrow and Loneliness. The demographic data, there was a negative correlation between education and Abuse, Sorrow and Loneliness and positive between education level and Ego and Norms. Because of that, it is reiterate the importance of approaching mothers with knowledge about child development and appropriate parenting practices. It is noticed that for both the teen couple and the group of mothers, the intervention was positive, especially with the qualitative data, and the speeches of the participants of the two studies showed that the intervention had relevance.

Key-words: Violence Against Children; Appropriate Parenting Practices; Child Development; Early Intervention; Public Health Care

1 Introdução

Pesquisar sobre a violência contra crianças apresenta-se como uma árdua tarefa que caminha pelo “diagnóstico” do fenômeno entre a população brasileira, chegando até em vias de se tentar planejar, propor e implementar políticas públicas. No palco da violência brasileira, esta prática contra crianças é só mais uma das variações das atrocidades acometidas contra a população no nosso cenário diariamente.

Em uma pesquisa sobre opinião pública a respeito da sensação de insegurança no Brasil, segundo o Ipea (2011/2012) – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – 62,4% da população brasileira respondeu que sente muito medo de ser assassinada, enquanto 23,2% sente um pouco de medo e apenas 14% sente nenhum medo de ser assassinada. Pode ser observado por este dado que a população brasileira vive em constante apreensão por conta da violência.

Estes dados ampliam uma noção de que a violência faz parte do nosso cotidiano, e que ainda estabelece os limites culturalmente permitidos e tolerados de violência por parte de indivíduos e instituições: familiares, econômicas ou políticas. Parte para uma tolerância que naturaliza uma determinada dose de violência silenciosa e difusa na sociedade (Waiselfisz, 2012).

Dados relevantes sobre as causas de óbitos de crianças e adolescentes segundo o Mapa da Violência de 2012 (Waiselfisz, 2012), revela que as causas “naturais” (as deteriorações da saúde) vêm declinando abruptamente, em contra mão às causas externas (homicídios, acidentes de transporte e outros acidentes), sendo que em 1980 estas causas representavam 6,7% das mortes, enquanto que em 2010 o número quadruplica, representando um total de 26,5%. Em relação aos homicídios contra criança, em um contexto de 99 países, o Brasil se enquadra em 4º lugar (índices entre 50 e 150 vezes superiores aos de países como Inglaterra,

Portugal, Espanha, Irlanda, Itália, Egito), e as taxas desta criminalidade continuam crescendo. Entre 1980 e 2010 estes dados tiveram um crescimento de 346%, vitimando um total de 176.044 crianças em 30 anos.

No contexto do SUS (Sistema Único de Saúde), há uma metodologia que desde 2009 recebe notificações sobre casos de violência, que é o Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Este sistema foi desenvolvido no início da década de 90, tendo como objetivo a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional (Laguardia et al., 2004). Em 2011, foram registrados neste sistema 39.281 atendimentos a crianças entre menores de um e 19 anos de idade vítimas de violência, que representou 40% dos atendimentos computados neste sistema no ano todo. Dentre toda a população infantil atendida, a faixa de maiores atendimentos é a de menos de um ano de idade, representando 118,9 atendimentos em 100 mil crianças com menos de um ano. Os principais tipos de violência acometidos que foram atendidos pelo SUS dentre estes dados foram a violência física (40,5%), depois a violência sexual (20%), em terceiro lugar a violência psicológica ou moral (17%) e a negligência ou abandono (16% - principalmente entre as crianças com menos de 1 ano e 4 anos). Em relação ao principal agressor, está presente uma característica “clássica” da violência contra as crianças, que são os pais (pai, mãe, padrasto e madrasta) responsáveis a 39,1% das agressões às crianças principalmente no primeiro ano de vida (Waiselfisz, 2012).

A partir do princípio do ciclo da violência, pode-se inferir que a violência contra criança pode ser um disparador para que outras condições de risco sejam potencializadas, como a pornografia infantil, os adolescentes em conflito com a lei, crianças em situação de rua e abrigo. Além de proporcionar a possibilidade de serem potenciais abusadores, mais comumente no caso do gênero masculino ou vítimas de violência doméstica, no gênero feminino.

Tendo em consideração as necessidades de termos pais conscientes dos danos causados ao curso do desenvolvimento e, principalmente, de como cuidar adequadamente de seus filhos, já que são os principais cuidadores e, portanto, devem prover, no mínimo, as necessidades básicas da criança, bem como a premissa de que a família é quem deve adquirir um papel central nos programas de intervenção precoce e não apenas o papel de coadjuvante (Williams & Aiello, 2004), esta pesquisa teve a intenção de sensibilizar os pais sobre as temáticas do desenvolvimento infantil e das práticas parentais adequadas.

Dirigir programas de intervenção com caráter preventivo, voltado para toda a família, com seus principais membros participantes (como os cuidadores), aparenta ser um fator de proteção à prevenção de maus-tratos infantis. Com toda a família inserida nos programas de capacitação, os fatores de risco podem ser minimizados, o que pode favorecer o desenvolvimento adequado das crianças.

A fim de contemplar a descrição e análise dos estudos encontrados a respeito da temática enfrentada no estudo, optou-se por subdividir a revisão de literatura em três tópicos: a) Violência Intrafamiliar contra Crianças – Fatores de risco e proteção; b) Conhecimento sobre Desenvolvimento Infantil e c) Prevenção e Intervenção Primárias: Maneiras efetivas de evitar ou diminuir riscos.

1.1 Violência Intrafamiliar contra Crianças – Fatores de risco e de proteção

A violência intrafamiliar é reconhecida mundialmente como um dos principais problemas sociais e de saúde pública devido a sua elevada ocorrência (McAlister, 1998). Em todo o mundo podem ser encontrados casos de violência intrafamiliar contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos e deficientes.

Andrade et al. (2005) e Pinheiro (2006) mencionam que no ambiente familiar, paradoxalmente, a criança tanto pode receber proteção quanto conviver com riscos para seu desenvolvimento. Alguns fatores de risco relatados se referem frequentemente ao baixo nível socioeconômico e à fragilidade nos vínculos familiares, podendo resultar em prejuízos para a solução de problemas, linguagem, memória e habilidades sociais para as crianças.

Pinheiro (2006), no primeiro relatório desenvolvido pelas Nações Unidas (ONU) sobre todas as formas de violência contra crianças, apresenta uma introdução sobre o assunto, os ambientes nos quais ocorre a violência contra crianças, os progressos alcançados, conclusões e recomendações a diversas esferas da sociedade para a proteção das crianças e prevenção da violência. Segundo seu relatório, a violência contra crianças é multidimensional e exige uma resposta multifacetada, ainda enfatizando que as crianças devem ser protegidas contra a violência urgentemente. O autor descreve que a violência (sendo ela física, sexual, psicológica ou negligência e abandono) pode ser entendida como normal e aceitável, tanto pelas crianças, quanto pelos seus agressores, o que significa que pelo fato de a criança não ter um repertório de comparação, para saber se a maneira pela qual seus pais se comportam é adequada, bem como pelo fato de a violência ser corriqueira no seu cotidiano, poderá vir a entendê-la como normal. Por conta deste potencializador, as práticas de violência contra as crianças, segundo consta em seu relatório, são normalmente cometidas por pessoas que fazem parte de suas vidas: pais, colegas de escola, professores, empregadores, namorados ou namoradas, cônjuges e parceiros. E, por conseguinte, a ocorrência de violência sexual no lar é cada vez mais reconhecida.

Ainda segundo Pinheiro (2006), é visto que em 21 países (principalmente países desenvolvidos) 7 a 36% das mulheres e de 3 a 29% dos homens relataram ter sido vítimas de violência sexual na infância e a maioria dos estudos observou que meninas sofreram abusos numa proporção 1,5 a 3 vezes mais alta que meninos. Na maioria dos casos, o abuso ocorreu

dentro do círculo familiar. É citado também um estudo desenvolvido em multipaíses, realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), envolvendo países desenvolvidos e em desenvolvimento. Os achados destes estudos indicaram que entre 1 e 21% das mulheres relataram que haviam sofrido abuso sexual antes de completarem 15 anos, sendo que, na maioria dos casos, por parte de parentes do gênero masculino, que não eram o pai ou o padrasto (Pinheiro, 2006).

A violência intrafamiliar contra crianças pode ser um grande fator de risco para o desenvolvimento da pessoa que sofreu o abuso. Antigamente, o conceito de risco era relacionado às questões biomédicas, sendo que hoje em dia todas as questões biopsicossociais são consideradas, de maneira interligada, o que acarreta à condição mais ampla do conceito (Saito, 2008). Desta forma, os autores Reppold, Pacheco, Bardagi e Hutz (2002) se referem aos fatores de risco como sendo contingências que aumentam a probabilidade de se comprometer a saúde, o bem estar e ainda o desenvolvimento social do indivíduo.

Dentre os fatores de risco, podem ser encontrados os atributos biológicos e genéticos, até as condições do ambiente onde a pessoa está inserida. Embora sejam fatores de risco, estes não são determinantes para que se estabeleça uma condição negativa, mas sim potencializam que estas apareçam. Assim, deve se pensar os fatores de risco de forma complexa e em relação a outras condições e contextos (Morais & Koller, 2004).

Em contrapartida aos fatores de risco, os fatores de proteção podem ser associados à não ocorrência ou não reincidência da vitimização. Assim, os fatores de proteção são as condições que modificam ou alteram o comportamento de uma pessoa ao risco (Rutter, 1985). Segundo Maia e Williams (2005) os fatores de proteção estão intimamente relacionados às condições de prevenção e de busca de qualidade de vida.

As definições de fatores de risco e de proteção à criança podem estar atreladas a várias condições da vida, como por exemplo, problemas de comportamento, distúrbios de aprendizagem, violência intrafamiliar, entre outros.

O nível sócioeconômico ou o poder aquisitivo, o status social, a idade, o sexo e o gênero são fatores associados ao risco de violência contra crianças que podem até levar à morte. Ainda segundo Pinheiro (2006), o risco de a criança sofrer violência sexual predomina entre as que chegaram à puberdade ou à adolescência, e que alguns grupos de crianças são particularmente vulneráveis à violência, como crianças com deficiências, crianças de minorias e outros grupos marginalizados, “crianças de rua” e crianças em conflito com a lei, refugiadas e deslocadas. Em contrapartida, são exemplos de fatores de proteção para as crianças o forte vínculo entre pais e filhos, disciplina positiva e não violenta, estabelecimento de limites, regras, entre outros (Pinheiro, 2006).

Ao estudar as consequências da violência familiar na saúde da criança Reichenheim, Hasselmann e Moraes (1999), propõem que a violência familiar seja entendida como um fenômeno complexo, que envolve todos os integrantes do núcleo familiar e que não se restringe a um indivíduo ou uma relação específica. Essa concepção está em acordo com as condições de risco que uma criança pode estar vulnerável e sua complexidade, como relataram Sapienza e Pedromônico (2005), ao verificarem que raramente os estressores ou os riscos são eventos isolados. Normalmente, os fatores de risco fazem parte de um ambiente complexo e, quando interligados, constituem-se em um mecanismo que age influenciando o indivíduo, sendo os problemas de comportamento, em sua maioria, resultantes de combinação de múltiplos destes fatores de risco.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2002) identifica fatores de risco ao desenvolvimento infantil referente à família e à criança, destacando-se: a) famílias baseadas em uma distribuição desigual de autoridade e poder; b) famílias nas quais não há uma diferenciação de

papéis, levando ao apagamento de limites entre os membros; c) famílias com nível de tensão permanente, manifestado por dificuldades de diálogo e descontrole da agressividade; d) famílias nas quais não há abertura para contatos externos; e) famílias nas quais há ausência ou pouca manifestação positiva de afeto entre pai/mãe/filho; e f) famílias que se encontram em situação de crise, perdas (separação do casal, desemprego, morte e etc).

Embasado na ideia de que a família deveria ser um fator de proteção para a criança, bem como fornecer o suporte necessário para um adequado desenvolvimento infantil, Silva, Nunes, Betti e Rios (2008) realizaram um estudo que discute as variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. Na mesma pesquisa, são apresentados quatro estudos com ênfase na interação entre irmãos, apoio social, idade, adequação de recursos, interação pai-filhos, nível educacional e socioeconômico, problemas de aprendizagem e de comportamento, programa de intervenção precoce, práticas educativas parentais, competência parental, desemprego, violência doméstica, maus-tratos e abuso de drogas e de álcool. Entre os principais resultados foi visto que, se for diminuído o apoio referente à atividade de ser mãe ou pai, irmãos mais novos têm maiores chances de assumir o papel de ajudante de seus irmãos deficientes; níveis socioeconômico e educacional podem influenciar no comportamento dos pais quando em interação com seus filhos com necessidades especiais; o homem pode interagir de forma mais amistosa com os filhos em situações de brincadeiras que as mães; recursos presentes no ambiente familiar podem funcionar como fatores protetores do desenvolvimento escolar, enquanto, o número elevado de adversidades e poucos recursos podem contribuir para a vulnerabilidade das crianças, dificultando o ajustamento escolar.

A pesquisa acima citada também indica que se faz necessário aperfeiçoar recursos do ambiente domiciliar de famílias de crianças com problemas no desenvolvimento escolar e que intervenções programadas podem ser eficazes em aprimorar práticas educativas parentais e expandir a rede de apoio social de famílias, tornando-se um fator protetivo para o surgimento

de problemas de comportamento infantil. Os resultados principais apontam que fica evidente a importância da identificação de variáveis da família que têm influência sobre o desenvolvimento infantil. Ter consciência dessas variáveis é uma maneira de permitir a compreensão da dinâmica familiar, bem como as especificidades familiares no processo de desenvolvimento dos indivíduos.

No que se refere aos fatores de risco e de proteção, Maia e Williams (2005) revisaram a literatura com o objetivo de analisá-la referente a estes fatores ao desenvolvimento infantil, de maneira a compreender o desenvolvimento, e os fatores que possam prejudicá-lo ou potencializá-lo. O trabalho em questão aponta que os profissionais que atuam junto à infância e adolescência devem tomar conhecimento de cada um dos fatores de risco associados à violência, minimizando crenças e questões pessoais que possam dificultar a identificação de tal risco, bem como ser conscientizados de sua importância como possíveis analistas e, desta maneira, possam intervir, identificando e comunicando o caso aos órgãos competentes, tendo como objetivo o bem-estar da criança ou do adolescente. Tal revisão destacou a necessidade dos profissionais exercerem sua prática de modo mais efetivo, atuando preventivamente frente a problemas de comportamento na infância e adolescência, bem como respeitando os direitos desta população. Além disso, o estudo enfatizou a relevância de haver mais trabalhos que tenham como enfoque os fatores de proteção, visando promovê-los.

Destacando a importância dos profissionais saberem lidar com as situações de atendimento às vítimas de violência, o trabalho de Habigzang, Azevedo, Koller e Machado (2006) procurou identificar os fatores de risco e de proteção presentes na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, identificadas nos processos jurídicos do Ministério Público do Rio Grande do Sul no período de 1992 a 1998. Foram analisados 71 expedientes e 94 vítimas. Foi verificado que o envolvimento das famílias das vítimas de abuso sexual, nas intervenções judiciais, é tão importante quanto um trabalho interdisciplinar

efetivo. Foi possível constatar que, nos casos em que as famílias não estavam envolvidas, os encaminhamentos das instituições não foram cumpridos, uma vez que, sendo as vítimas crianças e adolescentes, estas dependiam dos familiares para serem conduzidas aos serviços especializados. Esta condição foi um fator de risco para as vítimas, que não receberam um acompanhamento adequado, o que prejudicou o trabalho dos profissionais participantes da rede de apoio. Seria recomendável que as intervenções terapêuticas adotassem uma abordagem familiar em seu trabalho. Os resultados deste estudo apontam para a dificuldade dos órgãos de proteção à criança e ao adolescente intervirem efetivamente nos casos avaliados. Verificou-se a falta de comunicação entre os serviços que compõem a rede para articular as medidas de proteção necessárias e acompanhar seu cumprimento.

As práticas parentais foram objeto de estudo de Ceconello, Antoni e Koller (2003), que realizaram uma revisão de literatura sobre práticas educativas e estilos parentais no contexto familiar, com a finalidade de analisar fatores potenciais de proteção ou de risco para o abuso físico. O estudo de revisão propõe que sejam realizados programas de intervenção e prevenção de casos de abuso físico na família e parece ser fundamental para a prevenção do abuso intrafamiliar, estruturar uma rede de apoio social, por meio de serviços especializados que possam orientar as famílias sobre práticas educativas e fornecer informações sobre o desenvolvimento infantil e do adolescente. Esta tarefa pode ser realizada dentro das escolas ou nos postos de saúde.

As famílias têm como direito a garantia da privacidade, que a distancia da comunidade, com uma condição de que o que é familiar não cabe à sociedade de uma forma geral. Esta condição está não somente nas culturas e sociedades, como também redigidos em instrumentos internacionais como um direito humano, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, da ONU (Brasil, 2006).

Percebe-se que mora nesta condição prévia a dificuldade de eliminar e reagir diante da violência contra crianças no contexto da família, que pode representar o maior desafio de todos, considerando que ela é vista pela maioria como a mais “privada” das esferas privadas. No entanto, os direitos da criança à vida, à sobrevivência, ao desenvolvimento, à dignidade e à integridade física não são separados pela estrutura física da casa ou social da família (Pinheiro, 2006). Assim, verifica-se a necessidade de capacitar pais a fim de promover fatores de proteção e estes atuarem como os principais agentes protetivos da criança em desenvolvimento.

É percebido que as famílias são culpabilizadas por não saberem como ter bom desempenho para proteção das crianças, mas não pode ser esquecido o insuficiente apoio que o estado fornece a pais e também a profissionais. A falta de políticas públicas, como capacitações a profissionais que devem lidar com o manejo de famílias em situações de violência é um fator aliado ao grande número de reincidências e pouco atendimento às vítimas de violência.

Como visto, os fatores de risco podem influenciar negativamente o desenvolvimento infantil. Com base nesta premissa, foi verificado se a idade das mães pode ser um fator de risco para a violência contra seus filhos. Muitas vezes a mãe jovem encontra dificuldades desde a gestação até o nascimento da criança. Desta forma, para finalizar esta seção, foi realizada uma busca sobre a gestação na adolescência. Este item teve como objetivo verificar se há na literatura uma relação entre a gestação na adolescência e os fatores de risco ao desenvolvimento infantil e também às práticas parentais adequadas.

1.1.1 Gestação na adolescência – Fator de risco para a ocorrência de violência intrafamiliar

Para dar início à seção, é necessário justificar a condição de adolescente no contexto sociocultural atual, sendo que se apresenta cada vez mais complexo delimitar quando se finaliza a adolescência. Seu início marcado por questões biológicas, maturacionais e orgânica não deixa dúvidas pelas mudanças, inclusive visíveis. Segundo Saito (2008), a imagem corporal da puberdade, a aceleração do crescimento e a evolução da maturação sexual representam o início da puberdade. Entretanto, seu fim é marcado por divergências sociais e culturais, que são também refletidas em instrumentos legais, como, por exemplo, o Estatuto da Criança e do Adolescente que delimita a adolescência a faixa etária entre os 12 e 18 anos (Brasil, 1990). Já a Organização Mundial de Saúde – (OMS) (*World Health Organization*, 2001), o Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2007a) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (Brasil, 2007b) consideram adolescente o indivíduo entre 10 e 20 anos incompletos. Este último dado foi o critério adotado pelo presente estudo, uma vez que além da Organização Mundial de Saúde ser um órgão internacional, que valida muitas condições amplas no que diz respeito à esfera global, também é um dado mais recente que o ECA. Percebe-se que mesmo os documentos brasileiros não tem uma congruência relacionada ao fim da adolescência, contudo autores brasileiros (Schoen-Ferreira & Aznar-Farias, 2010) já indicam a dificuldade em se colocar em números o fim desta fase do desenvolvimento e, portanto, refletem e discutem sobre os aspectos sociais que podem influenciar na adolescência estendida.

Alguns autores (Budd, Hieman & Kane, 2000; Price & Rodrigues, 2004; Zelenko et al., 2001) verificaram se há relação da idade das mães com o potencial de maus-tratos, utilizando medidas do Inventário CAP (*Child Abuse Inventory*). Foi visto, em geral, que as mães adolescentes têm altos níveis de angústia e pouca satisfação com o rede de apoio social. Foi visto, ainda, que o baixo conhecimento sobre desenvolvimento infantil é um fator de risco para os maus-tratos infantis. Adicionalmente, os jovens pais que sofreram abuso físico na

infância acreditam ter merecido a punição e ainda consideram implementar disciplinas baseadas na punição corporal com seus filhos.

No contexto da gestação na adolescência, há atrelado a este fato, fatores de risco e de proteção ao desenvolvimento infantil dos filhos destas mães, sendo que o sistema familiar, as características individuais e a rede de apoio são fortes fatores de proteção (Lewandowski et al., 2002), enquanto que estes mesmos fatores, porém se/quando reconhecidos como agentes negativos são fatores de risco à gestação na adolescência.

Rios, Williams e Aiello (2007) revisaram a área acerca da gravidez na adolescência e identificaram que há uma quantidade grande de consequências negativas para o desenvolvimento infantil, e por isso pode ser considerada um problema de saúde pública, sendo proposto que haja mais programas de prevenção para mães adolescentes diminuam os riscos para o desenvolvimento de seus filhos. Esses programas poderiam prevenir a ocorrência da gravidez na adolescência, aumentar as habilidades parentais, fornecer serviços de pré-natal, diminuir taxa de reincidência de gravidez precoce e promover o desenvolvimento adequado da criança frutos de uma gravidez na adolescência. Segundo as autoras, os poucos programas existentes no Brasil foram capazes de diminuir os índices relacionados com a ocorrência de gravidez na adolescência e reduzir os fatores de risco para o desenvolvimento infantil, permitindo um vislumbre positivo do que pode vir a ser realizado no combate à gravidez precoce.

Andrade, Ribeiro e Ohara (2009) obtiveram resultados que corroboram com a premissa de que a gravidez na adolescência pode ser planejada pelas próprias mães e contribuir para um *status* desejado. Segundo as autoras, a gravidez pode ser carregada de atributos positivos, que envolve não apenas ter o filho, mas um processo biológico que envolve interações com familiares, companheiros e ingressar no mundo adulto. E que mesmo na adolescência, as mães podem revelar expectativas quanto à criação do filho e também

sobre seu próprio futuro. Apesar de tudo isso, as autoras ressaltam que a família exerce papel fundamental para que a mãe realize os sonhos, já que funciona como um importante elemento facilitador para que essa mãe se sinta mais tranquila, fortalecida e supere os obstáculos nos cuidados do filho.

Um estudo de Mendes, Soares, Jongenelen e Martins (2011) verificou como mães adolescentes portuguesas se identificam como mãe, como se refletem e se avaliam um ano após o nascimento do bebê. Participaram do estudo 38 mães de 13 a 18 anos e foram usados quatro instrumentos distintos para a coleta de dados. Identificou-se que há uma relação significativa entre a qualidade da organização de vinculação da adolescente e a qualidade da adaptação à maternidade. A maioria das mães adolescentes avaliadas na gravidez como seguras do ponto de vista da organização da vinculação revelaram-se, aos 12 meses do pós-parto, capazes de reconhecer e aceitar as mudanças impostas pela maternidade e o amplo leque de experiências emocionais que lhe está associado. Nestas mães, a atitude face à maternidade foi predominantemente otimista e o relato das experiências foi feito de modo coerente e reflexivo.

Rodrigues, Altafim, Schiavo e Valle (2011) trabalharam com intervenção em um grupo de mães adolescentes por meio de um programa de práticas parentais. Participaram desta pesquisa 14 mães adolescentes (de 15 a 19 anos). Para a coleta de dados foi utilizado o Inventário de Estilos Parentais para Mães de Bebês (IEPMB), adaptado de Gomide (2006), devido à faixa etária dos filhos das mães adolescentes, bebês com até 12 meses. A pesquisa contou com três etapas, sendo que no início todas as mães responderam ao IEPMB, posteriormente passaram pela intervenção e como pós-teste, responderam ao questionário novamente. A intervenção foram oito encontros, semanais, com duas horas de duração. AS temáticas dos encontros foram: família, adolescência, maternidade, práticas parentais e desenvolvimento infantil. O grupo de intervenção se apresentou de forma efetiva,

promovendo a aquisição e/ou manutenção das práticas parentais positivas e a diminuição das práticas negativas. Os resultados apresentaram uma média caracterizada pelo instrumento como “Estilo Parental Ótimo” ao final da intervenção, sendo que inicial com “Estilo Parental Bom”. Segundos as autoras, a intervenção foi efetiva para a população e sugeriram a implementação de programas do tipo para que haja a melhoria de práticas educativas de mães de bebês, para que seja aumentada a probabilidade de desenvolvimento sadio dos filhos.

Sabendo que tanto as práticas parentais adequadas como o entendimento dos pais acerca do desenvolvimento infantil podem funcionar como fatores de proteção ao desenvolvimento infantil, é importante pesquisar se o ensino sistematizado destes conceitos pode minimizar outros fatores de risco, como a gestação na adolescência e condições sócio-demográficas negativas. Assim, configura-se conveniente abordar as temáticas sobre o conhecimento do desenvolvimento infantil e também dos programas de prevenção à violência, que serão os dois tópicos abordados nas próximas seções.

1.2 Conhecimento de pais sobre desenvolvimento infantil

Pais e cuidadores, que apresentam noções sobre as capacidades e limitações de cada faixa etária e dos marcos do desenvolvimento infantil, podem representar um grande fator de proteção para a criança, já que podem compreender melhor as habilidades das crianças de acordo com a idade em que se encontram e desta forma não subestimar e tampouco superestimar seus comportamentos (Andrade et al., 2005; Maia & Williams, 2005; Rios, Williams & Aiello, 2007).

Este conhecimento está ligado diretamente às noções pessoais de períodos mais prováveis de aquisição de habilidades motoras, perceptuais e cognitivas no curso do desenvolvimento infantil, e se relaciona também com as crenças sobre quais são os possíveis fatores que podem influenciar no desenvolvimento das crianças e sobre quais tipos de higiene

e segurança podem intervir na saúde das crianças (Seidl de Moura et al., 2004). Assim, a necessidade de se saber mais sobre o desenvolvimento infantil reside no papel central deste tema no sistema de crenças parentais, que influencia diretamente a interação entre pais e filhos, que pode afetar o comportamento parental e assim, pode afetar o desenvolvimento infantil (Ribas et al., 2007). Favorecer que os pais saibam mais sobre as principais etapas do desenvolvimento pode fazer com que estes criem expectativas adequadas em relação aos comportamentos de seus filhos, levando-os a se comportar também de forma mais adequada em relação a estes. Desta forma, os pais podem, por exemplo, não agir de maneira violenta em relação ao seu filho que não corresponde ao que se espera.

Há diversos fatores que se relacionam com o conhecimento de pais sobre o desenvolvimento infantil. Dentre estes fatores, pode-se citar o nível de escolaridade, o nível socioeconômico, idade dos pais e dos bebês, gênero do bebê, se há outros filhos ou não, rede de apoio, fontes de informação, atuação governamental direta ou indireta, contexto cultural e religioso, entre outros (Moura et al. 2004)

Seidl de Moura et al. (2004) investigaram conhecimentos sobre desenvolvimento infantil de mães, relacionando-os ao nível socioeconômico das famílias, idade e escolaridade das mães, idade e sexo dos bebês e aspectos culturais do contexto envolvido. Participaram do estudo 405 mães primíparas (com crianças de zero a um ano de idade) de seis regiões brasileiras, com média de idade de 26 anos e filhos com até um ano de idade. Foi utilizado o Inventário do Conhecimento do Desenvolvimento Infantil – KIDI – (Macphee, 1981) a fim de avaliar o conhecimento acerca do desenvolvimento infantil relacionado com as variáveis supracitadas, nas diversas regiões.

Entre os resultados, verificou-se um alto índice de correlação entre o nível de escolaridade das mães e a idade dos bebês com o conhecimento que estas possuem a cerca do desenvolvimento infantil, sendo que quanto mais velho o bebê, maiores os conhecimentos das

mães. Em relação à ocupação das mesmas não foi encontrada uma correlação significativa com o conhecimento sobre desenvolvimento. Tanto a escolaridade materna, quanto o local de residência das mães (neste caso, centro urbano), demonstraram impacto significativo sobre o resultado do KIDI. Em cinco das cidades investigadas, foi percebido efeito significativo da variável idade dos bebês e escolaridade das mães, sendo que apenas em Porto Alegre não foi encontrada esta influência nítida. Em relação a este dado de Porto Alegre, percebe-se que a cidade em questão é considerada com um dos maiores IDHs (Índice de Desenvolvimento Humano) do Brasil, o que pode se relacionar intimamente com a questão do atendimento materno-infantil por parte de esferas governamentais, o que propicia maiores conhecimentos socializados à população gestante ou materna de uma maneira geral. Esta condição reafirma a necessidade de programas que levem informações a mães sobre desenvolvimento infantil, relacionando-se a prevenção de maus-tratos intrafamiliares contra crianças.

A importância do conhecimento sobre desenvolvimento infantil é reconhecida pela Convenção sobre os Direitos da Criança, decretada pela ONU, que assegurou aos países o dever de difundir em todos os setores da sociedade, os princípios básicos que permeiam este tema (Silva et al., 2005). Assim, entende-se como primordial que políticas públicas que contemplem a população de pais sejam implementadas com a necessidade de difundir conhecimentos básicos sobre desenvolvimento infantil, com a intenção de minimizar possíveis efeitos negativos sobre as práticas parentais adequadas, predefinidas pelas baixas condições sociodemográficas, bem como para que seja favorecido que os pais tenham seus conhecimentos sobre desenvolvimento infantil ampliados.

O KIDI também foi aplicado em estudo desenvolvido por Silva, Vieira, Seidl de Moura e Ribas (2005), os quais identificaram as concepções de 109 mães primíparas (com crianças de zero a um ano) sobre o processo de desenvolvimento infantil de seu filho, analisando a influência de variáveis sociodemográficas (ocupação profissional, escolaridade e

idade) da mãe e o gênero e idade da criança no conhecimento sobre desenvolvimento. Dentre os principais resultados do estudo, identificou-se que a idade das mães variou de 18 a 46 anos, com filhos de 1 a 12 meses e pais com idade de 18 a 51 anos. A maioria das participantes (42%) possuía o ensino superior completo ou incompleto, e mais de 60% possuíam atividade remunerada e ainda 87,2% das mães já foram ou estavam casadas com o pai das crianças. Em relação ao perfil dos pais, constatou-se que a maior parte dos participantes (38%) tinha o ensino médio completo ou incompleto, sendo que a escolaridade e o nível de ocupação das mães foram superiores ao dos pais, porém apenas um dos pais não exercia atividade remunerada durante a pesquisa. Identificou-se também que quanto maior a idade da mãe, maior o seu grau de instrução, e também que quanto maior o grau de escolaridade, melhor a posição no mercado de trabalho. Referente ao conhecimento sobre desenvolvimento, o menor índice de acertos foi obtido na subescala *Princípios* (questões referentes ao processo do desenvolvimento infantil, pelas suas evidências e habilidades adquiridas), com 18% de acertos, e o maior índice esteve associado à categoria *Saúde e Segurança* (questões referentes à nutrição apropriada, prevenção de acidentes e tratamento de doenças eventuais), que representou 100% de acertos.

Em termos gerais, as entrevistadas obtiveram uma média de 58% de acertos. Nas correlações foi percebido que a idade das mães não se relacionou significativamente com o conhecimento sobre desenvolvimento infantil, entretanto, identificou-se que quanto maior o prestígio social de ocupação das mães maior era o seu conhecimento relacionado ao cuidado parental, bem como quanto maior o grau de escolaridade maior era o conhecimento sobre *Cuidados e Normas*. As variáveis idade das crianças e gênero das mesmas não se correlacionaram positivamente com nenhuma categoria para o conhecimento de desenvolvimento infantil.

Os autores recomendaram possíveis pesquisas que disponibilizassem informações sobre cuidados parentais, educação e saúde infantil para esta camada da população a qual o acesso à educação formal é uma dificuldade. Assim, reitera-se novamente a necessidade de se intervir em famílias com baixo poder socioeconômico e com baixa escolaridade, sendo que desta maneira é possível trabalhar para que estes pais sejam capacitados a desenvolverem habilidades cognitivas, como crenças e práticas adequadas, para que por meio disto, sejam empoderados e intensifiquem seus sentimentos de competência frente à parentalidade, para que se promova a saúde ampla de seus filhos em ambientes saudáveis (Silva et al., 2005).

O conhecimento que os pais têm sobre o desenvolvimento infantil é um dos grandes preditores de como os pais vão avaliar os comportamentos dos filhos e assim se comportar de maneira a guiar decisões de como criar seus filhos. Assim, por exemplo, mães adultas com maior escolaridade podem ter um melhor conhecimento sobre desenvolvimento infantil que mães adolescentes, e, portanto, podem saber como cuidar mais adequadamente de seus filhos.

As pesquisas que estudam sobre o conhecimento dos pais acerca do desenvolvimento infantil podem auxiliar na elaboração, planejamento e implantação de políticas públicas, principalmente quando se trata de variáveis socioculturais, ou seja, por meio deste tipo de pesquisa pode-se tentar compreender fatos que determinam a baixa adesão a campanhas de saúde pública, como vacinação, pré-natal ou ainda crenças coletivas, como uso de mamadeiras e chupetas e ainda comportamentos como o bater, agredir, etc.

Os mesmos dados descritos acima foram encontrados na pesquisa de Ribas, Seidl de Moura e Bornstein (2007). Os autores estudaram cognições maternas acerca de temas relacionados ao desenvolvimento humano e à maternidade em 66 mães primíparas (com filhos de aproximadamente cinco meses) cariocas. Foi visto que as mães apresentaram um nível razoável de conhecimento do desenvolvimento infantil. E ainda que, quanto maior a escolaridade e o *status* socioeconômico, maior era o conhecimento do desenvolvimento

infantil, enquanto a idade das mães não foi uma variável significativa. Percebeu-se ainda que o conhecimento sobre desenvolvimento infantil e autopercepção parental tem correlação significativa, ou seja, mães que apresentaram maior conhecimento sobre desenvolvimento infantil também apresentaram autopercepção mais positivas no que se refere à satisfação parental e investimento parental. Dentre os principais resultados, constatou-se que as mães acertaram em média 60% das questões contidas no KIDI, representando um nível considerado razoável de conhecimento acerca do desenvolvimento infantil.

A partir dos dados descritos acima, percebe-se que as diferenças sociais e culturais têm se mostrado como variáveis que se relacionam com o conhecimento sobre desenvolvimento infantil. Esta relação pode ter origem na condição de que mais frequentemente, pais que têm maior escolaridade podem ter melhores empregos e assim, maior acesso às informações de como serem modelos comportamentais adequados para seus filhos, possibilitando fornecer exemplos de como se comportar, conversar e também de poder informá-los mais adequadamente. Apesar disto, reitera-se que não são apenas as variáveis sociodemográficas que influenciam e se correlacionam com o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, mas, as variáveis culturais como as crenças maternas e ainda as características da criança, como o sexo, se a criança possui alguma deficiência, se tem irmãos ou não, etc.

Além destas condições, sabe-se que a família sozinha pode não conseguir lidar com todas as necessidades da saúde da criança, necessitando assim de intervenções da comunidade, das organizações sociais e claramente do estado. Por conta disto, sugere-se a importância da atuação das equipes que compõem a Estratégia Saúde da Família no movimento de se trabalhar conjuntamente às famílias para que estas sejam corresponsáveis pela saúde integral das crianças (Alexandre et al., 2012).

Como exemplo de políticas públicas e acesso à informação sobre a primeira infância, a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal trabalha no sentido de gerar e disseminar conhecimento da primeira infância, por meio de cursos, financiamento à pesquisa, publicação de livros, materiais de comunicação, implementação de programas e encontros científicos em parceria com a comunidade (Marino & Pluciennik, 2013). São corresponsáveis pela organização de programas como o Primeira Infância e o Primeiríssima Infância que acontece nos municípios, em parcerias com as prefeituras, que leva cursos práticos e teóricos para unidades de saúde ou outros locais de acesso à comunidade em geral e de interesse ao assunto. Ainda, promoveram o programa televisivo Infância Nota 10, em parceria com o Canal Futura/Fundação Roberto Marinho, cujo foco foram as crianças da primeiríssima infância, ou seja, que estão na faixa etária de zero a três anos. São cinco capítulos que contemplam os temas: Desenvolvimento Cerebral, Ser Criança Hoje, O Estabelecimento do Vínculo, O Brincar, Família. Tal projeto envolve ainda parcerias, tais como, com o IBOPE, para criação de pesquisas e diagnósticos nacionais no que se refere à primeira infância, com a FAPESP para criação e fomentação de pesquisas, e com o Governo Federal para criação de políticas públicas, por meio da relação entre os conhecimentos científicos produzidos na academia juntamente à comunidade. Ainda, junto à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, produziu em 2012, o I Curso de Especialização em Promoção do Desenvolvimento Infantil (Curso de Especialização – FMCSV, 2012).

Sabe-se da necessidade de se investir nos primeiros anos de vida da criança, a chamada primeira infância, período que se refere dos zero aos seis anos de idade. Este período é crucial para que se tenha um desenvolvimento adequado, além de ter relação direta com desempenho escolar, no desenvolvimento da autoestima, resiliência, para formação de vínculo com pares, para que se crie independência e no preparo da criança como um todo para a convivência familiar e comunitária. Caso este período seja negligenciado por cuidadores,

pode-se criar um impacto significativo sobre o desenvolvimento pleno da pessoa. Assim, apoiar os pais para a transição da parentalidade é de suma importância, para que criem pessoas com desenvolvimento adequado, e sejam pais confiantes e apoiadores e que contribuam para que seus filhos sejam adultos responsáveis e que possam também construir famílias com fortes vínculos e que, indiretamente, possibilitem boas comunidades e a sociedade em geral.

1.3 Prevenção e Intervenção Primárias: Maneiras efetivas de evitar ou diminuir riscos

Guralnick (1998) define a intervenção precoce como um conjunto de ações, recursos humanos e ambientais, que tendem proporcionar à criança as experiências necessárias a partir de seu nascimento para garantir o desenvolvimento máximo de seu potencial. Assim, as ações preventivas destinam-se a diminuir o potencial de risco e desenvolver o potencial para o enfrentamento com a mobilização prévia dos recursos necessários. A intervenção preventiva primária pode ser realizada em programas de educação para a vida familiar, educação para os pais, educação profissional entre outros.

A prevenção de fatores que interferem no desenvolvimento infantil pode ser entendida em três níveis: prevenção primária, cujo objetivo é identificar, remover ou reduzir a incidência de fatores de risco que produzem condições de adversidades; prevenção secundária, que objetiva reduzir a duração ou severidade quando já se constatou uma manifestação de adversidade; e prevenção terciária, que busca a redução de efeitos associados à condição de risco plenamente estabelecida (Nunes, 1996).

Investigar a respeito de estratégias que possam minimizar ou impedir o impacto e a ocorrência de eventos ambientais para o desenvolvimento típico da criança aponta para a relação com a Educação Especial, no que se refere à prevenção primária de possíveis deficiências para a criança (Brino & Williams, 2009).

A presente pesquisa atenta-se à prevenção primária da violência infantil, tendo como base um modelo de intervenção precoce. Segundo Hallahan e Kauffman (2003) há indicativos que quanto mais cedo a intervenção for iniciada, melhores serão os resultados para a criança e sua família. Tais resultados positivos surgem em decorrência de que quanto mais nova a criança, maior a facilidade do sistema neurobiológico em mudar e se adaptar. Adicionalmente, ainda de acordo com os autores, há o fato de que a intervenção precoce prevê apoio para a criança e para a família, ajudando a prevenir o desenvolvimento de problemas e/ou deficiências adicionais, criando assim, bases para futuras aprendizagens.

Segundo Sanders (2007) a intervenção parental está entre as maiores e mais poderosas ferramentas avaliadas para melhorar a saúde das crianças e seu bem-estar. Bons pais deveriam ser a peça central da saúde pública para promover o bem-estar da criança e prevenir problemas mentais mais graves, problemas sociais e educacionais em crianças e pessoas jovens.

Com a finalidade de exemplificar a importância da capacitação parental, Gross, Garvey, Julion e Fogg (2007) apontam que para se obter licença para dirigir em Illinois (EUA), deve-se completar 25 horas dirigindo com supervisão, teste de visão, de escrita, e um teste prático sob avaliadores do governo. O carro também deve passar por inspeção, mostrando evidências de que os faróis, os freios e as setas e a ré estão seguras e funcionando. Tudo isso porque a Secretaria do Estado quis criar motoristas seguros e competentes. Ao contrário, os pais não recebem treinamento, mesmo com a necessidade não menos crítica de se tornarem pais seguros e competentes (Gross, Garvey, Julion & Fogg, 2007).

É identificado na literatura (Cia, 2009) que os programas para ambos os pais apontam contribuições decisivas para a superação das dificuldades dos filhos e para melhora da qualidade da relação entre pais e filhos. Assim, a importância da participação de toda a família em programas de intervenção parece ser essencial para promoção de saúde e

prevenção de riscos. Segundo Barros (2006), uma família que contempla pais socialmente habilidosos, que saibam como promover um lar adequado, bem como um ambiente familiar acolhedor, e ainda que saiba organizar contextos favoráveis podem ser considerados fatores de proteção para que seus filhos criem mecanismos protetivos contra as ameaças às quais são usualmente expostos. Desta forma, justificam-se programas de intervenção que englobem o envolvimento de ambos os pais com seus filhos.

Desenvolver habilidades parentais parece mostrar resultados bastante favoráveis para a prevenção de comportamentos inadequados nos filhos e ainda diminuir riscos. Capacitar pais a favor da promoção de comportamentos adequados frente a situações de risco pode ser um ganho em longo prazo na proteção das crianças. Da mesma forma, mesmo que o foco da capacitação sejam profissionais da saúde e da educação, ainda assim, é necessário que seja abordada a importância de se inserir a famílias nas discussões que concernem à criança. As práticas parentais adequadas têm sido alvo de várias pesquisas, com resultados promissores para a proteção da criança, diminuição de riscos, diminuição de comportamento inadequado e instalação de comportamento adequado, entre outros.

Gomide (2003) propôs nomenclaturas específicas, sendo Estilos Parentais, denominado pela autora como sendo as crenças, valores e aspectos relativos à hierarquia das funções e papéis familiares, expressos no exercício da disciplina, autoridade e tomada de decisões. A autora apontou que as práticas educativas negativas que podem desenvolver padrões de comportamentos inadequados nos filhos são negligência, abuso físico e psicológico, disciplina relaxada, punição inconsistente e monitoria negativa. Há também as práticas educativas positivas que envolvem monitoria positiva e comportamento moral, definidos como: a) uso adequado da atenção e distribuição de privilégios, o adequado estabelecimento de regras, a distribuição contínua e segura de afeto, o acompanhamento e supervisão das atividades escolares e de lazer; e b) comportamento moral que implica no

desenvolvimento da empatia, do senso de justiça, da responsabilidade, do trabalho, da generosidade e no conhecimento do certo e do errado quanto ao uso de drogas, álcool e sexo seguro.

Para Werner (1998) há a necessidade de que as intervenções não sejam focadas somente nos fatores de risco presentes na vida das crianças e suas famílias, mas que também incluam as competências e recursos informais presentes na vida das pessoas, competências essas que podem ser utilizadas para promover o repertório da habilidade de resolução de problemas e aumentar a autoestima. Entre as pesquisas nacionais de intervenção com pais (Bolsoni-Silva, Silveira & Marturano, 2008; Caminha & Pelisoli, 2007; Cia, Williams & Aiello, 2005; Coelho & Murta, 2007; Murta, Rodrigues, Rosa, Paulo & Furtado, 2011; Pinheiro, Haase, Del Prette, Amarente e Del Prette, 2006; Rios, 2006; Santini, 2011; Velasquez, 2010; Weber, Salvador & Brandenburg, 2006), verifica-se a ocorrência de temáticas como a diminuição dos fatores de risco ao desenvolvimento infantil, as habilidades sociais parentais, as práticas parentais adequadas, a diminuição de comportamentos inadequados nos filhos, os estilos parentais e o treinamento para pais.

Para relacionar as intervenções à diminuição dos fatores de risco ao desenvolvimento infantil, Andrade et al. (2005) desenvolveram um estudo com o objetivo de analisar a associação entre a qualidade do estímulo doméstico e o desempenho cognitivo infantil, identificando se a variável escolaridade materna seria influente na qualidade da estimulação. Para tanto, foi realizado um estudo de corte transversal com 350 crianças de 17 a 42 meses, residindo na cidade de Salvador no ano de 1999. Utilizou-se um questionário socioeconômico, o inventário *Home Observation for Measurement of the Environment Scale* (HOME) para mensurar a estimulação no ambiente familiar, e a escala Bayley de desenvolvimento infantil (*The Bayley Scale of Mental Development* apud Andrade, 2005), que determinam o Índice de Desenvolvimento Mental. A coleta foi realizada em domicílio, por

psicólogos e estudantes de psicologia. Os resultados apontaram que a escolaridade materna, acima de cinco anos, se associou positivamente a melhor oportunidade de variação na estimulação diária, com disponibilidade de materiais e jogos apropriados para a criança e maior envolvimento emocional e verbal da mãe com a criança, ou seja, houve relação positiva com a qualidade da estimulação ambiental recebida pela criança. Além disso, foi visto que quanto melhor a qualidade da estimulação ambiental disponível para a criança, melhor o seu desempenho cognitivo. Foi visto também que a presença do companheiro interferiu positivamente na qualidade da estimulação disponível no ambiente familiar. Esse fato deve estar atrelado à influência positiva da presença do companheiro no desempenho da função materna. O estudo aponta que é necessário que haja programas de intervenção para famílias de baixa renda e sugere que a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como um espaço privilegiado de atenção às crianças vivendo em contextos desfavorecidos, uma vez que a ESF dispõem de recursos humanos para intervir no ambiente familiar, incorporando o enfoque de práticas psicossociais de cuidados infantis e assim contribuindo de forma relevante para o desenvolvimento pleno da criança brasileira.

Assim como o estudo descrito acima, Cia, Williams e Aiello (2005) realizaram uma intervenção com a possibilidade de diminuição de ocorrências de danos ao desenvolvimento infantil, sendo que tiveram como objetivo identificar os impactos em curto prazo de uma intervenção direcionada para uma família composta por uma mãe adolescente e sua filha e avaliar em médio prazo os impactos da intervenção sobre o desenvolvimento da criança em questão, considerada de risco. Foi realizada uma intervenção precoce focada na família, com uma criança do sexo feminino (20 meses) e sua mãe (15 anos). O procedimento de coleta de dados foi separado entre pré-intervenção, intervenção e pós-intervenção com encontros domiciliares. A primeira etapa se deu em encontro com a mãe e aplicação de dois instrumentos, o Questionário Preliminar e o Inventário Portage Operacionalizado (IPO). A

segunda etapa contou com 10 encontros de 30 minutos com atividades que envolviam a mãe e a criança, com apresentação de modelos para a mãe com finalidades de estimular as áreas contempladas pelo IPO. A terceira etapa contou com a reaplicação dos mesmos instrumentos nas participantes. Apesar de tal estudo ter sido realizado com apenas uma família e envolver uma breve intervenção precoce, os resultados mostraram que o programa trouxe benefícios para a família toda. A criança apresentou uma melhora significativa na relação pré e pós-intervenção, que foi de 78,8% para 94,5% de emissão de comportamentos esperados para sua faixa etária. Os benefícios obtidos foram a mãe ter passado a entender a importância de oferecer encorajamento para a filha andar, explorar o ambiente e tornar-se independente, ainda a mãe voltou a estudar, e por conta de ter recebido maiores informações sobre desenvolvimento infantil, passou a ser mais prestativa com a criança. Além disso, por meio de análise qualitativa, foi possível verificar que a criança apresentou melhoras no repertório comportamental em todas as áreas do desenvolvimento.

Vilaça e Carvalho (2013) procuraram responder à questão de como um programa chamado *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil (PEPDI) criaria impactos no desenvolvimento infantil, na cidade de Braga, na Universidade do Minho, em Portugal. Foram investigadas as variáveis conhecimento sobre desenvolvimento infantil, níveis de ansiedade materno, níveis socioeconômicos e desenvolvimento infantil com dois grupos, Controle (GC) e Experimental (GE), formados por 411 participantes, sendo constituídos por díades, os quais 205 formaram o GE e 206 o GC. Para a coleta de dados foram usados dados do nível socioeconômico, o tipo de residência da mãe, número de irmãos, a ansiedade materna (medido pelo STAI-Y), conhecimento sobre desenvolvimento infantil (medido pelo KIDI) e desenvolvimento infantil (medido pelo SGS-II). Nos resultados foi encontrado que houve um efeito positivo do PEPDI no que se refere à diminuição da ansiedade que está relacionada com a transição para a parentalidade, um efeito positivo também no acompanhamento do

crescimento e desenvolvimento das crianças nos primeiros seis meses de vida. Ainda, percebeu-se uma alta relação entre níveis de ansiedade com a parentalidade e, conseqüentemente, com o desenvolvimento da criança. O estudo demonstrou que programas dirigidos para famílias podem fazer com que os ambientes interfiram até mesmo nas condições “estabelecidas” geneticamente.

As práticas parentais positivas podem ser um fator importante na prevenção de comportamentos inadequados. Rios e Williams (2008) verificaram na literatura que há necessidade de envolvimento familiar nos programas de intervenção, a partir de uma revisão sobre trabalho com famílias visando à prevenção de problemas de comportamento infantil. Foram encontrados programas de prevenção importantes na literatura estrangeira, enquanto que no Brasil ainda são pouco desenvolvidos e estruturados. Os resultados mostram que se faz necessário o desenvolvimento de novos estudos relacionados ao envolvimento de famílias de baixa renda em programas de intervenção, considerando que a condição da baixa renda é um dos fatores que mais comprometem a efetividade dos programas parentais. Acredita-se que, além de embasar as intervenções em modelos colaborativos, seria necessário construir intervenções que busquem primeiramente ensinar algumas habilidades às famílias, como, por exemplo, ensinar a pensar em grupo e a solução de problemas. Adicionalmente, cabe enfatizar a importância de estudar fatores relacionados à participação parental, e não somente os fatores que dificultam a participação da família.

Neste sentido, na intenção de prevenir problemas de comportamento infantil, o trabalho de Rios (2006) objetivou avaliar os efeitos de um programa de intervenção precoce direcionado às famílias de baixa renda visando prevenir o surgimento de problemas de comportamento em crianças pré-escolares, por meio do aprimoramento de práticas educativas parentais, associadas ao desenvolvimento de condutas pró-sociais e minimização do uso de práticas educativas parentais associadas ao desenvolvimento de problemas de comportamento.

Participaram da capacitação quatro mães no grupo A e uma mãe no grupo B, que tinham criança de até três anos de idade. Foram utilizados o Protocolo Revisado de Observação da Família, Escala de Senso de Competência Parental, Inventário de Potencial para Abuso Infantil, Questionário de Avaliação do Temperamento, Questionário de Satisfação do Cliente, Entrevista Inicial e Diário de Pesquisa. Ainda, foi realizadas medidas de pré, pós-intervenção e *follow-up*.

Entre os fatores de riscos aos quais os participantes estavam sujeitos eram a baixa escolaridade, alto índice de desemprego, baixo nível educacional e baixo nível socioeconômico. Dentre os resultados da pesquisa, foi possível verificar que o programa foi eficaz em aprimorar práticas educativas parentais para todos os participantes e que quanto maior foi a participação parental no programa, maiores foram os ganhos de conhecimento e aprimoramento sobre práticas educativas. Além disso, pelos dados de observação, foi verificado que houve maior frequência de interações positivas entre mães e filhos e aumento de comportamentos parentais positivos após intervenção, contudo há uma lacuna nas redes sociais em quase todos os participantes, que pode ser considerado um grande fator de risco, visto que as redes de apoio social são de fundamental importância para o enfrentamento de situações adversas. Dessa forma, reafirma-se a necessidade de programas de prevenção primária, a fim de possibilitar aos pais a responsabilidade do desenvolvimento adequado de seus filhos.

Um programa que tem sido avaliado desde 2000 na Universidade do Paraná é o de Weber, Salvador e Brandenburg (2006). A partir dos estudos sobre práticas educativas parentais, as autoras elaboraram um instrumento de medida: As Escalas de Qualidade de Interação Familiar (EQIF), que se trata de um instrumento que avalia a qualidade de interação entre a criança/adolescente e seus pais e entre o casal. O programa de Qualidade na Interação Familiar é constituído por oito encontros decorridos semanalmente com os seguintes temas:

(1) princípios de aprendizagem; (2) relacionamento afetivo e envolvimento; (3) regras e limites; (4) reforçamento; (5) punições; (6) voltando no tempo, (7) autoconhecimento e modelo e (8) fechamento.

Com base neste programa, Weber, Brandenburg e Salvador (2006) realizaram um estudo no qual participaram 93 pais e mães de crianças e de adolescentes, separados em oito grupos diferentes, que se encontrava em diferentes localidades. Os encontros eram constituídos por vivências, discussões de dúvidas, explicações teóricas, treinamentos, tarefas de casa e autorregistro. Foram utilizados apostilas (elaboradas pelas pesquisadoras) e vídeos didáticos elaborados especialmente para este programa. No último encontro foi utilizada uma ficha de avaliação final (FAF), com três perguntas abertas (pontos positivos, pontos negativos e sugestões) e oito fechadas (objetivo, conteúdo, material didático, participação nos encontros, duração, interesse, aplicabilidade e expectativas atingidas). Os resultados demonstraram que todos os objetivos foram atingidos, sendo que se buscou verificar a eficácia do programa PQIF por meio de vários indicadores: cálculo do nível de adesão (média de 87,9%); o nível de satisfação dos participantes, a análise da ficha de avaliação final foi positiva, mostrando que o PQIF atendeu às expectativas e necessidades que os pais buscaram. Os outros objetivos foram alcançados pela análise qualitativa das falas dos participantes, nas quais se pode perceber que os pais saíram do programa com repertório modificado, ou, no mínimo, discriminado. Desta forma, os resultados são claros ao mostrar que muitos pais mudaram seus comportamentos, seja incorporando novas formas de agir, seja suprimindo comportamentos inadequados, sendo também fundamental a mudança com relação à demonstração de amor parental.

Com a intenção de desenvolver habilidades positivas, Bolsoni-Silva, Silveira e Marturano (2008) desenvolveram um estudo com o objetivo de descrever os efeitos de uma intervenção em grupo, que pretendeu melhorar a competência social dos pais e prevenir

problemas de comportamento de seus filhos. Participaram 14 pais, sendo 10 mães e quatro pais e foram utilizados os seguintes instrumentos: Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais, o CBCL e o Inventário de Habilidades Sociais. A coleta de dados foi separada em pré-intervenção, intervenção e pós-intervenção. Foram realizadas 20 sessões com estruturas que se baseavam em: investigação da tarefa de casa; exposição dialogada acerca do tema da sessão; treino de repertórios relacionados ao tema, por meio de atividades de discussão e de *roleplays*; distribuição da tarefa de casa (referente ao comportamento trabalhado em sessão) e avaliação da sessão. Os resultados indicaram melhoras em relação aos problemas de comportamento de 10 crianças de um total de 14, medido pelo CBCL, ainda, foi apresentada uma melhora nas habilidades sociais dos grupos avaliados pelo IHS especialmente quanto ao enfrentamento e autoafirmação com risco. Assim, percebe-se que os pais participantes perceberam a necessidade de se instalar limites dentro de suas casas, sem precisar recorrer a práticas coercitivas. Foi sugerido que os programas para promover habilidades sociais educativas parentais junto aos pais devem fazer com que estes apresentem modelos e também modelem respostas socialmente habilidosas nos filhos de forma a obter reforçadores (positivos e negativos) sem, contudo, recorrerem a práticas educativas punitivas e problemas de comportamento, respectivamente. Ainda, indicam como sucesso para as intervenções o favorecimento de rede de apoio social, resolução de conflitos e habilidades de enfrentamento.

O Projeto Parceria, desenvolvido por Williams (Santini, 2011) também teve como objetivo prevenir problemas de comportamento dos filhos, sendo que a intervenção individual envolveu: a) um componente psicoterapêutico para analisar o impacto que a violência possa ter causado no desenvolvimento da mulher, e b) um componente educacional, em que ela aprende sobre manejo não coercitivo do comportamento dos filhos, por meio de discussões, *roleplays*, modelação e vídeo *feedback*. Esses módulos foram separados em duas apostilas,

disponibilizadas para as participantes, contendo conceitos e atividades de casa para uso das mesmas nas intervenções. As intervenções contaram com participantes mães, vítimas de violência por parte do parceiro e seus respectivos filhos de 1-12 anos. O Projeto Parceria é apresentado como um programa inédito, contemplando resultados importantes à relevância social e científica.

Com o mesmo material utilizado pelo Projeto Parceria, Santini (2011) em sua pesquisa de mestrado, teve como objetivo realizar uma comparação dos resultados que três procedimentos de intervenção podem ter nas variáveis “bem-estar” e “senso de competência parental”, ou seja, foi mesclada a apresentação das apostilas, sendo que tal estudo se configurou da seguinte maneira: Módulo Psicoterapêutico seguido de Módulo Educacional; Módulo Educacional seguido de Módulo Psicoterapêutico e os dois módulos apresentados simultaneamente. Dessa pesquisa participaram nove mães com histórico de violência por parte do parceiro, cujos filhos tinham a idade entre 4 a 12 anos. Ainda foram aplicados os instrumentos: Entrevista com Mulheres Vítimas de Violência Doméstica, Inventário Beck de Depressão, Inventário de Potencial de Abuso Infantil e o Inventário de Estilos Parentais, ainda foram usados um registro diário de bem-estar e de senso de competência parental, uma avaliação do programa pelas participantes e um diário de campo. Foram 20 encontros com cada participante, sendo que o primeiro e o último foram de aplicação dos questionários e os 16 intermediários foram de intervenção com base nas cartilhas. Passados três meses, os instrumentos foram reaplicados como medida de *follow-up*. Os participantes foram separados em três grupos, nos quais cada sequência trabalhada foi diferenciada a fim de se chegar ao objetivo do estudo. Os resultados do estudo apresentam que a mescla dos módulos foi o modelo mais eficaz para as finalidades da intervenção, que foi a de prevenir problemas de comportamentos em seus filhos, apesar de todos os procedimentos são considerados eficazes para a finalidade.

Ainda com a premissa de desenvolver habilidades sociais positivas para pais de crianças com problemas de comportamento, Pinheiro, Haase, Del Prette, Amarente e Del Prette (2006) desenvolveram um programa com base nos princípios na análise do comportamento, para ensinar a prática disciplinar não coerciva e modelos de habilidades sociais educativas para pais. Participaram do estudo 34 pais (sendo 32 mães e dois pais), distribuídos em quatro grupos. Foram nove encontros semanais com duração de uma hora e trinta minutos com estruturação de três etapas por encontro, sendo que no primeiro é conversado sobre as tarefas, dúvidas, queixas, dificuldades, etc. A segunda é sobre o tema do encontro em questão e na última se falava sobre qual a próxima tarefa da semana. Foram utilizados os instrumentos Informações sobre a Família e a Criança, Questionário de Situações Domésticas e Inventário de Comportamentos Inoportunos. Os resultados indicaram que a proposta de programa foi bem sucedida, sendo que foram observadas melhoras significativas nos comportamentos inadequados das crianças e ainda mudanças consideráveis nas interações intrafamiliares. Seguindo a linha de raciocínio da análise do comportamento, os pais não somente modificaram seus comportamentos, mas, também, foram positivamente reforçados com essa mudança, ao constatarem alterações nos comportamentos de seus filhos. O estudo sugere que outras pesquisas sejam realizadas, e que, avaliem a intervenção também junto aos pais.

Coelho e Murta (2007) realizaram um treinamento para pais com o objetivo de desenvolver habilidades sociais parentais positivas, habilidades sociais educativas e estratégias adequadas de enfrentamento a estressores externos. Participaram do estudo cinco mães e dois pais, em um total de 20 sessões de 90 minutos com periodicidade semanal. Foram utilizados um Roteiro de Entrevista não estruturado para Avaliação Inicial, o CBCL e um Roteiro de Entrevista não estruturado para Avaliação Final. Os participantes apresentaram melhoras no sentido esperado da intervenção, tendo em vista que diminuíram as práticas

educativas parentais negativas e aumentaram consideravelmente as práticas positivas e também verificaram que os filhos apresentaram melhoras nas atividades acadêmicas, nas habilidades sociais e no cuidado com a própria saúde. Tais resultados corroboram com a literatura (Andrade et al., 2005; Bolsoni-Silva, Silveira & Marturano, 2008; Caminha & Pelisoli, 2007; Cia, Aiello & Williams, 2005; Murta, Rodrigues, Rosa, Paulo & Furtado, 2011; Pinheiro, Haase, Del Prette, Amarente & Del Prette, 2006; Rios, 2006; Weber, Salvador & Brandenburg, 2006; Rodrigues, Schiavo & Vallem, 2011; Williams, 2006) sendo que o treinamento de pais altera positivamente a qualidade das relações entre pais e filhos e reduz problemas de comportamento na criança.

Murta, Rodrigues, Rosa, Paulo e Furtado (2011), em seu estudo ressaltaram a necessidade de um programa de transição para a parentalidade. O estudo foi realizado em duas etapas, chamadas de “Estudo 1” e “Estudo 2”. O primeiro teve como objetivo identificar os sentimentos vivenciados por pais e mães após o nascimento do primeiro filho, as dificuldades no ajustamento à vida familiar e as estratégias de enfrentamento usadas para promover a adaptação do casal aos novos papéis familiares. Participaram 13 casais adultos com filhos entre 18 e 36 meses que responderam a um roteiro de entrevista semiestruturado para mães e pais primíparos. Como resultado foi indicado que o enfrentamento às mudanças deve começar cedo, a partir de um planejamento anterior à gestação, no seu início ou durante o seu curso, acerca dos recursos e meios necessários para os cuidados futuros com o bebê e a nova vida familiar e ainda que a rede de apoio social de apoio é uma das principais fontes de motivação para se resolver problemas. Logo, uma implicação destes achados é que os programas de transição para a parentalidade devem ter início precoce, ainda na gestação.

O Estudo 2 foi conduzido com o objetivo de avaliar estressores envolvidos na transição para a parentalidade, estratégias de enfrentamento adaptativas e não adaptativas, utilizadas por pais e mães para lidar com os mesmos, o conhecimento do casal sobre as

capacidades sensoriais do bebê e o tipo de apego e de práticas educativas parentais vivenciadas na relação com os próprios pais, entre casais cujo primeiro filho era recém-nascido, de modo a delinear focos para uma intervenção individualizada em contexto de visita domiciliar. Este estudo contemplou oito casais que tinham filhos de até três meses. Foram feitas visitas domiciliares, com entrevistas conduzidas que versavam dados demográficos e outras informações pessoais que abrangiam crenças, riscos, comportamentos, etc.

Os dados dos Estudos 1 e 2 indicam que os programas de transição para a parentalidade devem focar na relação cuidadores-bebê, na relação conjugal e no manejo da rede de apoio. O estudo sugere que a qualidade da interação pais-bebê, as práticas educativas parentais, a satisfação conjugal, as habilidades sociais conjugais e a incidência de violência contra a criança e conjugal seriam indicadores úteis para a avaliação de resultados e o impacto de programas para famílias na transição para a parentalidade.

Outra denominação à introdução de práticas positivas parentais é o Treinamento de Pais (TP). Velasquez et al. (2010) revisaram o que tem sido pesquisado acerca do assunto no Brasil e foram encontrados cinco artigos nos portais SCIELO e PUBMED/MEDLINE. Além disso, realizaram uma pesquisa em um ambulatório de Psiquiatria Infantil onde realizaram um TP para a prevenção do uso de práticas violentas como maneira de disciplina em crianças com TEPT (Transtorno de Estresse Pós Traumático). Os participantes na primeira sessão foram seis mães e cuidadoras e a partir da segunda sessão, oito crianças com TEPT atendidas no ambulatório. A intervenção foi dividida em duas partes, sendo que a primeira estava relacionada com aspectos ligados à psicoterapia e foi composta por 16 sessões e a fase final contou com sete sessões em que foi desenvolvido o programa estruturado de treinamento de pais. Ao final do programa, os pais avaliaram mudança nos comportamentos dos filhos, relatando o desenvolvimento de novas habilidades sociais, e, além disso, consideraram que houve alteração positiva na qualidade das relações com seus dependentes, com redução dos

problemas de comportamento das crianças e adolescentes e diminuição do uso de práticas violentas na educação de seus filhos.

Segundo Caminha e Pelisoli (2007) o TP tem sido aplicado a uma ampla variedade de problemas infantis e como uma primeira intervenção para pais que correm o risco de descuidar e maltratar seus filhos. Ainda segundo os autores, são os pais os primeiros mantenedores dos esquemas de reforçamento positivo e negativo. Com o objetivo de oferecer treinamento aos pais de crianças com queixas de agressividade e verificar a eficácia do treinamento de pais em casos de agressividade infantil, os autores avaliaram seis crianças encaminhadas por queixa de agressividade, das quais quatro de seus responsáveis participaram do TP ofertado pelos autores. Para a avaliação, foram utilizados o ESI – Escala de Stress Infantil – aplicado com as crianças, o CBCL – *Child Behavior Check List* – foi aplicado para os pais, além de entrevistas semiestruturadas e com os professores, foi aplicada a EACI-P – Escala de Avaliação do Comportamento Infantil para Professores. A intervenção incluiu 12 sessões de treinamento de pais, sendo oito semanais e as quatro últimas quinzenais. Sendo que os objetivos do treinamento foram o de maximizar os comportamentos positivos e minimizar os comportamentos negativos das crianças. Ao final da intervenção, os meninos haviam minimizado os comportamentos agressivos, tanto na escola quanto em casa, além de terem adquirido independência e maior socialização. Segundo os autores, o TP pode produzir melhorias claras em comportamentos infantis e as intervenções cognitivo-comportamentais podem promover efeitos sobre as habilidades de resolução de problemas em crianças e em seus comportamentos. Entretanto, um dos aspectos mais problemáticos é o engajamento dos pais nessas intervenções.

No Brasil, há diversos estudos envolvendo a avaliação de programas parentais. Os programas estudados descrevem experiências de treinamento em grupo com pais, com a finalidade de desenvolver práticas parentais positivas ou aumentar os comportamentos

positivos dos pais em relação aos seus filhos. Os programas também se mostraram eficazes em promover mudanças comportamentais positivas dos pais em relação a seus filhos, sendo que a literatura indica que, de forma geral, as intervenções para promover práticas educativas parentais positivas são eficazes (Baraldi & Silvaes, 2003; Coelho & Murta, 2007; Lohr, 2003; Marinho, 2005, Marturano & Loureiro, 2003; Olivares, Mendes & Ros, 2005; Pinheiro, Haase, Del Prette, Amarente & Del Prette, 2006; Rodrigues, Altafim, Schiavo & Valle, 2011; Silva & Marturano, 2002).

Apesar de não se explicitar a prevenção da violência contra crianças como sendo o foco dos estudos brasileiros, quando se estuda acerca das práticas parentais positivas, as habilidades sociais, as habilidades sociais parentais, as habilidades sociais educativas parentais como maneiras de prevenção de comportamentos inadequados e diminuição de fatores de risco associados, está sendo pesquisada indiretamente a prevenção da violência intrafamiliar infantil.

Esta condição está ligada ao fato de que padrões negativos de prática parental são considerados maus-tratos (Milner, 2008). E o contrário, ou seja, as habilidades sociais educativas parentais são fatores de proteção ao desenvolvimento da criança. Desta maneira, práticas parentais que envolvam monitoria, vínculo afetivo e limites são considerados fatores que protegem o desenvolvimento das crianças contra depressão, baixa autoestima e problemas de comportamento (Cecconello et al., 2003; Reppold et al., 2002; Weber, 2007).

Um número de programas internacionais de prevenção de violência vem sendo avaliado por conta do sucesso que tem mostrado em reduzir os efeitos da violência em crianças pequenas. Esses estudos de avaliação mostram evidências da efetividade dos programas de intervenção primária em quebrar a corrente da potencialidade dos danos da violência e agressão em crianças (Guttman, Mowder & Yasik, 2006). Alguns como *Chicago Parent Program* (Gross, Garvey, Julion & Fogg, 2007), *Parent-Child Interaction Therapy* –

PCTI (Herschell & Mcneil (2007), *Triple P – Positive Parenting Program* (Sanders, 2007), *Incredible Years – IY* (Webster-Stratton, 2007), *New Beginnings* (Wolchik, Sandler, Weiss & Winslow, 2007), *PeaceBuilders Universal School-Based Violence Prevention Program* (Flannery et al., 2003), *ACT - Against Violence Parents Raising Safe Kids* (Silva, Sterne, & Anderson, 2000), *Resolving Conflict Creatively Program* (Aber, Jones, Brown, Chaudry, & Samples, 1998), *RETHINK Parenting and Anger Management Program* (Fetsch, Schultz, Wahler J., 1999) e o *Second Step: A Violence Prevention Curriculum* (Grossman et al., 1997).

O *Chicago Parent Program* (Gross, Garvey, Julion & Fogg, 2007) foi influenciado pelo trabalho de Gerald Patterson e Carolyn Webster-Stratton, que propuseram que pais e filhos inadvertidamente se comportam de modo a promoverem interações pai-filho. Segundo esse modelo de processo familiar coercitivo, crianças pequenas usam comportamentos aversivos para estimular a atenção dos pais. Assim, a atenção dos pais para esses comportamentos aversivos tendem a reforçar o comportamento negativo da criança e também a aumentar a frequência dele. Ao mesmo tempo em que as crianças reforçam seus pais a usarem estratégias coercitivas.

O objetivo do programa é ensinar aos pais os princípios do manejo efetivo dos comportamentos das crianças para promover interações positivas entre pais e filhos. As intervenções foram realizadas em grupos de pais por duas horas, uma vez por semana durante 11 semanas consecutivas em um centro de atendimento diário para crianças. Eram famílias de baixa renda e de minorias da cidade de Chicago, e deveriam ser pais ou responsáveis legais de crianças de 2 a 4 anos, envolvidos em um centro de atenção a crianças e falantes do inglês. Nas sessões foram passados vídeos com cenas para serem discutidas junto aos pais a respeito de seus comportamentos, com a intenção de desenvolver habilidades adequadas de resolução de problemas. Além disso, um importante componente era o líder do grupo, que conduzia as

sessões a fim de promover as discussões e fomentar a participação dos pais. Participaram 135 famílias, além de contarem com uma lista de espera de 118 famílias. A maioria eram mães e quase 92% eram americano-africanos ou latinos. Foram usados os instrumentos C-TRF, aplicado nos professores, (Caregiver-Teacher Rating Form) para verificar a redução de comportamentos problemáticos na sala de aula pelos alunos cujos pais participaram da intervenção. Foi perguntado aos pais o quanto o programa os ajudou e foi útil a eles, o quanto foi difícil aderir ao programa semanalmente e a satisfação geral com o programa. Para examinar a eficácia do programa, foi relacionado o número de crianças com os escores como *borderline* e escores clínicos de antes e depois da intervenção, o que mostrou uma melhora significativamente grande, sendo que no pré-teste as crianças nestas condições representaram um número de 23 e as crianças com problemas externalizantes e internalizantes era de cinco e no pós-teste, este número abaixou para 13. Em relação à satisfação dos pais, 96% deles relataram uma melhora no comportamento de seus filhos. Além disso, relataram que o programa não apenas os ajudou em compreender seus filhos, mas também suas famílias e colegas de trabalho. Foi visto que intervenção com treinamento de pais tem grande impacto em reduzir a ansiedade de crianças pequenas.

Em um estudo de Herschell e Mcneil (2007) sobre a interação terapêutica entre pais e filhos das famílias abusivas, foi avaliada a interação entre uma mãe abusiva e seu filho, de seis anos. A mãe respondeu aos questionários CBCL (*Child Behavior Checklist*), ECBI (*Eyberg Child Behavior Inventory*), PSI (*Parenting Stress Index*) e CAP (*Child Abuse Potencial Inventory*). Além dos questionários, foi observada a interação entre a mãe e os filhos, com três modelos de interação. Além da mãe, a tia que estava cuidando da criança também respondeu aos mesmos questionários, o que possibilitou uma comparação entre os cuidadores da criança. Os resultados mostraram que o menino exibia problemas de conduta e comportamento opositor. Tanto o CBCL, quanto o ECBI mostraram que o menino

apresentava, pelas duas cuidadoras, comportamento de zombaria com os colegas, de brigar fisicamente com sua irmã, mentir e não escutar repetidamente. Em relação ao CAP, os resultados das duas cuidadoras não puderam ser interpretados, isso porque mostraram um elevado “índice de distorção da resposta tendendo a passar uma imagem positiva de si mesmo”. Pelo instrumento de observação, a mãe apresentou zero descrição de comportamentos, duas instruções reflexivas, zero elogios, 10 perguntas, nove comandos indiretos e sete críticas, enquanto que o menino apresentou 48% de reclamações aos comandos da mãe. Apesar disso, a criança demonstrou gostar de passar um tempo com sua mãe e ficou desapontado quando a sessão acabou.

Depois disso, o terapeuta apresentou o programa à tia e à mãe dizendo que a primeira parte seria sobre melhoria do relacionamento entre eles (CDI) e a segunda sobre disciplina (PDI). São no total 17 sessões, sendo a última de *feedback*, com certificação de participação. As sessões de interação foram gravadas e na última sessão foram mostrados os vídeos para a mãe, a fim de perguntar sobre seus pensamentos e sentimentos depois de passar pelas sessões. A mãe se surpreendeu como estava sendo crítica e indiferente com seu filho antes do tratamento.

Sanders (2007) desenvolveu um programa de prevenção chamado *Triple P – Positive Parenting Program* – cujo objetivo é fortalecer famílias a desenvolverem fatores de proteção e reduzir os fatores de risco associados aos problemas de comportamento e emocionais em crianças e adolescentes. O programa é um apoio público para pais e famílias desenvolvido na Universidade de Queensland em Brisbane, Austrália. São incorporados cinco níveis de intervenção em um contínuo para pais de crianças e adolescentes desde o nascimento até os dezesseis anos. Os níveis são 1) Campanha de informação parental baseado em mídias; 2) Estratégias de promoção de saúde ou uma intervenção específica breve; 3) Treinamento de

pais focado; 4) Treinamento de pais amplo; 5) Módulos de intervenção nos comportamentos familiares.

Um objetivo central do Triplo P é o de desenvolver a capacidade de autorregulação nos pais. Essa tarefa é operacionalizada para incluir os sentimentos de autossuficiência, autoeficácia, autogestão e gerência pessoal. O programa ensina estratégias aos pais para encorajar a autorregulação em crianças, e por meio dessas estratégias, são incentivadas nas crianças as habilidades sociais e de linguagens, autorregulação emocional, independência e a habilidade de resolver problemas. A hipótese é de que desenvolvendo essas habilidades haja harmonia familiar, que os conflitos entre pais e filhos sejam reduzidos, haja incentivo das relações com pares de sucesso e as crianças sejam preparadas para a escola.

Há cinco princípios que regem o programa, vistos a seguir 1) um envolvimento seguro e engajado; 2) envolvimento de aprendizado positivo; 3) disciplina assertiva; 4) expectativas realistas e 5) manejar o auto-conhecimento como pai.

As pesquisas mostraram uma eficácia no programa que está relacionada com pontos científicos importantes como os resultados serem replicados em diferentes estudos, com diferentes investigadores, em diversos países e com populações diferentes. Além de demonstrarem efetividade com diversos problemas clínicos, incluindo problemas de conduta, TDAH, etc. Adicionalmente, o impacto em outras áreas familiares como redução da depressão maternal, estresse, raiva, aumento da eficácia e satisfação parental, redução de problemas nos casais, etc. Além disso, mostrou também efetividade em modalidades diferentes como programas individuais, em grupos ou por telefone. E por fim, apresentou também aceitabilidade dos altos números de clientes e a efetividade em diferentes tipos familiares, o que demonstrou o sucesso do programa.

Um dos atendimentos foi realizado com uma família, que era composta pelos pais e por dois filhos. A queixa inicial era o comportamento do filho mais novo, de três anos. Ele

controlava toda a situação familiar e os pais foram se envolvendo um sistema de dar presentes ao filho para ele parar de se comportar mal, o que causou problemas financeiros para os pais. Os pais passaram por uma entrevista inicial, observação da interação entre pais e filhos e responderam aos questionários ECBI, PSC (*Problem Setting Checklist*), DASS (*Depression Anxiety Scale*), PPC (*Parent Problem Checklist*) e PS (*Parenting Scale*). Os pais apresentaram escores clínicos severos no pré-teste. Os pais passaram pelo programa em grupo durante oito semanas, além dos encontros presenciais, havia um suporte adicional via telefone, enquanto os pais colocavam as técnicas aprendidas em prática. Depois do programa, os pais apresentaram uma melhora em todas as medidas além de ter mostrado muito mais confiança e satisfação parental.

Outro treinamento para pais internacional é o *Incredible Years* (IY). Segundo Webster-Stratton (2007), o programa é baseado em evidências que tem mostrado em grupos randomizados uma redução significativa de transtorno desafiador opositor, problemas internalizantes e fortalecido as relações positivas de pais e filhos. Segundo a autora, o comportamento dos pais e dos filhos precisa ser modificado, porque normalmente os pais respondem aos filhos que possuem esse transtorno com críticas, gritando ou batendo nos filhos desobedientes e ainda há alguns pais que tem medo do comportamento dos filhos e dão a eles tudo o que demandam.

Assim, os objetivos do programa são: 1) Intensificar a relação e o vínculo entre pais e filhos; 2) Promover um cenário com limites efetivos disciplina não punitiva e planos de comportamento sistemático; 3) Intensificar as habilidades interpessoais dos pais e a rede de proteção. O número mínimo de sessões são 12 a 14, com duração de 2 horas em grupos de até 14 pais. Alguns exemplos de quais tipos de dificuldades das crianças cujos pais podem participar dos grupos são crianças impulsivas, hiperativas e com dificuldades de

aprendizagem, crianças adotivas, pais divorciados e ainda pais de crianças com problemas somáticos.

Um programa chamado *New Beginnings*, desenvolvido pelo Instituto Nacional de Saúde Mental de Wolchik, Sandler, Weiss e Winslow (2007) é validado empiricamente para crianças com famílias divorciadas. O programa foi projetado para reduzir problemas mentais e promover competências, acompanhadas pelo divórcio por meio da redução da exposição das crianças aos fatores de risco e aumentando suas fontes protetivas. Os procedimentos específicos da intervenção são baseados nos mediadores 1) Qualidade da relação mãe-criança; 2) Disciplina Efetiva; 3) Relação pai-criança e 4) Conflitos Interparentais. A orientação do programa é cognitivo-comportamental com grande ênfase na aquisição de habilidades ou reforço. São 10 encontros em grupo de duas horas a cada semana e duas sessões individuais de uma hora.

O programa ACT – *Against Violence Parents Raising Safe Kids* – desenvolvido pela APA – *American Psychological Association's* – é um programa de prevenção primária de abuso físico contra criança e violência familiar que é disponível para todos os pais e crianças pequenas, sem que haja a condição de risco estabelecida. O objetivo é o de prevenir a violência através do ensino de técnicas que visam melhorar o modelo de educação dos pais de crianças de zero a oito anos. Os cuidadores das crianças são treinados para uma parentagem efetiva, incluindo disciplina não violenta, desenvolvimento infantil, efeitos da mídia nas crianças e métodos para proteger as crianças da exposição à violência. O programa é baseado na teoria do behaviorismo e nos princípios da aprendizagem social e é baseado em evidências empíricas e contém os passos: 1) Disciplina não violenta; 2) Desenvolvimento Infantil; 3) Manejo de raiva e habilidades sociais de resolução de conflitos; 4) Efeitos da Mídia nas Crianças; 5) Métodos para proteger as crianças da exposição à violência. Uma das grandes vantagens do programa é seu baixo custo. A maneira de disseminação do programa é

capacitar treinadores que irão treinar outros profissionais para a aplicação do programa. O treino é feito em dois dias e os resultados indicam que esse modelo é uma estratégia de sucesso para a disseminação das informações baseadas em pesquisas para a prevenção primária da violência (Knox, Burkhart & Hunter, 2010). A outra vantagem do programa é que ele é inteiramente disponível também em espanhol.

O *RETHINK* é um programa de parentagem e de manejo de raiva (Fetsch, Schultz, Wahler, 1999). O programa foi desenvolvido pelo Instituto de Saúde Mental de Colorado/EUA, em 1991. O programa inclui informações baseadas em pesquisas, discussões, *roleplays* e prática de comportamentos novos e velhos pela díade. Todos os materiais, incluindo o guia do programa e os vídeos, são apropriados para pais de crianças de várias idades (0 a 18 anos), etnias e níveis educacionais.

Com a intenção de prevenir abuso sexual infantil, um estudo de Higareda-Almaraz, Higareda-Almaraz, Higareda-Almaraz e León (2011) teve como objetivo avaliar a atitude de pais (pai e mãe) sobre o impacto de educar com igualdade os filhos pré-escolares para prevenir o abuso sexual infantil com uma estratégia educativa participativa. Participaram do estudo 92 pais (a maioria foi mães, sendo 98,9%) com filhos novos em idade pré-escolar que receberam uma intervenção educativa com estratégia promotora participativa por uma hora durante 20 dias. Para verificar a mudança, foi aplicado um questionário no pré e no pós-teste, que era analisado de acordo com respostas certas ao questionário. Foram feitas 16 equipes com os pais com as quais eram trocadas e discutidas experiências e conhecimentos e posteriormente se fez uma explanação teórica a respeito do abuso sexual infantil por um especialista na temática. Percebeu-se, pelo estudo, que depois da intervenção encontrou-se maior aprendizagem com mudança de atitude dos pais frente à prevenção de abuso sexual infantil. Esses dados são importantes para o contexto da educação, sendo que eles demonstram que a participação ativa desses pais em desenvolvimento de habilidades para

compreender temas específicos, deduzir informações e chegar a conclusões relevantes por meio da compreensão dos mesmos. Isto ajuda a resolver problemas e tomar melhores decisões.

Os estudos demonstraram que os programas de intervenção familiar permitem aos pais que tenham uma segurança maior frente à parentalidade. A intervenção pode propiciar um ensino sistemático de habilidades e informações necessárias para a criação de um filho. Essa segurança também é verificada nas intervenções com os profissionais tanto da área da saúde quando da educação, que muitas vezes se veem incapacitados frente a situações complexas que não compreendem seus conhecimentos acerca do assunto.

Foi verificado que em relação a programas de prevenção de atos agressivos ou abusivos de pais contra filhos no Brasil, caracterizando-se como maus-tratos mais severos dos pais contra filhos, os estudos são ainda incipientes, sendo necessário investigar intervenções junto à população de pais com fatores de risco presentes para a prática dos abusos contra seus filhos. Neste sentido, pode-se indagar sobre a possibilidade de obter indicadores do sucesso de um programa de capacitação para pais em reduzir o potencial de abuso contra seus filhos. Por conta disto, a hipótese deste estudo em questão é a de que se com a aquisição de conhecimento acerca do desenvolvimento infantil pode-se auxiliar a reduzir o potencial para a prática do abuso infantil nestes pais.

Assim, com base na literatura, verifica-se a necessidade de capacitação cujo foco seja a prevenção primária da violência, bem como a conceituação de temas importantes para pais, visando o desenvolvimento adequado dos filhos. Além disso, é necessário que estudos mostrem a efetividade de capacitações em Estratégias Saúde da Família, visto que em sua maioria são áreas que abrangem uma população com menor visibilidade por parte do governo, e, portanto, com maiores riscos. Segundo Cesca (2004) compete às equipes da Estratégia Saúde da Família conhecer, discutir e buscar a identificação dos fatores de risco na população

adscrita, para facilitar a definição de ações a serem desenvolvidas, com a finalidade de intervir preventivamente ou confirmar um diagnóstico, visando à adoção das medidas adequadas às diversas situações de violência intrafamiliar.

2 Método – Estudo 1

Com base na literatura levantada, a pesquisa foi dividida entre dois estudos, o “Estudo 1” e “Estudo 2”, sendo que o primeiro foi um estudo com um casal adolescente gestante e o segundo, um estudo quase-experimental com dois grupos de mães gestantes.

2.1 Estudo 1

O Estudo 1 surgiu como demanda do casal que participou da testagem dos instrumentos. Como a testagem deveria acontecer com um casal que apresentasse características semelhantes à população-alvo da pesquisa, foi explicitado o que seria feito com o grupo de gestantes posteriormente.

Quando detalhados os objetivos da pesquisa, o casal demonstrou interesse e solicitou que fosse realizada a intervenção com eles. Dessa forma, uma vez que os procedimentos éticos já haviam sido cumpridos, as pesquisadoras decidiram por realizar a intervenção, que seria posteriormente caracterizada como outro estudo, distinto e independente, da intervenção em grupo. Além disto, enquanto era realizada a intervenção com o casal, a pesquisadora buscava pela unidade onde seriam recrutadas as mães para o segundo estudo. De maneira que são estudos independentes, e por apresentarem continuidade, decidiu-se por denominá-los como Estudo 1 e Estudo 2.

2.2 Objetivo

2.2.1 Objetivo geral

O objetivo do Estudo 1 foi o de elaborar, implementar e avaliar uma capacitação para um casal adolescente gestante, acerca de temas sobre o desenvolvimento infantil e prevenção de violência intrafamiliar contra crianças.

2.2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos foram:

- a) Avaliar o conhecimento sobre desenvolvimento infantil no casal antes e depois da intervenção proposta.
- b) Avaliar o potencial para a prática de abuso contra crianças no casal, antes e depois da intervenção proposta.
- c) Avaliar os impactos do programa de intervenção para pais sobre o conhecimento acerca do desenvolvimento infantil do casal em relação ao programa.
- d) Avaliar os impactos do programa de intervenção para pais sobre o potencial de abuso contra crianças no casal.

2.3 Procedimento metodológico

2.3.1 Procedimento de Triagem dos Participantes

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade e também à Secretaria de Saúde do município, sendo que o início da coleta de dados ocorreu somente após a sua aprovação junto a estes órgãos (ANEXO I).

Logo em seguida, a pesquisadora contou com ajuda de conhecidos para encontrar com os participantes, que participariam da testagem dos instrumentos. Dessa maneira, após a testagem e solicitação da intervenção pelo casal, a pesquisadora explicitou os objetivos da

pesquisa e ambos aceitaram e assinaram as condições e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II).

2.3.2 Participantes

Participaram deste estudo de caso um casal, Pai e Mãe, tendo ambos 20 anos de idade.

2.3.3 Local de realização da intervenção e da coleta de dados

A aplicação da coleta de dados ocorreu na residência do casal, às segundas-feiras, após o horário de estudo do pai, ou seja, às 21h30.

2.3.4 Materiais

Foram utilizados notebook, Datashow, vídeos explicativos, materiais buscados na internet e livros de aplicação de cursos com pais. Além de brinquedos como boneca, banheirinha, fraldas descartáveis e alguns utensílios para higiene de crianças.

2.3.5 Instrumentos

2.3.5.1 Inventário de Potencial de Maus-Tratos Infantis – CAP (ANEXO III)

O Inventário CAP é composto por 160 itens que são afirmações (Ex: “nunca sinto pena dos outros”, “gosto de ter animais domésticos”, “sempre fui saudável e forte”), nas quais o respondente deve assinalar com um X se “CONCORDA” ou “DISCORDA” da afirmação proposta. Os itens do Inventário estão agrupados em escalas. A escala de Abuso é considerada a principal escala e é composta por 77 itens. Por sua vez, a escala de Abuso está subdividida em 6 escalas, a saber: 1) Sofrimento, 2) Rigidez, 3) Infelicidade, 4) Problemas com a criança

e consigo mesmo (criança), 5) Problemas com a família (família) e 6) Problemas com os outros (outros). Adicionalmente, o CAP contém 3 escalas de validade: Mentira (18 itens), Resposta ao Acaso (18 itens) e Inconsistência (20 pares de itens). Os escores das três escalas de validade geram três índices de distorção da resposta: Respostas Randômicas, Imagem Positiva de si mesmo e Imagem negativa de si mesmo. Além disto, duas escalas especiais (ainda não possuem validação completa, por isso especiais) foram desenvolvidas para o Inventário CAP: Força do Ego e Isolamento Social.

A escala *Abuso* indica uma situação quando pais de crianças e adolescentes de até 18 anos de idade, causam-lhes danos físicos, por meios não acidentais, que possam gerar risco de morte, desfiguração, danos na saúde física ou perda/dano no funcionamento de algum órgão (Milner, 1986).

A escala *Sofrimento* avalia a percepção de sofrimento do respondente, especificamente em relação aos problemas interacionais entre os pais/cuidadores e a criança (Milner, 1986). A escala *Rigidez* indica um estilo parental não flexível, especificamente para as atitudes do respondente frente à aparência e comportamento da criança. Essas crenças podem ser expressas por um tratamento severo que visa fazer a criança se enquadrar em um modelo definido pelo respondente (Milner, 1986).

A escala *Infelicidade* descreve a polaridade felicidade/infelicidade. Os itens desta escala descrevem uma infelicidade geral com a vida e uma específica relacionada aos problemas nos relacionamentos interpessoais (Milner, 1986). A escala *Problemas com a Criança e Consigo Mesmo* mede o grau o qual o respondente descreve a criança e a si mesmo de uma maneira negativa. A percepção de acreditar que se tem uma criança problemática, a crença de que essa criança tem problemas por causa de habilidades limitadas e a crença de uma habilidade física limitada sobre si mesmo, contribuem para a probabilidade de o respondente vir a maltratar crianças (Milner, 1986).

A escala *Problemas com a Família* mede a variedade dos problemas interacionais da família. A escala *Problemas com os Outros* mede as dificuldades gerais nos relacionamentos pessoais. Esses problemas interpessoais contribuem, tanto para o isolamento percebido pelo respondente, quanto para as dificuldades no relacionamento pais-crianças (Milner, 1986).

A escala *Força do Ego* envolve a percepção do indivíduo a respeito de sua estabilidade emocional e sentimentos de adequação. Esta é uma das principais medidas dos aspectos inseridos na autoestima e que são considerados importantes na etiologia da violência intrafamiliar (Milner, 1986). A escala *Isolamento Social* avalia o grau de isolamento segundo a percepção do indivíduo e sua percepção sobre o apoio social disponível.

A escala de validade *Mentira* foi elaborada para detectar indivíduos que distorcem suas respostas em uma maneira socialmente aceitável. Os itens dessa escala incluem afirmações que representam a presença ou ausência de atitudes ou comportamentos valorativos que não podem ser alcançados completamente por ninguém (ex: “Eu sempre digo a verdade”). A segunda escala de validade *Respostas ao Acaso* foi elaborada para detectar indivíduos que respondem ao questionário de maneira aleatória. E a última escala de validade *Inconsistência* mede o grau que uma pessoa responde inconsistentemente aos pares de itens que usualmente deveriam ser respondidos de maneira consistente/esperada.

O índice de distorção *Imagem positiva de si mesmo* acontece quando o indivíduo apresenta escore elevado na escala *Mentira* e um escore abaixo da nota de corte na escala de *Resposta ao Acaso*. O índice de distorção *Imagem negativa de si mesmo* acontece quando o indivíduo apresenta escore na escala de *Resposta ao Acaso* e um escore abaixo da nota de corte na escala de *Inconsistência*. E por fim, o índice de distorção *Resposta Randômica* acontece quando o indivíduo apresenta escores elevados nas escalas de *Respostas ao Acaso* e *Inconsistência*.

2.3.5.2 Inventário de Conhecimento sobre o desenvolvimento Infantil – KIDI (ANEXO IV)

O *Knowledge of Infant Development Inventory* (KIDI) apresentado por MacPhee (1981), foi traduzido e adaptado por Ribas, Seidl de Moura, Gomes e Soares (2000). A versão em português do instrumento recebeu a denominação Inventário do Conhecimento de Desenvolvimento Infantil.

O KIDI avalia os conhecimentos dos cuidadores relacionados ao desempenho da trajetória desenvolvimental, períodos mais prováveis para aquisição de habilidades motoras, perceptuais e cognitivas; fatores relacionados aos princípios do desenvolvimento; práticas parentais; cuidados com alimentação, higiene e segurança.

O questionário é composto por 75 questionamentos que se dividem em quatro categorias, 1) Cuidados Parentais (Cuidados) (14 itens), 2) Normas e Marcos do Desenvolvimento (Normas) (32 itens), 3) Princípios (17 itens) e 4) Saúde e Segurança (12 itens) (Macphee, 1981).

As questões que englobam a categoria *Cuidados Parentais* (Cuidados) versam sobre crenças, estratégias e comportamentos dos educadores, treino de habilidades da criança através de ensino ou modelagem e a responsabilidade de se tornarem cuidadores.

A categoria *Normas e Marcos do Desenvolvimento* (Normas) engloba questões envolvendo o conhecimento dos cuidadores sobre períodos mais prováveis para a aquisição de habilidades motoras, perceptuais e cognitivas da criança. São 20 itens sobre a idade em que a criança apresenta determinado comportamento e 12 itens sobre normas gerais.

Com relação à categoria *Princípios*, estão incluídas questões sobre informações do processo de desenvolvimento (evidências) e descrição de habilidades gerais (normais e atípicas) do desenvolvimento.

E por fim a categoria *Saúde e Segurança* aborda questões sobre nutrição apropriada à criança e cuidados com a saúde, prevenção de acidentes e a identificação de alimentos fora do comum e tratamentos para eventuais doenças.

Das 75 questões do instrumento, 48 possuem três alternativas de resposta (concordo, discordo, ou não estou certo (a) e outras 20 solicitam que o entrevistado, escolha entre quatro opções (concordo, mais jovem, mais velho, não tenho certeza). E por fim, em sete questões, o instrumento pede ao respondente que assinale uma entre cinco possíveis respostas.

2.3.5.3 Avaliação da intervenção (ANEXO V)

Os participantes preencheram os questionários de avaliação (anexo V, adaptado de Laersen, Attkinson & Ngyyen, 1979 *apud* Gallo, 2006), a partir dos tópicos trabalhados durante a intervenção, para avaliarem diferentes aspectos da qualidade do atendimento da intervenção e o que foi aprendido com o grupo, ao final de cada bloco e ao final do programa de intervenção. O questionário tem o objetivo de avaliar a satisfação do participante atribuída à condição de participar do grupo de mães.

2.3.5.4 Diário de Campo

Consistiu em anotações da pesquisadora após cada encontro com os pais. Eram anotadas informações tais como participantes presentes, verbalizações dos participantes, dificuldades encontradas, sugestões para próximas sessões, relato de atividades desempenhadas fora do contexto da intervenção, entre outras.

2.3.6 Procedimento de Intervenção e de Coleta de dados

A capacitação foi composta por dois blocos com os seguintes temas: 1) Desenvolvimento Infantil e 2) Práticas Parentais Adequadas.

Foram realizados encontros semanais com duração de duas horas cada. Ao todo foram realizados dois encontros por tema e mais dois de aplicação dos instrumentos (um no início e outro ao final da capacitação), totalizando seis encontros de duas horas, o que corresponde a um total de 12 horas de capacitação, realizados ao longo de dois meses.

Os blocos tiveram divisões iguais, sendo que as etapas seguidas foram padronizadas para os dois blocos, descritas a seguir: 1) Aplicação dos instrumentos, como pré-teste; 2) Exposição teórica e apresentação de um filme relacionado ao tema; 3) Parte prática, na qual foram aplicadas técnicas como *roleplays* e dramatizações e por fim 4) Aplicação dos instrumentos, sendo pós-teste e *feedback*. Para fins de melhor entendimento, a Tabela 1 apresenta, em suma, como foi organizada a capacitação e a coleta de dados.

Tabela 1
Organização da intervenção

Encontros	Desenvolvimento Infantil	Duração	Encontros	Violência Intrafamiliar	Duração
1	Pré-Teste (Aplicação KIDI e CAP)	Duas Horas	4	Tema: Práticas Parentais Adequadas	Duas Horas
2	Tema: Desenvolvimento Infantil	Duas Horas	5	Tema: Violência Intrafamiliar	Duas Horas
3	Tema: Desenvolvimento Infantil	Duas Horas	6	Pós-Teste (Aplicação KIDI e CAP)	Duas Horas

Todas as aplicações dos instrumentos aconteceram por meio de entrevista juntamente aos pais, ou seja, os itens foram lidos em voz alta, sem explicações, conselhos, ou comentários, ocorrendo em um lugar privado. Essa condição de aplicação possibilitou que todas as questões fossem respondidas, e caso houvesse alguma dúvida de compreensão da

questão, mas que evitasse indicar a resposta correta ao participante, o mesmo poderia esclarecer com a pesquisadora.

Ao final das duas sessões temáticas, os participantes responderam ao questionário qualitativo para realizar a avaliação da intervenção, sendo que ao final da intervenção como um todo foi solicitado que avaliassem toda a intervenção. Essa avaliação permitiu tanto uma análise qualitativa da intervenção, como contribuições para futuras intervenções.

Adicionalmente, foi realizada uma medida de *follow-up*, aplicando-se os instrumentos novamente, após três meses de conclusão da capacitação.

2.3.7 Intervenção

A intervenção propriamente dita encontra-se resumida na Tabela 2.

Tabela 2

Descrição das atividades desenvolvidas com o casal nos encontros

Encontro	Tema: Desenvolvimento Infantil	Encontro	Tema: Práticas Parentais Adequadas
1	Rapport e Aplicação dos instrumentos KIDI e CAP.	4	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação verbal da parte sobre Desenvolvimento Infantil - Estilos Parentais (Weber, Salvador & Brandenburg, 2011); - Conversa sobre como foram os pais deles; - Vídeo: “O impacto do exemplo de um pai”; - Práticas Parentais Adequadas (Weber, Salvador & Brandenburg, 2011); - Vídeo: “Os pais são exemplos para os filhos”; - Vídeo: “Como nasce um artista”;
2	<ul style="list-style-type: none"> - Mudanças no feto durante a gestação (físicas, sensoriais) (Acervo Digital – FMSV, 2012); - A necessidade do pré-natal: O que detectar e a importância da participação do pai (Acervo Digital – FMSV, 2012); - Gestação Saudável: Sono, Exercícios, Alimentação, Uso de Substâncias (Acervo Digital – FMSV, 2012). - Vídeo “Nota 10 – Primeira Infância. Episódio 1 (Canal Futura em parceria com a Fundação Maria Cecília Couto Vidigal)” 	5	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Roleplays</i>: cena de conversa entre mãe e filho em uma negociação (Weber, Salvador & Brandenburg, 2011); - Atividade de elogio entre o casal (Weber, Salvador & Brandenburg, 2011); - Práticas Parentais Inadequadas (Weber, Salvador & Brandenburg, 2011); - Violência contra crianças pelos pais; - Atividade de labirinto: um fica de olho tampado e outro guia (Weber, Salvador & Brandenburg, 2011); - Atividade de contratação de um pai; - Vídeo “Nota 10 – Primeira Infância. Episódio 5: O Papel da Família (Canal Futura em parceria com a Fundação Maria Cecília Couto Vidigal)”
3	<ul style="list-style-type: none"> - Depois do nascimento: o que acontece na maternidade; - Dificuldades dos prematuros; - Vacinações e Exames (Pezinho, Orelinha, Coraçozinho e Olhinho); - Parte Prática: Trocando a fralda da boneca, seguida de vídeo explicativo e parte didática de como trocar a fralda; - Parte Prática: Dando banho na boneca, seguida de vídeo explicativo e parte didática de como dar banho; - Parte Prática: Dando de amamentar à boneca, seguida de vídeo explicativo e parte didática de como amamentar; - Alimentação do bebê (Acervo Digital – FMSV, 2012); - Choro do bebê, seguida da explanação da Síndrome do Bebê Sacudido. - Sono do bebê (Acervo Digital – FMSV, 2012) - Processos Sensoriais e Cognitivos e Desenvolvimento motor até 1 ano. 	6	Discussão sobre a intervenção e Aplicação dos instrumentos KIDI e CAP.

Os temas abordados na intervenção foram propostos de acordo com os assuntos abordados pelo instrumento KIDI em suas questões. Além disto, a pesquisadora procurou selecionar temáticas de frequentes dúvidas que acometem gestantes, em geral, em relação à gestação. Ainda, foi considerado o período de desenvolvimento até um ano de idade para ser abordado dentre as temáticas da intervenção. Esta condição se relaciona com o período crítico de desenvolvimento de uma criança, que se estabelece desde o parto até os primeiros anos de vida dela (Voivodic & Storer, 2002). Assim, uma vez que o trabalho em questão está relacionado com a prevenção primária, é fundamental que se pense nos primeiros momentos para que se possa intervir em favor dos fatores de proteção.

2.3.8 Análise dos dados

Foram realizadas análises quantitativas e qualitativas dos dados. O primeiro tipo de análise foi realizado com base nos resultados do CAP e do KIDI, sendo que ambos os instrumentos contaram com análises descritivas dos dados.

Alguns itens do CAP compõem mais de uma escala e se configuram em afirmações, as quais demandam manifestações do tipo concordo ou discordo. O posicionamento do respondente de acordo ou desacordo aos itens são pontuados com pesos diversos, colocados em planilha no *Excel*® (Microsoft).

O KIDI possui 75 questões, 48 das quais solicitam que o respondente escolha uma entre três respostas (concordo, discordo, ou não estou certo/a) sobre umas séries de afirmações. Outras 20 questões pedem que o respondente escolha uma entre quatro respostas (concordo, mais jovem, mais velho, não tenho certeza) relacionadas a afirmações sobre quando uma criança deveria adquirir uma determinada competência. Finalmente, sete questões solicitam que o respondente escolha uma entre cinco possíveis. Para análise, este instrumento requereu a elaboração de planilhas próprias do programa *Excel*® a fim de armazenar dados pessoais e registro do número

de acertos, erros e indecisões dos entrevistados diante de respostas relacionadas ao nível de concordância ou discordância com assertivas contidas em um crivo do KIDI.

Já a análise qualitativa foi realizada por meio das avaliações dadas ao final de cada encontro e ao final da capacitação. Essa análise permitiu verificar as opiniões pessoais dos participantes. Além disso, foi utilizado um diário de campo durante toda a intervenção, que possibilitou anotações da pesquisadora sobre o decorrer da intervenção.

3 Resultados – Estudo 1

3.1 Caracterização das Participantes

Pai, 20 anos, com ensino médio completo e, ao final da pesquisa, havia sido aprovado para o 3º ano do curso de Educação Física em uma universidade particular da cidade onde a pesquisa foi desenvolvida. A graduação ocorre no turno da noite. Filho único e criado pela avó durante a infância, sempre morou com esta, mudando-se apenas para a casa onde vive com a esposa atualmente. O casamento só ocorreu em virtude da gravidez não planejada. Possuía, no momento da pesquisa, três empregos em diferentes lugares e horários durante a semana.

Mãe, 20 anos, com ensino médio completo. Trancou o curso de Fisioterapia em uma universidade particular de uma cidade próxima à cidade onde foi realizada a pesquisa. Anteriormente ao casamento morava com os pais e o irmão mais velho. Trabalha com o pai em uma empresa de propriedade do mesmo; sobre este assunto, relata que é insatisfeita com o trabalho.

O relacionamento do casal foi interrompido algumas vezes. Embora separados, continuavam a se encontrar. Após uma relação sexual sem o uso de métodos contraceptivos, descobriram a gravidez e decidiram reatar o relacionamento, oficializando com o casamento.

O início do casamento foi marcado por dúvidas por parte de ambos acerca de assuntos como fidelidade, maturidade, questões financeiras, medo da maternidade/paternidade, entre outros. Casaram-se um dia antes de a pesquisadora se encontrar com eles e a participante estava com 5 meses de gestação no momento do início da pesquisa. Moram em um apartamento de seis cômodos, de alvenaria, alugado, sem empregada mensalista em um bairro tradicional da cidade onde a pesquisa foi realizada. Possuem um carro para uso próprio.

Figura 1. **Caracterização do casal**

No que se refere ao conhecimento destes dados, é importante salientar que foram emitidos de maneira espontânea pelos participantes conforme os assuntos da intervenção lhes fazia contingência para que fosse oportuno apresentar seus próprios históricos pessoais, que posteriormente foram anotados no Diário de Campo e puderam compor o item de caracterização dos participantes.

3.2 KIDI

Os resultados referentes ao KIDI serão apresentados tomando como base a análise geral das 75 questões, assim como uma discussão a partir das categorias que norteiam o instrumento. Os dados coletados permitiram a elaboração de planilhas próprias do programa *Excel*® (Microsoft) a fim de armazenar dados pessoais e escolares do casal e registro do número de acertos, erros e indecisões dos entrevistados diante de respostas relacionadas ao nível de concordância ou discordância em relação às assertivas contidas no KIDI.

No que se refere às questões levantadas a partir da aplicação do instrumento, identifica-se na Tabela 3 o número de acertos das 75 questões respondidas pelo casal, no pré-teste, pós-teste e *follow-up*.

Tabela 3

Desempenho do casal no KIDI no pré-teste, pós-teste e *follow-up*

		Normas (n=32)	Princípios (n=17)	Saúde e Segurança (n=14)	Cuidados (n=12)	Escore Total (n=75)	
Pai	Pré-teste	Acerto	20 (62,5%)	15 (88%)	12 (85%)	11 (91,6%)	58 (77%)
		Erro	10 (31%)	2 (11%)	2 (14%)	1 (8%)	15 (20%)
		Incertezas	2 (6%)	-	-	-	2 (2%)
	Pós-teste	Acerto	19 (59%)	14 (82%)	14 (100%)	11 (91,6%)	58 (77%)
		Erro	13 (40%)	3 (17%)	-	1 (8%)	17 (22%)
		Incerteza	-	-	-	-	0
	<i>Follow-up</i>	Acerto	21 (65%)	13 (76%)	12 (85%)	12 (100%)	58 (77%)
		Erro	10 (31%)	4 (23%)	2 (14%)	-	16 (21%)
		Incerteza	1 (3%)	-	-	-	1 (1%)
Mãe	Pré-teste	Acerto	22 (68%)	12 (70%)	10 (71%)	11 (91,6%)	55 (73%)
		Erro	5 (15%)	4 (23%)	1 (7%)	1 (8%)	11 (14%)
		Incertezas	5 (15%)	1 (5%)	3 (21%)	-	9 (12%)
	Pós-teste	Acerto	19 (59%)	15 (88%)	11 (78%)	10 (83%)	55 (73%)
		Erro	10 (31%)	2 (11%)	2 (14%)	2 (16%)	16 (21%)
		Incertezas	3 (9%)	-	1 (7%)	-	4 (5%)
	<i>Follow-up</i>	Acerto	24 (75%)	12 (70%)	11 (78%)	10 (83%)	57 (76%)
		Erro	6 (18%)	4 (23%)	3 (21%)	2 (16%)	15 (20%)
		Incerteza	2 (6%)	1 (5%)	-	-	3 (4%)

A Tabela 3 apresenta o desempenho do casal no KIDI nas três medidas de coletas de dados, ou seja, o pré, pós-teste e *follow-up*. Os retângulos apresentados nesta e em demais Tabelas enfatizam dados considerados pela pesquisadora como importantes para verificação a priori. Entre os dados, ressalta-se que o casal mais acertou que errou, tanto no pré, quanto no pós-teste. Além disso, é importante pontuar que o escore final do casal foi o mesmo para o pré e o pós-teste, sendo que houve um aumento no *follow-up* de Mãe. No mesmo sentido, os erros e incertezas foram diminuindo progressivamente entre as medidas, sendo que no *follow-up*, são os menores índices.

Para o Pai, a categoria mais acertada foi de *Saúde e Segurança* no pré-teste e *Cuidados* no *follow-up*, ambos com 100% de acerto. Duas categorias, *Normas* e *Princípios* tiveram seus escores no pós-teste com um percentual de acertos menor que no pré-teste, sendo que *Normas* aumenta no *follow-up*, porém *Princípios* repete um declínio.

A categoria mais acertada no pré-teste para a Mãe foi *Cuidados*, que diminuiu no pós-teste. Enquanto que no pós-teste a categoria mais acertada por ela foi *Princípios*. Duas categorias no pré-teste foram mais acertadas que no pós-teste: *Normas* e *Cuidados*, enquanto que *Princípios* e *Saúde e Segurança* tiveram seus escores aumentados no pós-teste.

Pai e Mãe tiveram alguns escores semelhantes: no pré-teste a categoria *Cuidados* teve um escore de 11 itens certos e a categoria *Normas* com 19 no pós-teste. Além disso, a categoria *Normas* foi a menos acertada por ambos tanto no pré como no pós-teste além de ter sido a que mais proporcionou erros, tanto no pré como no pós-teste, para ambos e também proporcionou muitas *Incertezas* para os dois.

A categoria *Normas* envolve o conhecimento sobre períodos mais prováveis para a aquisição de habilidades motoras, perceptuais e cognitivas da criança. São aspectos que assim como o fator saúde, envolvem avanços sistemáticos do meio científico e acadêmico.

Percebe-se que no *follow-up* o Pai teve o mesmo resultado que no pré e no pós-teste, e apresentou uma *Incerteza* na categoria *Normas*. Enquanto a Mãe teve um aumento nos acertos passando para 57 itens certos no *follow-up*. A categoria mais acertada por Pai e Mãe no *follow-up* foi *Cuidados*, com 12 itens certos do Pai e 10 da Mãe de um total de 22. Esses resultados são semelhantes aos do pré e pós-teste.

3.3 Inventário CAP

Os itens do CAP se configuram em afirmações, as quais demandam manifestações do tipo concordo ou discordo. O posicionamento do respondente de acordo ou desacordo aos itens são pontuados com pesos diversos, visto a correlação do item para o potencial de abuso infantil.

A aplicação do CAP forneceu dados cuja análise indicou as diferenças entre o casal. As respostas fornecidas pelos participantes ao CAP foram corrigidas segundo a pontuação de cada item, fornecida pelo autor do instrumento e compiladas em um banco de dados.

A Tabela 4 apresenta os dados do pré e pós-teste, e também do *follow-up* para o instrumento CAP, com o casal.

Tabela 4
Comparação entre o casal em relação às escalas do CAP no pré, pós-teste e *follow-up*

	Pai			Mãe			Nota de corte Americana (Milner)
	Pré-Teste	Pós-Teste	<i>Follow-up</i>	Pré-Teste	Pós-Teste	<i>Follow-up</i>	
Abuso	144	171	158	213	156	137	215
Sufrimento	77	107	78	146	96	79	152
Rigidez	14	25	21	14	25	11	30
Infelicidade	0	3	5	6	5	5	23
Criança	0	0	0	0	0	0	11
Família	31	19	31	31	19	31	18
Outros	22	17	23	16	11	11	20
Ego	24	25	26	15	24	25	
Solidão	6	5	6	9	4	6	
Escalas de Validade							
Mentira	2	2	0	0	0	0	7 ou 8
Randômica	2	1	4	5	5	5	6
Inconsistência	2	3	3	4	3	1	6

É importante ressaltar que os dados referentes às escalas *Mentira*, *Respostas ao Acaso* e *Inconsistência* permitem avaliar criticamente os dados advindos das outras escalas do instrumento, o que significa que se a escala *Mentira* for maior que 5, *Respostas ao Acaso* for maior que 6 e *Inconsistência* for maior que 5, que são suas respectivas notas de corte, os

demais dados do instrumento são invalidados. Esses dados foram validados para o Brasil, em uma pesquisa realizada por Rios (2010), em sua tese de doutorado.

A fim de comparar os escores do casal foram usadas as notas de corte norte-americanas de Milner (apud Rios, 2010) que se encontram apresentadas na Tabela 4.

Verifica-se que na escala *Problemas com crianças*, os dois apresentam o escore nulo tanto no pré quanto no pós-teste. Isto se deve ao fato de que todas as questões pertencentes à essa escala eram relacionadas existência do filho no casal. Uma vez que o casal estava esperando um filho na época da coleta do pré e pós-teste e no *follow-up* a criança era recém-nascida, nenhuma questão pode ser pontuada, sendo indicado nestas situações deixar o item em branco.

Percebe-se que a Mãe, no pré-teste, quase atingiu a nota de corte para *Abuso* (NC= 215), o que significaria um alto risco para abuso, sendo seu escore de 213. Entretanto para o pós-teste há uma diminuição grande, que é ainda menor no *follow-up*. O resultado de ambos na escala *Problemas com família*, apesar de demonstrar uma diminuição no pós-teste, todos seus escores são maiores que a nota de corte norte-americana, que é de 18. O Pai também apresentou um escore maior que a nota de corte para a escala *Problemas com outros* no pré-teste.

Os escores do Pai de uma maneira geral, aumentaram do pré para o pós-teste. Isto pode ser conferido nas escalas de *Abuso*, *Sofrimento*, *Rigidez*, *Infelicidade*, *Ego* e *Inconsistência*. A escala de *Abuso*, *Sofrimento* e *Rigidez* voltaram a baixar no *follow-up*.

Em relação aos escores da Mãe percebe-se que estes apresentam uma diminuição. O que pode ser averigurado nas escalas de *Abuso*, *Sofrimento*, *Problemas com família*, *Problemas com outros*, *Solidão* e *Inconsistência*. Alguns escores da participante ainda tiveram uma diminuição maior no *follow-up*, o que pode ser verificado nas categorias de *Abuso*, *Sofrimento* e *Rigidez*.

3.4 Avaliação do Programa de Intervenção pelos participantes

Além de os participantes avaliarem cada sessão separadamente, foi solicitado a eles que avaliassem todo o programa de intervenção. A avaliação aparece na Tabela 5, que apresenta os itens avaliados e a nota fornecida ao lado.

Tabela 5

Avaliação dos participantes sobre o programa de intervenção

	<u>Média</u>	<u>Valor Mínimo</u>	<u>Valor Máximo</u>
Qualidade do atendimento recebido*	5	5	5
Grau de ajuda recebida no grupo de pais*	5	5	5
Grau de satisfação com a ajuda recebida*	5	5	5
Nota que daria ao grupo de pais**	10	10	10
	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	
Recomendaria o grupo de pais para algum amigo?	100%	0%	
Participaria novamente do grupo de pais?	100%	0%	
O grupo de pais ajudou nos cuidados e na educação do seu filho?	100%	0%	
Encontrou atendimento que procurava?	100%	0%	

Nota: * A pontuação varia de 1 “muito ruim” a 5 “muito bom”; **A nota varia de 0 a 10.

Pode-se verificar, com base na Tabela 5, que apresenta os dados referentes ao questionário de avaliação do programa de intervenção, que o casal avaliou o atendimento recebido, o grau de ajuda recebida e a satisfação de ter participado do grupo como “muito bom”. Além disso, recomendariam o grupo para algum amigo, participariam novamente do grupo e apontaram que o grupo ajudou na educação e nos cuidados com os filhos.

<p>Você encontrou o antedimento que procurava?</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Esclareceu muitas dúvidas e proporcionou conhecimento de novas ações”. - “Porque com as informações transmitidas, obtive mais conhecimento sobre o assunto e descobri coisas novas”. - “Pois não procurava nada, mas foi uma das melhores coisas que fiz”.
<p>Por que o grupo ajudou na educação dos seus filhos?</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Irá me ajudar muito, porque aprendi coisas que me ajudarão neste processo”.
<p>Quais são as contribuições que o grupo te trouxe?</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Ter mais paciência, saber interpretar o choro da minha filha e dar suporte para minha esposa”. - “Novas informações teóricas e práticas de como agir e reagir quando o neném nascer”. - “A ter mais paciência e compreender mais as crianças”.
<p>Quais os aspectos que esperava?</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Como não esperava nada, achei muito bom”. - “Sinceramente eu não esperava nada, pois não tinha noção do que se tratava, mas o resultado foi muito bom”.
<p>Quais aspectos diferentes do que esperava?</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Não imaginava que iria aprender tanto assim a cuidar de um filho”.
<p>De modo geral, o que você aprendeu com o grupo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - “A usar métodos alternativos para educar um filho”. - “Muitas maneiras de lidar com minha filha e ser paciente”. - “Ter paciência, é uma maneira que influenciará de modo positivo na educação de meu filho”.

Figura 2. **Opiniões do casal a respeito do grupo**

Entre as opiniões a respeito de ter encontrado o que procuravam no grupo, o casal relatou, na maior parte, que houve esclarecimento de algumas dúvidas – teóricas e práticas e a intervenção ajudou a ter mais paciência com crianças.

A Figura 3 apresenta as falas anotadas no Diário de Campo da pesquisadora. Assim, algumas impressões sobre a intervenção foram registradas. Algumas falas dos participantes estão organizadas na Figura 3.

Pai	Mãe
<p>“O seu trabalho está sendo muito bom e importante para gente”.</p>	<p>“Esse trabalho é realmente muito bom”.</p> <p>“A gente fica pensando como é bom receber elogio, imagina uma criança!”</p> <p>“A gente quer muito que você venha no Chá de Bebê da nossa filha, a sua presença é fundamental, pois graças a você, minha gravidez foi 70% melhor”.</p>

Figura 3. **Falas do casal durante da intervenção**

Percebe-se, pelas falas, que a intervenção por si só foi muito bem avaliada pelo casal, demonstrando que a intervenção apresentou ganhos pessoais que podem perdurar para o período de educação da filha do casal que estava para nascer.

4 Discussão – Estudo 1

A intervenção proposta justifica-se pela magnitude dos riscos que estão envolvidos no caso de pais jovens. De acordo com a literatura, percebe-se que quanto mais jovem o casal se torna pai, maiores as dificuldades encontradas no que se refere ao campo profissional, já que muito frequentemente estes pais estão em condições de terem terminado o ensino seja médio ou superior, encontrando assim, maiores empecilhos para adquirirem empregos que possuam salários mais altos. Ainda, para que possam terminar seus estudos ou terem uma renda mensal compatível com suas necessidades, é preciso permanecerem um tempo diário relativamente alto fora de suas casas, e desta forma precisam ter por perto uma rede de apoio disponível. Pais jovens normalmente têm pais que ainda estão em atividade profissional, o que significa que não possuem o tempo livre que a aposentadoria proporciona e assim, torna-se mais complexa a função de ser avô e implica em um grande apoio social que não está tão disponível (Silva & Salomão, 2003). Além disto, há outros estressores como a insegurança no casamento, dificuldades com a fidelidade, e ainda, em assumir a paternidade, em prol da vida social, amigos, etc (Guimarães & Witter, 2007).

Mais especificamente, este casal ainda possui um histórico de violência, no caso do pai, de abandono e negligência e da mãe, violência psicológica. Tal histórico pode ressaltar a importância da intervenção com os mesmos. E pelos resultados, percebe-se que a violência psicológica sofrida pela mãe, além de seu repertório pessoal de como cuidar de crianças, proporcionou a princípio o resultado do abuso físico, sendo que esta respondeu

afirmativamente à questão do inventário CAP, a qual se relacionava com o assunto sobre bater (Item 129. Os pais devem castigar para controlar o comportamento de seu filho), que perdurou até a coleta de dados do *follow-up*.

Assim, agir para que estes pais desenvolvam um repertório mais assertivo em relação à criação de seus filhos pode se apresentar como uma maneira efetiva de prevenir os maus-tratos infantis.

Em relação aos resultados quantitativos encontrados podem ser discutidos os dados encontrados no KIDI. Percebeu-se que não houve diferença entre o pré e o pós-teste e *follow-up* em termos de escore geral para ambos participantes Pai e Mãe. Apesar de algumas mudanças nos escores das escalas, não houve nenhuma mudança muito grande, exceto pelo conhecimento de *Saúde e Segurança* do Pai no pós-teste. Além disso, é possível notar que exceto por *Normas*, o casal tinha um conhecimento prévio de 70%, no mínimo, sobre desenvolvimento infantil, o que representa um conhecimento bastante alto. Muito possivelmente esta condição se deva a ambos terem completado o ensino médio, bem como terem ingressado em cursos da área da saúde no ensino superior. Apesar de Pai estar perto da finalização do curso, Mãe realizou uma interrupção no início de seu curso.

Com relação aos resultados do CAP, percebeu-se que houve mudanças consideráveis em relação aos escores da Mãe, que apresenta uma diminuição no escore geral de *Abuso*. Em contrapartida, o escore geral de *Abuso* do Pai apresenta um aumento do pré-teste em relação às outras duas medidas, pós-teste e *follow-up*.

Ainda, pode-se afirmar que o casal depositou confiança na pesquisadora, uma vez que os índices de *Mentira* foram baixos, apesar de a coleta ter sido realizada por meio de entrevista. Ratifica-se que estes índices são adaptados para o Brasil. Dessa maneira, pressupõe-se que quando as respostas são faladas em voz alta, o participante deva querer fornecer a resposta esperada para a pesquisadora, o que indicaria um elevado índice de

Mentira, entretanto o que aconteceu neste caso foi um baixo índice, e presume-se, portanto, que o casal confiou respostas verdadeiras à pesquisadora. O vínculo que foi estabelecido entre os participantes e a pesquisadora tem influências como esta supracitada, em termos quantitativos nos resultados, contudo também influencia diretamente na proteção que pode ser sentida por este casal, de maneira a minimizar os fatores de risco e aumentar os fatores de proteção, sendo que a pesquisadora pode ser considerada uma rede de apoio ao casal neste momento de estresse.

Retomando o histórico dos participantes, cabe ressaltar alguns aspectos, discutidos a seguir. A Mãe relatou sofrer abuso psicológico de sua mãe, a qual proferia frases do tipo “Você vai ver quando eu morrer”, “Você irá se arrepender de não fazer isso por mim agora, porque um dia eu vou morrer”, “Agora que você saiu de casa, eu estou sozinha”. Mencionou ainda que sua própria mãe colocava sobre ela a responsabilidade sobre seu sofrimento. Inclusive que preferia ter sofrido abuso físico a passar por isto sempre e garante que nunca irá se comportar de maneira semelhante com sua filha. No Diário de Campo foi anotada uma situação em que foi realizado um exercício de relaxamento com o casal e após sua finalização, Mãe se lamentou muito pela relação conturbada com sua mãe, e se emocionou ao relatar como se sente. Uma hipótese para o resultado geral do pré-teste de Mãe é a consequência desta violência psicológica, maneira como sua mãe lhe agredia psicologicamente, sendo que o momento de coleta de dados do pré-teste coincidiu com a mudança da participante da casa dos pais, bem como com o casamento de Pai e Mãe no dia anterior à coleta. Este fato pode ter sido marcado pela simbolização efetiva do início da vida de casal e como futuros pais. Além disso, a gravidez foi inesperada, não planejada e não desejada, visto que quando o casal descobriu, eles estavam separados. Todos estes fatos podem estar relacionados com o estado do momento em que o casal estava passando, em especial a Mãe. Esse mesmo comportamento pode ser visto em quase todos os escores da Mãe, que diminuíram no pós-teste e no *follow-up*.

Além disto, mesmo com a intervenção, a Mãe relatou em todos os momentos da coleta, inclusive no *follow-up*, que usaria da prática coercitiva para disciplinar sua filha. Este dado é bastante interessante, pois apesar do histórico do abuso psicológico, a participante não teve histórico de abuso físico e relatou que caso necessário, usará a força física para disciplinar sua filha.

Percebe-se que os danos da violência psicológica se apresentaram com maior impacto em relação aos danos causados pela violência física, apesar de serem duas pessoas diferentes, que reagem diferentemente aos estímulos. Segundo autores (Jellen et al., 2001, Claussen et al., 1991) há forte relação entre a violência psicológica e abandono com a violência física, e ressaltam que muitas vezes a primeira pode oferecer maiores prejuízos ao desenvolvimento infantil em comparação à segunda. Ainda, entre suas consequências está a incapacidade de construir e manter relação interpessoal satisfatória, comportamento inapropriado e sentimentos frente a circunstâncias normais. Estas consequências talvez se associem à condição de a participante relatar a possibilidade de utilizar violência física contra sua filha, caso fosse necessário.

Em contrapartida, o Pai teve um histórico de abandono por parte de seus pais e sempre viveu com a avó. Segundo ele, seu pai não foi presente em sua vida e quando pequeno, seus pais discutiam muito em sua frente, desta forma, ele vivenciou a violência entre seus pais, e sempre que se comportava mal, ele era agredido pelos seus pais, e também por sua avó. Este participante disse que em nenhum momento usará da força física para disciplinar sua filha e que mesmo tendo apanhado quando criança, ele sabe o que é sofrer isto e que não quer que sua filha passe pelo mesmo. Além disto, sempre que possível, o participante se mostrava muito positivo em relação à vida e o que tem acontecido em sua história, e quando questionado sobre o exemplo de seus pais para ele, foi relatado que com os pais ele aprendeu o que não quer ser para sua filha. Ainda, sempre que sua parceira relatava a possibilidade de

se usar da força física contra a filha do casal, o participante em tom de brincadeira, alertava para o fato de ir contra esta posição da parceira e dizia que não permitiria que isto acontecesse. A sua maior referência é sua avó, que apesar de ter usado da força física algumas vezes contra ele, sempre foi uma proteção, uma fonte de carinho e cuidado. Segundo o participante, foi com quem aprendeu muito da vida e a quem dedica muito de seu esforço.

No que se refere ao Diário de Campo, foram anotadas questões que apareceram logo no primeiro encontro, em que por conta de uma questão disparadora do instrumento CAP, ambos relataram o medo de serem pais e ainda, Mãe admitiu seu medo de ter que se separar de Pai e ter que assumir os cuidados de sua filha sozinha. Schwartz, Vieira e Geib (2011) apontam, em seu estudo a respeito das inseguranças desta trajetória, que é importante que as mães adolescentes sejam inseridas em programas de saúde os quais possuam profissionais que formem vínculos com as mesmas em grupos de cuidado social, os quais proporcionem informações e cuidados, para que influenciem positivamente para uma gestação saudável.

Em relação à avaliação qualitativa da intervenção, o casal avaliou a intervenção com bastante positividade. Esses dados corroboram a literatura, que indica que projetos de intervenção com ênfase na prevenção de maus-tratos, na implantação de práticas parentais adequadas e suporte emocional devem ser desenvolvidos e avaliados. Em vários momentos o casal expressou o medo que sentiam em tornarem-se pais com a idade em que estavam e contaram não ser o que planejavam para o momento. Com o decorrer do curso foi percebido que eles se mostravam mais familiarizados com o assunto e sempre bastantes dispostos e motivados em participar da capacitação.

5 Considerações Finais – Estudo 1

Percebe-se que o objetivo do estudo foi atingido de maneira positiva, bem como pode ser atribuída efetividade à capacitação com o casal, para que desenvolvessem segurança no trabalho de serem pais. Os indicadores como as falas dos participantes e as melhoras nos instrumentos, demonstram que a intervenção foi efetiva, e embora os ganhos em números não sejam significativos, verifica-se que a intervenção modificou comportamentos, sensações e sentimentos em relação à gravidez, o que pode ser verificado, por exemplo, na fala da mãe a respeito do convite ao Chá de Bebê da criança.

Entende-se também que a confiança gerada entre pesquisadora e participantes se deveu aos encontros acontecerem domiciliarmente. Essa circunstância permitiu uma aproximação, possibilitando uma maior intimidade e, conseqüentemente, confiança. Estas condições aprimoram os resultados finais da pesquisa.

A capacitação para pais parece adicionar ganhos em curto e longo prazo, atuando inclusive de maneira preventiva aos maus-tratos infantis. Assim, sugere-se que estudos futuros com atendimento domiciliar, juntamente a equipes da Estratégia Saúde da Família sejam aplicados e avaliados, a fim de verificar a influência dos profissionais de saúde no atendimento e prevenção aos maus-tratos, fundamentalmente com a introdução de práticas parentais adequadas. Indica-se que novas pesquisas sejam realizadas, a fim de viabilizar projetos acadêmicos para que as esferas governamentais aprimorem seu olhar para a prevenção.

Uma vez realizado este estudo e apesar de ser independente da próxima etapa da pesquisa, algumas modificações foram alcançadas e assim, em decorrência deste estudo, outra pesquisa foi realizada com mães de um bairro de nível econômico baixo, na mesma cidade onde este projeto foi efetivado. Assim, procurou-se a comparação entre mães que não passaram por esta intervenção e mães que passaram pela mesma.

6 Método - Estudo 2

6.1 Objetivo

6.1.1 Objetivo Geral

O objetivo do presente estudo foi o de elaborar, implementar e avaliar uma capacitação para mães gestantes, acerca de temas sobre o desenvolvimento infantil e da prevenção de violência intrafamiliar contra crianças.

6.1.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos foram:

- a) Comparar o potencial para a prática de abuso contra crianças nos dois grupos, o Grupo Experimental e o Grupo Controle, considerando as medidas antes e depois da intervenção.
- b) Comparar o conhecimento sobre desenvolvimento infantil nas mães dos dois grupos, o Grupo Experimental e o Grupo Controle, considerando as medidas antes e depois da intervenção.
- c) Relacionar as variáveis potencial para a prática de abuso contra crianças e conhecimento sobre desenvolvimento infantil com os fatores sociodemográficos.

6.2 Procedimento Metodológico

6.2.1 Procedimento de Triagem dos Participantes

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade e também à Secretaria de Saúde do município, sendo que o início da coleta de dados ocorreu após a sua aprovação junto a estes órgãos.

A unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) do bairro selecionado era separada entre duas equipes, 1 e 2. As equipes foram responsáveis por fornecer os dados das mães que preenchiam os critérios de participação proposta pela pesquisa, ou seja, em fase de gestação as quais foram contatadas por meio de telefonemas e informadas sobre a pesquisa.

Após o consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as participantes foram divididas em dois grupos, o Grupo Experimental e o Grupo Controle, por meio de sorteio.

6.2.2 Participantes

Participaram do estudo oito de mães, separadas em quatro mães no Grupo Experimental e quatro no Grupo Controle.

6.2.3 Local de realização da intervenção e da coleta de dados

Tanto a aplicação da coleta de dados quanto a capacitação ocorreram na mesma unidade da Estratégia Saúde da Família em que as mães foram localizadas. A Unidade disponibilizou uma sala em que havia a possibilidade de instalar um computador com Datashow, a fim de serem passados vídeos e *slide show* com os temas que compõe a pesquisa.

6.2.4 Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram os mesmos do Estudo 1.

6.2.5 Materiais

Foram utilizados notebook, Datashow, vídeos explicativos, materiais buscados na internet e livros de aplicação de cursos com pais. Além de brinquedos como boneca, banheirinha, fraldas descartáveis e alguns utensílios para higiene de crianças.

Eventualmente, foram utilizados papéis para construção de instrumentos, revistas, canetas esferográficas, cópias de atividades, lápis de cor, canetinha, cola, tesouras, barbante, borracha.

6.2.6 Procedimento de Intervenção

O procedimento da intervenção foi o mesmo descrito no Estudo 1.

As únicas mudanças ocorridas foram no transcorrer das atividades provenientes da capacitação, sem modificações de ordem metodológica. As mudanças aconteceram devido à condição de grupo que o Estudo 2 apresentou, sendo assim, algumas atividades que seriam melhor enquadradas para esta condição foram realizadas, bem como à condição de que o Estudo 1 possibilitou que a pesquisadora refletisse sobre outras atividades para serem incorporadas ao Estudo 2.

Essas mudanças estão presentes na Tabela 6.

6.2.7 Procedimento de Coleta de Dados

O Estudo 1, apesar de independente do Estudo 2, serviu como testagem do Estudo 2. Desta forma, o Estudo 1 possibilitou melhorias com a finalidade de obter informações como tempo para a aplicação, dificuldades encontradas no preenchimento, dentre outras, que poderiam auxiliar na definição do procedimento de coleta de dados, bem como temáticas mais importantes e maneiras mais adequadas de se passar as informações contidas na intervenção.

Para as finalidades da pesquisa, foram contatadas cinco unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em todas elas, foram realizadas reuniões com toda a equipe e mais a pesquisadora, a fim de apresentar a pesquisa, sendo que toda a documentação ética (do Comitê de Ética e da Secretaria de Saúde) foi exibida. Na maioria das unidades, não foi encontrado um número de participantes condizente com o ideal, sequer as características das participantes a princípio (mães gestantes primíparas). Por conta destas dificuldades, o perfil dos participantes teve que ser alterado, sem que fossem modificados os objetivos da pesquisa, a fim de se conseguir participantes para a mesma. Assim, inicialmente os participantes seriam casais, no entanto, devido às dificuldades encontradas, passaram a ser apenas as mães e, a característica de primíparas, passou para apenas gestante, sem contar a quantidade de filhos que a mãe já possuía.

Primeiramente foram contatadas 13 mães da equipe 1 da USF, das quais seis concordaram em participar do estudo. Entretanto, duas mães desistiram de participar da intervenção, mas concordaram em compor o Grupo Controle com mais duas mães da equipe 2.

Sendo assim, participaram deste estudo oito mães gestantes, que pertenciam a uma área de abrangência e cadastradas na USF de um bairro periférico pertencente ao município de São Carlos, SP. Dentre estas, quatro mães compuseram o grupo Experimental - GE (participaram da capacitação) e quatro compuseram o Grupo Controle - GC (responderam os instrumentos nos mesmos momentos que o Grupo Experimental, mas receberam a capacitação somente após a aplicação dos instrumentos no *follow-up* para ambos o Grupo Experimental).

A unidade por fim encontrada, local onde se realizou toda a pesquisa foi a última a ser contatada, o que pôde ser feito apenas no mês de novembro do ano de 2012. Por conta da demora na busca, o contato com as mães se deu por finalizado no mês de dezembro, quando a pesquisa enfim se iniciou. Como os encontros se dariam em seis datas e as mesmas

coincidiriam com o final do ano e suas respectivas festividades, a pesquisadora optou por continuar com os encontros mesmo nos entremeios às datas comemorativas do Natal e do Ano Novo. Caso não optasse, a pesquisadora supôs que com duas semanas sem realizar os encontros poderia enfraquecer a assiduidade das participantes aos encontros. Desta forma, a pesquisadora optou por dar início e manter os encontros, de forma a garantir a máxima adesão das participantes.

Aplicou-se o CAP e o KIDI antes do início do primeiro encontro de capacitação, com os pais do Grupo Experimental (aqueles que receberam a capacitação), a fim de se obter uma medida de pré-teste. Os pais do Grupo Controle (que estiveram em espera para receber a capacitação) também responderam aos instrumentos neste mesmo momento, mas em um horário separado. As aplicações dos instrumentos seguiram os mesmos procedimentos para ambos os grupos, GE e GC. Ao término do último dia de capacitação, os pais do Grupo Experimental e Controle responderam novamente os instrumentos aplicados. Para os pais do GE foi feita a medida de pós-teste, para avaliar o impacto da capacitação no desempenho destes participantes. Os participantes do GC responderam aos questionários com a finalidade de comparar os resultados entre os grupos, e verificar se as mudanças obtidas foram em decorrência da capacitação realizada. As participantes do GE preencheram também questionários de avaliação, a partir dos tópicos trabalhados durante a intervenção, para avaliarem a satisfação de participar do grupo de intervenção, ao final de cada bloco e ao final do programa de intervenção (adaptado de Laersen, Attkinson & Ngyyen *apud* GALLO, 2006).

Adicionalmente, foi realizada uma medida de *follow-up*, aplicando os instrumentos novamente, após três meses de conclusão da capacitação, junto a ambos os grupos, verificando assim se os efeitos da capacitação se mantiveram ao longo do tempo para o Grupo

Experimental, e comparando-os ao Grupo Controle, que ainda não haviam passado pela capacitação.

Após a medida de *follow-up*, o Grupo Controle foi convidado a participar de uma capacitação semelhante à ofertada ao Grupo Experimental, sem, no entanto serem realizadas novas aplicações do instrumento para este grupo. Tal convite atendeu a uma determinação ética, que define que os convidados para um grupo controle devem ter a oportunidade de acesso à intervenção, após a coleta de dados para a pesquisa.

Para finalidades desta intervenção, a pesquisadora teve dificuldades em reunir todas as mães e possibilitar que houvesse uma capacitação semelhante à ofertada ao GE, uma vez que ao serem convidadas, as participantes respondiam negativamente, afirmando que o nascimento de seus filhos as impossibilitava de passar pela capacitação, sendo que teriam que sair de suas casas, onde tinham trabalhos domésticos a realizar.

Desta maneira, a pesquisadora achou pertinente se encontrar com cada uma delas separadamente, onde fosse mais conveniente à participante e levou materiais para que fosse possível a discussão individual a respeito das temáticas que foram propostas na intervenção com o GE. Os materiais são folhetos distribuídos pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (Acervo Digital – FMSV, 2012) que propõem um conjunto de doze temas selecionados em ordem, quais sejam: 1. Pré-natal; 2. Gestação; 3. Parto; 4. Nasceu; 5. Vínculo; 6. Amamentar; 7. Desmame; 8. Cuidados e estímulos; 9. O sono do bebê; 10. O papel do pai; 11. O ritmo da criança; 12. Brincar.

Os encontros se basearam em uma conversa informal, em que a pesquisadora deixou um livre espaço para conversa, sendo que por vezes era direcionado o assunto às questões promovidas pela intervenção. Ao final da conversa, a pesquisadora deixava os folhetos para que a mãe pudesse ter uma fonte de informação e propunha que lessem o que lhe ocasionava

maior dúvida e insegurança. Infelizmente, o contato com C2 não foi possível, por indisponibilidade da participante em se encontrar com a pesquisadora.

No grupo de mães, desenvolvido nessa pesquisa, a pesquisadora adotou estratégias descritas na literatura, contendo aspectos relevantes e indicadores de efetividade em intervenções realizadas com famílias de baixa renda. Essas estratégias foram: uso de casos vivenciados pelos pais, estimulação de solução de problemas por parte dos pais, uso de vídeos, uso de dinâmicas, ligações telefônicas, fornecimento de brindes, disponibilização de alimentos durante as sessões (Rios, 2006).

Em todos os encontros com as mães, a pesquisadora levou alimentos como frutas, água, bolachas e bolo. Esta condição possibilitava que as mães demonstrassem maior envolvimento e interesse em participar do grupo, sem que se cansassem. Além de proporcionar um atrativo para ir até à Unidade.

Para que as mães não se esquecessem dos encontros, a pesquisadora procurava telefonar lembrando-as, quando não compareciam ao dia estabelecido, apesar de sempre carregarem consigo seus controles de frequência. Depois de algumas tentativas, caso não encontrasse a mãe que procurava, a pesquisadora deixava recados com alguém próximo que pudesse informar a participante. No caso das mães do Grupo Controle, a pesquisadora se disponibilizou a ir até a casa delas para que pudesse realizar a aplicação dos questionários.

Ao final dos encontros do pós-teste, as mães do Grupo Experimental receberam um brinde composto por 1) um pacote de fraldas descartáveis; 2) uma peça de roupa para criança recém-nascida; 3) um DVD contendo os vídeos utilizados durante a intervenção e 4) um certificado de conclusão do curso.

As mães do Grupo Controle receberam ao final dos encontros do *follow-up*, uma peça de roupa para recém-nascido, como forma de brinde pela participação.

6.2.8 Delineamento do Estudo

O delineamento da pesquisa foi quase experimental do tipo pré-teste/pós-teste com grupo controle não equivalente. Esse tipo de delineamento tem um grupo experimental e um grupo controle e tenta atingir um grau de controle próximo ao dos delineamentos experimentais, para inferir que dado tratamento teve o efeito pretendido (Cozby, 2006). No entanto, os grupos podem não ser equivalentes, porque os participantes não são aleatoriamente distribuídos pelas condições. Pode ser considerado um dos delineamentos quase experimentais mais úteis (Cozby, 2006).

A Figura 4 apresenta um diagrama ilustrativo do delineamento da pesquisa.



Figura 4. Diagrama do Delineamento da Pesquisa

6.2.9 Fase de Intervenção

A fase de intervenção contou com seis encontros, semanalmente, com duração de duas horas cada, que equivaleu a um período de um mês e meio.

A Tabela 6 demonstra os temas, atividades e recursos utilizados durante o grupo na fase de intervenção da pesquisa, com as modificações estabelecidas por conta do Estudo 1.

Tabela 6

Descrição das atividades desenvolvidas com o GE nos encontros

Encontro	Tema Geral: Desenvolvimento Infantil	Encontro	Tema Geral: Práticas Parentais Adequadas
1 04/12/2012	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport e Aplicação dos instrumentos KIDI e CAP. - Entrega do “controle de frequência”, com o nome de cada mãe e preenchimento gradual das datas a cada dia de encontro. 	4 27/12/2012	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da parte sobre Desenvolvimento Infantil - Estilos Parentais (Weber, Salvador & Brandenburg, 2011); - Conversa sobre como foram os pais deles - Vídeo : “O impacto do exemplo de um pai” - Práticas Parentais Adequadas (Monitoria, Moral, Disciplina) (Weber, Salvador & Brandenburg, 2011); - Vídeo: “Os pais são exemplos para os filhos” - Vídeo: “Como nasce um artista”
Tema: Gestação		Tema: Práticas Parentais Inadequadas	
2 11/12/2012	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecendo o grupo: Dinâmica do barbante. - Contrato do Grupo: Regras - Confeção da Caixa dos Sonhos: O que você quer para seu filho? (caixas de sapatos, lápis de cor, canetinha, revistas) - Mudanças no feto durante a gestação (físicas, sensoriais) (Acervo Digital – FMSV, 2012); - A necessidade do pré-natal: O que detecta e a importância da participação do pai (Acervo Digital – FMSV, 2012); - Gestação Saudável: Sono, Exercícios, Alimentação, Uso de Substâncias (Acervo Digital – FMSV, 2012). - Vídeo “Nota 10 – Primeira Infância. Episódio 1 (Canal Futura em parceria com a Fundação Maria Cecília Couto Vidigal)” 	5 03/01/2013	<ul style="list-style-type: none"> - O que são as práticas parentais inadequadas? - <i>Roleplays</i>: cena de conversa entre mãe e filho em uma negociação (Weber, Salvador & Brandenburg, 2011); - Atividade de elogio entre o grupo (Weber, Salvador & Brandenburg, 2011); - Violência contra crianças pelos pais; - Atividade de labirinto: um fica de olho tampado e outro guia (Weber, Salvador & Brandenburg, 2011); - Atividade de contratação de um pai; - Vídeo “Nota 10 – Primeira Infância. Episódio 5: O Papel da Família (Canal Futura em parceria com a Fundação Maria Cecília Couto Vidigal)” - Avaliação do Grupo
Tema: Infância		Tema: Pós-Teste e Finalização	
3 18/12/2012	<ul style="list-style-type: none"> - Depois do nascimento: o que acontece na maternidade; - Dificuldades dos prematuros; - Vacinações e Exames (Pezinho, Orelinha, Coraçãozinho e Olhinho) - Parte Prática: Trocando a fralda da boneca, seguida de vídeo explicativo e parte didática de como trocar a fralda; - Parte Prática: Dando banho na boneca, seguida de vídeo explicativo e parte didática de como dar banho; - Parte Prática: Dando de amamentar à boneca, seguida de vídeo explicativo e parte didática de como amamentar; - Alimentação do bebê (Acervo Digital – FMSV, 2012); - Choro do bebê, seguida da explanação da Síndrome do Bebê Sacudido (Vídeo Síndrome do Bebê Sacudido) - Sono do bebê (Acervo Digital – FMSV, 2012) - Processos Sensoriais e Cognitivos (Acervo Digital – FMSV, 2012) - Desenvolvimento motor até 1 ano (Acervo Digital – FMSV, 2012). - Atividade Linha do Tempo (Linha com material EVA, figuras e velcro) 	6 08/01/2013	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão sobre a intervenção e Aplicação dos instrumentos KIDI e CAP. - Entrega de Brindes - Entrega de Certificado do Curso

6.2.10 Análise dos dados

A análise dos dados do Estudo 2 são semelhantes a do Estudo 1, contudo foi adicionada posteriormente a análise quantitativa pelo *software* SPSS para *Windows*, com o teste de correlação de *Pearson*, que apresentam indicadores a respeito das correlações dos dois instrumentos, bem como dos dados demográficos.

7 Resultados – Estudo 2

A fim de uma melhor compreensão das participantes, a Tabela 7 apresenta a caracterização das mesmas com dados relativos à pesquisa.

Tabela 7

Caracterização das Participantes

	Tempo de Gestação (meses)	Estado Civil	Idade	Escolaridade (anos)	Número de Filhos	Histórico de Violência	Número de faltas
GE							
E1	7	casada	26	6	3	físico	0
E2	5	amasiada	21	10	0	não	1 (2º encontro)
E3	1	amasiada	16	5	0	Negligência/ Abandono/ abuso de álcool e drogas	1(4º encontro)
E4	7	casada	24	11	3	Físico/psicológico/ sexual	1 (2º encontro)
Média			21,75	8	1,5		
GC							
C1	6	casada	17	10	0	não	
C2	6	casada	24	8	1	não	
C3	5	amasiada	23	9	2	não	
C4	3	amasiada	16	8	0	sim	
Média			20	8,75	0,75		

Percebe-se que em relação ao estado civil, à escolaridade, à idade e ao número de filhos, os dois grupos são bastante semelhantes. A única característica que não se assemelha é o histórico de abuso das participantes, sendo que apenas C4 relatou ter sofrido abuso durante a infância, enquanto que três participantes do GE relatou histórico de abuso durante a infância, sendo E1, E3 e E4.

Em relação às faltas das mães do GE, E4 teve 100% de presença, enquanto que as outras mães tiveram apenas uma falta, que era o máximo de faltas que poderiam ter. Uma vez que seriam quatro encontros nos quais os conteúdos da intervenção seriam abordados, caso as mães não comparecessem aos encontros mais que uma vez, teriam mais que 50% de faltas. Desta forma, estabeleceu-se com as mães que pudessem faltar apenas uma vez e por conta disto, uma participante foi perdida, por não ter comparecido a dois encontros.

A Figura 5 resume o histórico de abuso das três mães do GE.

Mãe	Histórico de Abuso
E1	E1 sofreu bastante abuso físico durante toda a sua infância pela mãe. Segundo a participante, sua mãe lhe batia cerca de dez vezes ao dia, e não havia motivo claro nem mesmo para sua mãe para tal motivo, segundo a participante. Contou que fugiu de casa aos 13 anos para casar, para poder escapar da sua mãe, que mandava recados para ela, que quando a encontrasse, bateria muito nela. E1 disse que sentia muita vergonha de sua mãe, pois os episódios de violência aconteciam-na presença de qualquer pessoa e em qualquer ocasião. Disse também que não podia ir à escola, que tinha que ficar em casa para cuidar de seus irmãos, limpar a casa e fazer comida. Além disso, contou que seu pai não lhe batia, pois sua mãe dizia que a função de “quebrá-la ao meio” era dela e de mais ninguém. Hoje em dia, conversa com sua mãe e tem uma relação próxima, consegue até perdoá-la, mas que nunca irá bater em nenhum filho, pois ela sabe a dor. Ainda, relatou da reprovação caso seu marido agrida um filho de seus filhos, afirmando que “ele irá pra rua”.
E3	E3 mora com a avó desde que nasceu. Segundo seu relato, sua avó cuidou de todos os netos, pois sua mãe sempre utilizou de substâncias alcoólicas e tóxicas. Hoje, sua mãe é recasada, possui filhos com outros parceiros e elas não possuem uma relação de proximidade. E3 relatou o desejo de agredir o parceiro de sua mãe, afirmando que após o nascimento de sua filha, o fato será consumado. A participante reproduz vários dos hábitos que relatou que sua mãe pratica, por exemplo, utilizar de substâncias alcoólicas e tóxicas durante a gestação e também o histórico de violência física da parte delas contra outras pessoas.
E4	Segundo a participante E4, sua mãe sofreu abuso físico do marido, que após abandoná-lo, criou seus filhos sozinha. Relata um episódio, no qual sua mãe estava grávida de um irmão mais novo de E4 e a carregava no colo, sua mãe caiu, fazendo com que E4 tenha uma cicatriz até hoje. Entretanto, seu irmão nasceu com uma deficiência física, sendo que uma perna é mais curta que a outra, e culpou E4 por isso em toda sua infância (relacionado o fato da queda durante enquanto estava grávida do irmão de E4 ser culpa da participante, pois sua mãe a carregava no colo). Além desta violência psicológica, sua mãe lhe batia muito, chegando a ter hematomas e ferimentos moderados por conta destes episódios, que segundo a participante, sua mãe não lhe dizia o porquê das surras. Além disso, dizia a E4 que não lhe amava. Quando havia encontros religiosos em sua casa, sua mãe a escondia para que os líderes religiosos não a encontrassem com os hematomas, e a participante revelou que sempre desejou que um pastor a visse para que contasse sobre o que sua mãe lhe fazia. E4 teve um casamento e três filhos frutos do mesmo, e quis se separar. Quando relatou à sua mãe sobre a vontade, sua mãe a atacou no pescoço dizendo que não era para ela se separar e caso isto acontecesse, ela a mataria, alegando que “eu te pus no mundo, posso te tirar”. Mas, como E4 acabou se separando, sua mãe tirou a guarda de todos os seus filhos, alegando ao Conselho Tutelar que ela não teria condições de cuidar de seus filhos e ainda a expulsou de casa. Enquanto ainda morava com sua mãe, um tio portador de deficiência intelectual tentou molestá-la. E disse que por isso tem muito medo de homem, atravessa a rua quando está sozinha e desconfia de algum homem e desejou não ter filho menino. Hoje a participante está casada com outro homem, está grávida dele, de uma menina e diz que nunca irá bater em nenhum filho seu. Que nunca desejaria isto a alguém que ama.

Figura 5. **Histórico de Abuso de E1, E3 e E4**

No que se refere ao conhecimento destes dados, é importante salientar que foram emitidos de maneira espontânea pelas participantes conforme os assuntos da intervenção lhes fazia contingência para que fosse oportuno apresentar seus próprios históricos pessoais, que posteriormente foram anotados no Diário de Campo e puderam compor o item de caracterização dos participantes.

Dados Qualitativos

A avaliação da capacitação também foi realizada no grupo experimental. Além de ao final dos dois blocos, também foi pedido que as mães avaliassem a intervenção como um todo no último dia. A avaliação aparece na Tabela 8, que apresenta os itens avaliados e a nota fornecida ao lado.

Tabela 8

Avaliação dos participantes sobre o programa de intervenção

	<u>Média</u>	<u>Valor Mínimo</u>	<u>Valor Máximo</u>
Qualidade do atendimento recebido*	4,8	4	5
Grau de ajuda recebida no grupo de pais*	4,85	4	5
Grau de satisfação com a ajuda recebida*	4,5	4	5
Nota que daria ao grupo de pais**	10	10	10
	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	
Recomendaria o grupo de pais para algum amigo?	100%	0%	
Participaria novamente do grupo de pais?	100%	0%	
O grupo de pais ajudou nos cuidados e na educação do seu filho?	100%	0%	
Encontrou atendimento que procurava?	100%	0%	

Nota: * A pontuação varia de 1 “muito ruim” a 5 “muito bom”; **A nota varia de 0 a 10.

Pode-se verificar com base na Tabela 8 que as mães avaliaram o atendimento recebido, o grau de ajuda recebida e a satisfação de ter participado do grupo de “bom” a “muito bom”. Todas as participantes apontaram que recomendariam o grupo para algum amigo, participaria novamente do grupo e que o grupo ajudou na educação e nos cuidados com os filhos.

A Tabela 9 mostra as principais impressões das participantes acerca do grupo, recolhidas por meio da aplicação do questionário qualitativo de avaliação.

Tabela 9

Opinião das participantes acerca do grupo

No que ajudou?	O grupo trouxe informações que ajudaram muito (n=2); Aprendi a ter mais paciência (n=2) Aprendi a conversar com o nenê que está na barriga (n=1) Aprendi a ter mais cuidados com o bebê (n=1); Aprendi a entender mais as crianças (n=1); Aprendi a fazer amizades (n=1); Aprendi a fazer elogios aos meus filhos (n=1); Agora eu sei me cuidar melhor (n=1); Aprendi que as mães tem que participar mais da vida do seu filho (n=1); Aprendi a entender melhor, a amar mais e cuidar melhor das crianças que precisam tanto de nós e dos nossos cuidados e além de tudo do nosso amor (n=1).
O que era esperado?	Que tivesse mais gestantes (n=2); Que fosse ensinado mais sobre parto (n=1); Que fosse mais focado para gestantes (n=1) Que fosse focado para depois da gestação (n=1)
O que não era esperado?	Preencher questionários (n=2); Que falasse sobre crianças mais velhas (n=1).
Dificuldades na educação dos filhos	Ajudar na lição de casa (n=1); Más companhias (n=1).

Percebe-se pela Tabela 9 que o grupo trouxe contribuições importantes para o dia-a-dia delas no papal materno. Quando foi questionado o que era esperado, as mães responderam que esperavam determinadas informações mais voltadas ao caráter biomédico. Enquanto que o que não era esperado algumas mães responderam que não queriam ter respondido a esse questionário. E sobre as dificuldades, algumas mães responderam sobre as dificuldades de ajudar na lição de casa e sobre as más companhias.

Além dos dados que o instrumento proporcionou muitas vezes as mães relatavam a importância para elas de estarem frequentando o curso. El disse que seu marido não estava gostando que ela estivesse participando do grupo, porque ela deixava de fazer as tarefas domésticas para estar lá. Segundo a participante, seu marido lhe perguntou o que estava faltando para o bebê, a fim de que ela não precisasse ir ao grupo para ganhar o presente que

seria dado ao final do curso e ela lhe respondeu: “Eu não estou lá por causa do que vou ganhar. Eu gosto de estar lá. Vamos fazer assim, se você parar de ir ao futebol toda quarta à noite, eu paro de ir ao grupo. O que você acha?” e completou dizendo para a pesquisadora: “Aqui é um momento só para mim, onde eu posso esquecer todos os problemas lá de casa e pensar um pouco em mim”.

Dados quantitativos

Grupo Experimental

A Tabela 10 apresenta os acertos do Grupo Experimental e Controle no instrumento KIDI, que avalia o conhecimento sobre desenvolvimento infantil.

Tabela 10
Desempenho do GE no pré, no pós-teste e no *follow-up* do KIDI

		Mães GE				Mães GC			
		E1	E2	E3	E4	C1	C2	C3	C4
Normas (n=32)	pré-teste	18 (56%)	17 (53%)	11 (34%)	20 (62%)	20 (62%)	18 (56%)	18 (56%)	16 (50%)
	pós-teste	24 (75%)	17 (53%)	15 (46%)	22 (68%)	20 (62%)	23 (71%)	17 (53%)	17 (53%)
	<i>follow-up</i>	24 (75%)	14 (43%)	20 (62%)	22 (68%)	22 (68%)	21 (65%)	18 (56%)	12 (37%)
Princípios (n=17)	pré-teste	10 (58%)	11 (64%)	8 (47%)	10 (58%)	11 (64%)	12 (70%)	11 (64%)	5 (29%)
	pós-teste	12 (70%)	10 (58%)	8 (47%)	12 (70%)	12 (70%)	10 (58%)	9 (52%)	6 (35%)
	<i>follow-up</i>	12 (70%)	10 (58%)	11 (64%)	13 (76%)	13 (76%)	11 (64%)	11 (64%)	6 (35%)
Saúde e Segurança (n=14)	pré-teste	12 (85%)	9 (69%)	7 (50%)	10 (71%)	9 (64%)	10 (71%)	10 (71%)	8 (57%)
	pós-teste	13 (92%)	8 (57%)	8 (57%)	10 (71%)	9 (64%)	11 (78%)	10 (71%)	9 (64%)
	<i>follow-up</i>	9 (64%)	8 (57%)	7 (50%)	9 (64%)	9 (64%)	8 (57%)	9 (64%)	4 (28%)
Cuidados (n=12)	pré-teste	8 (66%)	6 (50%)	5 (41%)	8 (66%)	9 (75%)	6 (50%)	6 (50%)	4 (33%)
	pós-teste	6 (50%)	7 (58%)	3 (25%)	8 (66%)	8 (66%)	9 (75%)	5 (41%)	3 (25%)
	<i>follow-up</i>	9 (75%)	7 (58%)	6 (50%)	10 (83%)	11 (91%)	9 (75%)	8 (66%)	6 (60%)
Escore Total (n=75)	pré-teste	48 (64%)	43(57%)	31 (41%)	48 (64%)	49 (65%)	46 (61%)	45 (60%)	33 (44%)
	pós-teste	55 (73%)	42 (56%)	34 (45%)	52 (69%)	49 (65%)	53 (70%)	41 (54%)	35 (46%)
	<i>follow-up</i>	53 (70%)	39 (52%)	44 (58%)	54 (72%)	55 (73%)	49 (65%)	46 (61%)	28 (37%)

A Tabela 10 apresenta os acertos que as mães do GE e GC tiveram nas medidas de aplicação do instrumento KIDI. Percebe-se pelos dados da Tabela 10 que, exceto pela participante E2, as outras mães apresentaram um aumento no escore geral do KIDI no pós-teste.

Em relação ao Escore geral, duas mães – E3 e E4 – apresentaram um aumento no *follow-up*, enquanto as mães E1 e E2 apresentaram uma diminuição no escore geral em relação ao pós-teste. Em contrapartida, apesar de E1 ter diminuído em relação ao pós-teste, teve um aumento em relação ao pré-teste.

E1 apresentou maiores conhecimentos no pós-teste nas categorias *Normas*, *Princípios* e *Saúde e Segurança*. Exceto na categoria *Cuidados*, não apresentou aumento no conhecimento. No *follow-up*, a participante apresentou escores maiores nas categorias *Normas*, *Princípios* e *Cuidados*. Apenas a categoria *Saúde e Segurança* que apresentou uma diminuição no escore tanto para pré, quanto para o pós-teste.

A participante E2 demonstrou um aumento no pós-teste apenas na categoria *Cuidados*. Sendo que na categoria *Normas*, permaneceu com o mesmo escore e nas categorias *Princípios* e *Saúde e Segurança* apresentou uma diminuição. Já no *follow-up*, as categorias *Princípios*, *Cuidados* e *Saúde e Segurança* permaneceram com escores iguais ao pós-teste, enquanto a categoria *Normas* teve seu escore menor que o pós-teste.

Para E3 os escores das escalas *Normas* e *Saúde e Segurança* aumentaram no pós-teste, entretanto a escala *Princípios* permaneceu o mesmo e *Cuidados* apresentou uma diminuição. No entanto, no *follow-up* a participante teve seus escores aumentados nas categorias *Normas*, *Princípios* e *Cuidados*. A categoria *Saúde e Segurança* teve seu escore igual ao do pré-teste.

Já E4 teve resultados maiores nas escalas *Normas* e *Princípios* no pós-teste e nas escalas *Saúde e Segurança* e *Cuidados* não apresentou modificação para o pós-teste. Na coleta do *follow-up*, a participante teve escores maiores nas categorias *Normas*, *Princípios* e

Cuidados, sendo que a categoria *Saúde e Segurança* teve uma diminuição em relação aos escores de pré e pós-teste.

Além disto, a participante que mais acertou nas categorias foi E1, sendo no pós-teste em *Normas* (= 75% de acerto) e *Saúde e Segurança* (92% de acerto). As categorias *Cuidados* e *Princípios* foram igualmente acertadas por E1 e E4, sendo 66% de acerto por E1 no pré-teste e por E4 no pré e no pós-teste na primeira e 70% por E1 e E4 no pós-teste na segunda. No *follow-up*, E1 continuou com 75% de acerto na categoria *Normas*, sendo o maior escore entre todas participantes. A categoria *Princípios* foi a mais acertada pela participante E4, sendo 76% de acerto. A categoria *Saúde e Segurança* foi igualmente acertada por E1 e E4 no *follow-up*, sendo que ambas tiveram 64% de acerto. E por fim, a categoria *Cuidados* apresentou 83% de acerto pela participante E4.

Sobre o Grupo Controle, quando se compara o pré e o pós-teste, a categoria mais acertada foi *Saúde e Segurança*, sendo que todas as participantes acertaram mais de 50% tanto no pré quanto no pós-teste, sendo a menor porcentagem 50%, por E3 no pré-teste e a maior foi de 92% de E1 no pós-teste. Diferentemente dos dados do *follow-up*, no qual a categoria mais acertada foi *Cuidados*, sendo que o menor escore garantido foi 50% pela participante E3 e o maior foi 83%, por E4.

Esta mesma categoria *Cuidados* foi a menos acertada na comparação pré e pós-teste, sendo que o menor acerto foi de 25%, de E3 no pós-teste e o maior foi de 66%, de E1 no pré-teste e E4 no pré e pós-teste. Enquanto no *follow-up*, a categoria que teve menos acertos foi *Saúde e Segurança*, sendo que o menor escore de acerto foi de 50%, mas o maior foi de 64%. Na comparação do pré-teste para o pós-teste, percebe-se que duas mães tiveram um aumento do escore geral, sendo C2 e C4. Enquanto que C1 permaneceu com o escore idêntico no pré e no pós-teste e C3 apresentou uma diminuição no escore geral. No *follow-up*, as mães que tiveram seus escores gerais aumentados em relação ao pós-teste, foram C1 e C3. A

participante C2 teve um aumento no *follow-up* em relação ao pré-teste, mas C4 teve seu escore geral menor que o pré e o pós-teste.

C1 apresentou aumento nos escores do pós-teste na categoria *Princípios*. Sendo que *Normas, Saúde e Segurança* permaneceram com o mesmo escore e a categoria *Cuidados* apresentou uma diminuição. Percebe-se que no *follow-up*, a participante teve quase todos os escores maiores, com exceção da categoria *Saúde e Segurança*, que permaneceu o mesmo desde o pré-teste.

A participante C2 demonstrou um aumento no pós-teste nas categorias *Normas, Saúde e Segurança e Cuidados*. Sendo que a categoria *Princípios* apresentou uma diminuição. Em relação ao *follow-up*, a participante teve um aumento na categoria *Princípios*, mas ainda assim foi menor que o resultado da mesma categoria no pré-teste. As duas categorias *Normas e Saúde e Segurança* apresentaram uma diminuição em relação ao pós-teste, enquanto a categoria *Cuidados* permaneceu com o escore igual ao pós-teste.

Para C3 os escores de todas as categorias diminuíram no pós-teste, exceto por *Saúde e Segurança*, que não apresentou mudança. Em contrapartida, no *follow-up*, a participante teve três das quatro categorias com os escores mais altos, sendo elas *Normas, Princípios e Cuidados*, enquanto que a categoria *Saúde e Segurança* teve o escore um pouco mais baixo.

Já C4 teve resultados do pós-teste maiores nas escalas *Normas, Princípios e Saúde e Segurança*, enquanto que *Cuidados* apresentou uma diminuição. No *follow-up*, a categoria que aumentou foi *Cuidados*, enquanto as categorias *Normas e Saúde e Segurança* tiveram seus escores diminuídos, e a categoria *Princípios* continuou com o mesmo escore.

No pós-teste, a participante que mais acertou categorias foi C2, em *Normas* (= 71% de acerto) e *Saúde e Segurança* (78% de acerto). As categorias *Cuidados e Princípios* foram igualmente acertadas por C2 e C1, sendo 75% de acerto por C1 no pré-teste e por C2 no pós-teste na primeira e 70% por C1 no pós-teste por C2 no pré-teste em *Princípios*. No *follow-up*,

a participante C1 teve os maiores índices de acerto, sendo que na categoria *Normas*, acertou 61% das questões, na categoria *Princípios* acertou 76% das questões, na categoria *Saúde e Segurança* – assim como C3 – acertou 64% das questões e por fim, na categoria *Cuidados*, acertou 91% das questões.

A categoria mais acertada foi *Saúde e Segurança*, no pós-teste, sendo que todas as participantes acertaram mais de 50% tanto no pré quanto no pós-teste, sendo a menor porcentagem 57%, por C4 no pré-teste e a maior foi de 78% de C2 no pós-teste. Já no *follow-up*, a categoria mais acertada foi *Cuidados*, sendo que o menor escore foi de 60%, por C4 e o maior foi de 91%, por C1.

A categoria menos acertada foi *Cuidados*, sendo que o menor acerto foi de 25%, de C4 no pós-teste e o maior foi de 75%, de C1 no pré-teste e C2 no pós-teste. Enquanto que no *follow-up*, a categoria menos acertada foi *Saúde e Segurança*, sendo que o menor acerto foi de 18%, por C4 e o maior foi de C1, com 64%.

A Tabela 11 apresenta os dados coletados no pré, no pós-teste e no *follow-up* sobre a diferença no potencial de maus-tratos antes e depois da intervenção com o GE.

Tabela 11

Desempenho do GE no Inventário CAP no pré, no pós-teste e no *follow-up*

	E1			E2			E3			E4			C1			C2			C3			C4			Nota de corte Americana (Milner)	
	Pré-Teste	Pós-Teste	Follow-up																							
Abuso	243	194	217	209	241	315	327	264	238	139	150	113	209	204	259	236	183	321	262	380	356	238	267	274	215	
Sofrimento	156	120	149	116	151	187	211	179	155	86	87	58	139	131	149	126	117	239	134	232	231	134	175	137	152	
Rigidez	18	26	29	53	62	62	28	20	6	30	4	14	35	45	40	47	50	47	32	30	27	45	55	50	30	
Infelicidade	8	8	8	10	5	17	28	20	28	5	5	5	11	3	14	2	5	10	41	55	42	5	2	27	23	
Criança	7	6	6	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	0	1	1	1	1	0	0	0	11	
Família	32	13	1	20	13	32	32	32	38	7	38	26	0	1	32	37	0	1	37	38	38	32	13	38	18	
Outros	22	21	24	9	9	17	24	17	11	11	16	10	24	24	24	18	11	23	17	24	17	22	22	22	20	
Ego	16	17	13	20	20	15	8	15	17	25	25	25	15	15	14	17	22	4	18	4	6	17	11	15		
Solidão	9	7	8	7	4	7	11	11	9	4	9	5	6	7	9	9	6	13	8	13	13	7	8	8		
Escala de Validade																										
Mentira	2	4	3	1	0	1	1	2	1	2	2	3	0	0	1	1	2	1	1	0	0	1	1	1	1	7 ou 8
Randômica	0	1	1	4	3	0	5	6	5	3	2	2	2	2	1	0	1	2	3	2	2	1	1	3	6	
Inconsistência	3	3	3	2	3	3	3	3	2	4	1	2	3	2	4	4	1	8	7	4	5	1	5	4	6	

A Tabela 11 apresenta os dados coletados nos três diferentes momentos e os escores alcançados pelas participantes do GE. É evidente nos dados de E1 que, no escore geral de *Abuso*, a participante baixou o índice de acima da nota de corte, sendo no pré-teste, considerada de alto risco e depois da intervenção, no pós-teste, seu escore reduz para baixo da nota de corte. Entretanto, nos dados do *follow-up*, a participante apresenta aumento no seu escore para acima da nota de corte, passando a ser considerada novamente como de alto risco. As subcategorias *Sofrimento* e *Família* diminuem no pós-teste e permanecem abaixo da média no *follow-up*. Entretanto, na subcategoria *Outros*, seu escore que já estava acima da nota de corte no pré-teste, apesar de diminuir, permanece acima e volta a aumentar no *follow-up*.

Com E2, o que se pode observar é que há um aumento no escore geral *Abuso*, do pré para o pós-teste e mais ainda no *follow-up*, que anteriormente não estava na nota de corte e depois da intervenção há um aumento para acima da mesma. Na subescala *Sofrimento*, a participante que estava abaixo da média no pré e no pós-teste, apresenta um escore acima da média no *follow-up*. E2 apresenta também um aumento na subescala *Rigidez*, na qual participante que já estava acima da nota de corte, permaneceu na mesma situação, inclusive com um aumento no escore. Entretanto, para a subescala *Família*, a participante que estava acima da nota de corte, teve uma redução, apresentando um escore abaixo no pós-teste e posteriormente, um aumento no *follow-up*, voltando ao escore acima da média.

A participante E3 apresentou uma alta redução no escore geral *Abuso*, entretanto, seu escore permaneceu acima da nota de corte no pós-teste e apesar da diminuição no *follow-up*, a participante ainda se apresenta acima da nota de corte, sendo considerada de alto risco. A mesma situação aconteceu com a subescala *Sofrimento*. E o escore da subescala *Família* não apresentou mudanças no pré e no pós-teste, contudo, no *follow-up*, há um aumento sendo que ainda é um escore acima da nota de corte. A subescala *Infelicidade* que havia apresentado uma diminuição mostra um aumento no *follow-up*, sendo que passa da nota de corte. Apesar

disto, a subescala *Outros*, apresentou diminuições no *follow-up*, reduzindo o escore para abaixo da nota de corte.

A participante E4 apresentou uma diminuição no escore geral *Abuso*, que apesar de já estar abaixo da nota de corte, desde o pré-teste, apresentou um escore ainda menor. Entretanto, houve um aumento na subescala *Família*, sendo que foi para acima da nota de corte, que apesar da diminuição no *follow-up*, ainda assim está acima da nota de corte. Ainda, apresentou uma redução na subescala *Rigidez*, que estava na nota de corte e foi para baixo. As outras subescalas estiveram abaixo da nota de corte no pré, no pós-teste e no *follow-up*.

Adicionalmente, nenhuma participante teve escores acima da nota de corte na subescala *Crianças*, tampouco nos dados de *Mentira*, *Resposta ao Acaso* e *Inconsistência*.

Sobre os dados coletados no pré, no pós-teste e no *follow-up* do potencial de maus-tratos, antes e depois da intervenção do GC, indicado pelo desempenho das participantes no CAP, percebe-se pelos dados da Tabela 11 que C1 não se apresentava como participante de risco, pois seu pré-teste não estava acima da nota de corte, no escore geral *Abuso*, entretanto no *follow-up*, seu escore geral é acima da nota de corte, o que indica que a participante se caracteriza como de alto risco ao potencial de maus-tratos. Apenas as subescalas *Rigidez* e *Outros* estavam no pré-teste acima da nota de corte e permaneceram no pós-teste. No *follow-up* as mesmas subescalas continuam na mesma situação, e adicionalmente a subescala *Família* também aparece acima da nota de corte.

Em relação à C2, seu escore geral de *Abuso* estava acima da nota de corte no pré-teste e no pós-teste houve uma redução, caindo seu escore para baixo da média, contudo o escore volta a subir acima da nota de corte no *follow-up*. O mesmo aconteceu para a subescala *Família*, que no pós-teste caiu para nulo. Entretanto a subescala *Rigidez* que já se apresentava acima da média no pré-teste teve um escore aumentado no pós-teste. No *follow-up* as subescalas *Sofrimento*, *Rigidez* e *Outros* aparecem acima da nota de corte.

A participante C3 apresentou aumento no escore geral *Abuso*, que já estava acima da média e no pós-teste e no *follow-up* permaneceu com um índice de risco. No pós-teste, essa mesma condição apareceu para *Rigidez*, *Infelicidade* e *Família*. Enquanto que as subescalas *Sofrimento* e *Outros* apresentou um aumento do pré-teste para o pós-teste, passando a escores acima da média. Apesar destes dados, o índice de distorção *Inconsistência* apresenta um escore acima da nota de corte, sendo assim, estes dados desta participante podem ser enviesados, apesar de no *follow-up*, estes dados não aparecem novamente. Ainda no *follow-up*, as subescalas *Sofrimento*, *Infelicidade* e *Família*, aparecem acima da média.

Os dados da participante C4 mostram que ela também já era considerada de risco no pré-teste, sendo que seu escore geral de *Abuso* se apresenta acima da nota de corte no pré-teste e permanece assim no pós-teste e no *follow-up*. Os escores das subescalas *Rigidez* e *Outros* também estiveram acima da nota de corte tanto no pré como no pós-teste e ainda no *follow-up*. A subescala *Sofrimento* apresentou um aumento no escore do pré-teste, passando a estar acima da nota de corte no pós-teste e volta a diminuir no *follow-up*. Entretanto a subescala *Família* apresentou um declínio no pós-teste, que estava acima da nota de corte e passou a estar abaixo no pós-teste, porém volta a subir no *follow-up*, para acima da média. Outra subescala que apresenta um escore acima da média no *follow-up* é *Infelicidade*. Esta participante, durante a coleta de dados do *follow-up*, respondeu pela única vez que sofreu maus-tratos infantis.

As tabelas que se numeram de 12 a 15 apresentam os dados indicadores quantitativos estatísticos calculados por meio do *software* estatístico *SPSS*, com as médias e desvio padrão das participantes em relação aos questionários KIDI e CAP em suas diferentes medidas de coleta de dados.

Tabela 12

Média e Desvio Padrão do GE das medidas de pré e pós-teste para o CAP e KIDI

SUBTESTES	Pré-teste		Pós-teste	
	MÉDIA	D.P.	MÉDIA	D.P.
INVENTÁRIO CAP				
Abuso	2,29	0,78	2,12	0,50
Sufrimento	1,42	0,54	1,34	0,39
Rigidez	0,33	0,14	0,26	0,25
Infelicidade	0,12	0,10	0,09	0,07
Criança	0,02	0,03	0,02	0,02
Família	0,22	0,11	0,24	0,12
Outros	0,16	0,07	0,15	0,04
Ego	0,17	0,07	0,19	0,04
Solidão	0,07	0,02	0,07	0,02
KIDI				
Normas	0,16	0,03	0,19	0,04
Princípios	0,09	0,01	0,10	0,01
Saúde e				
Segurança	0,09	0,02	0,09	0,02
Cuidados	0,06	0,01	0,06	0,02
Escore Geral	0,42	0,08	0,45	0,09

A Tabela 12 demonstra os dados das médias e desvio padrão dos GE nas medidas de coleta de dados de pré e pós-teste para ambos os inventários, CAP e KIDI. O Grupo Experimental, que participou da intervenção, ao ser comparado estatisticamente entre si nas duas medidas, de pré e pós-teste, obteve uma média inferior nas categorias *Abuso*, *Sufrimento*, *Rigidez*, *Infelicidade*, *Outros* e *Ego* do CAP no pós-teste. Enquanto as categorias *Criança* e *Solidão* permaneceram com o mesmo resultado e as categorias *Família* e *Ego* apresentaram um resultado maior no pós-teste. É importante considerar que as médias mais baixas neste Inventário significam que seu potencial de abuso é inferior, assim sendo, se suas categorias são mais baixas, o resultado é mais positivo.

No KIDI os resultados vão à mesma direção, sendo que o *Escore Geral* e as categorias *Normas*, *Princípios* e *Saúde e Segurança* apresentaram uma média superior no pós-teste, enquanto a categoria *Cuidados* foi um pouco abaixo em relação ao pré-teste. Neste

instrumento, ao contrário do CAP, apresenta-se como um resultado melhor se as médias são superiores.

A Tabela 13 apresenta as comparações do GE nas medidas de pré-teste e *follow-up* do CAP e KIDI

Tabela 13

Média e Desvio Padrão do GE das medidas de pré-teste e *follow-up*

SUBTESTES	Pré-teste		<i>Follow-up</i>	
	MÉDIA	D.P.	MÉDIA	D.P.
INVENTÁRIO CAP				
Abuso	2,29	0,78	2,20	0,83
Sufrimento	1,42	0,54	1,37	0,55
Rigidez	0,33	0,14	0,27	0,24
Infelicidade	0,12	0,10	0,14	0,10
Criança	0,02	0,03	0,01	0,03
Família	0,22	0,11	0,24	0,16
Outros	0,16	0,07	0,15	0,06
Ego	0,17	0,07	0,17	0,05
Solidão	0,07	0,02	0,07	0,01
KIDI				
Normas	0,16	0,03	0,20	0,04
Princípios	0,09	0,01	0,11	0,01
Saúde e				
Segurança	0,09	0,02	0,08	0,00
Cuidados	0,06	0,01	0,08	0,01
Escore Geral	0,42	0,08	0,47	0,07

A Tabela 13 apresenta as médias que comparam o Grupo Experimental com ele mesmo nas medidas de pré-teste e de *follow-up*. Pela Tabela 13 percebe-se que o potencial de maus-tratos diminuiu no *follow-up*, para a categoria *Abuso*, bem como os índices das categorias *Sufrimento*, *Rigidez*, *Criança*, *Outros* e *Solidão*. Sendo que apenas as categorias *Infelicidade*, *Família* e *Ego* tiveram seus escores aumentados nesta medida em questão.

No que se refere ao KIDI, os escores aumentaram nesta medida, sendo que, com exceção da categoria *Cuidados*, todas as outras tiveram uma média de acertos maior no *follow-up*.

A Tabela 14 apresenta as médias que comparam o Grupo Experimental com ele mesmo nas medidas de pós-teste e de *follow-up*.

Tabela 14

Média e Desvio Padrão do GE das medidas de pós-teste e *follow-up*

SUBTESTES	Pós-teste		<i>Follow-up</i>	
	MÉDIA	D.P.	MÉDIA	D.P.
INVENTÁRIO CAP				
Abuso	2,12	0,50	2,20	0,83
Sufrimento	1,34	0,39	1,37	0,55
Rigidez	0,26	0,25	0,27	0,24
Infelicidade	0,09	0,07	0,14	0,10
Criança	0,02	0,02	0,01	0,03
Família	0,24	0,12	0,24	0,16
Outros	0,15	0,04	0,15	0,06
Ego	0,19	0,04	0,17	0,05
Solidão	0,07	0,02	0,07	0,01
KIDI				
Normas	0,19	0,04	0,20	0,04
Princípios	0,10	0,01	0,11	0,01
Saúde e				
Segurança	0,09	0,02	0,08	0,00
Cuidados	0,06	0,02	0,08	0,01
Escore Geral	0,45	0,09	0,47	0,07

De acordo com a Tabela 14 pode-se perceber que o grupo teve escores menores no pós-teste na categoria *Abuso*, *Sufrimento*, *Rigidez* e *Infelicidade* do instrumento CAP. Em relação ao KIDI, as categorias *Normas*, *Cuidados* e *Escore Geral* tiveram escores mais altos no *follow-up*.

A Tabela 15 apresenta as comparações entre os grupos GE e GC no pós-teste.

Tabela 15

Média e Desvio Padrão de ambos os grupos GE e GC no pós-teste CAP e KIDI

SUBTESTES	GE		GC	
	MÉDIA	D.P.	MÉDIA	D.P.
INVENTÁRIO CAP				
Abuso	2,12	0,50	2,57	0,88
Sofrimento	1,34	0,39	1,63	0,51
Rigidez	0,26	0,25	0,45	0,10
Infelicidade	0,09	0,07	0,16	0,25
Criança	0,02	0,02	0,00	0,00
Família	0,24	0,12	0,13	0,17
Outros	0,15	0,04	0,20	0,06
Ego	0,19	0,04	0,13	0,07
Solidão	0,07	0,02	0,08	0,03
KIDI				
Normas	0,19	0,04	0,19	0,02
Princípios	0,10	0,01	0,09	0,02
Saúde e				
Segurança	0,09	0,02	0,09	0,00
Cuidados	0,06	0,02	0,07	0,03
Score Geral	0,45	0,09	0,46	0,09

A Tabela 15 apresenta os dados das médias e desvio padrão para ambos os grupos GE e GC na medida de coleta de dados do pós-teste dos dois inventários CAP e KIDI. O Grupo Experimental, no pós-teste, como é possível verificar pela Tabela 16, teve suas médias das categorias *Abuso*, *Sofrimento*, *Rigidez*, *Infelicidade*, *Outros* e *Solidão* do Inventário CAP mais baixas que o GC.

Nas categorias do KIDI, o GE não teve um resultado positivo como no CAP, pois a média do *Score Geral* foi menor que o GC, contudo suas categorias *Normas* e *Princípios* apresentaram um resultado maior, enquanto a categoria *Saúde e Segurança* apresentou um resultado semelhante entre os dois grupos e, por fim, na categoria *Cuidados* o GE obteve um resultado inferior.

Na Tabela 16 podem-se verificar os mesmos dados para a medida de *follow-up*.

Tabela 16

Média e Desvio Padrão de ambos os grupos GE e GC no *follow-up* CAP e KIDI

SUBTESTES	GE		GC	
	MÉDIA	D.P.	MÉDIA	D.P.
INVENTÁRIO CAP				
Abuso	2,20	0,83	3,02	0,44
Sufrimento	1,37	0,55	1,89	0,53
Rigidez	0,27	0,24	0,41	0,10
Infelicidade	0,14	0,10	0,23	0,14
Criança	0,01	0,03	0,00	0,00
Família	0,24	0,16	0,27	0,17
Outros	0,15	0,06	0,21	0,03
Ego	0,17	0,05	0,09	0,05
Solidão	0,07	0,01	0,10	0,02
KIDI				
Normas	0,20	0,04	0,18	0,04
Princípios	0,11	0,01	0,10	0,02
Saúde e				
Segurança	0,08	0,00	0,07	0,02
Cuidados	0,08	0,01	0,08	0,02
Score Geral	0,47	0,07	0,44	0,11

A Tabela 16 apresenta dos dados das médias e desvio padrão de ambos os grupos no *follow-up* dos dois inventários CAP e KIDI. Percebe-se, pela Tabela 17, que as médias do Grupo Experimental, foram menores em relação ao Grupo Controle, na medida do *follow-up*, nas categorias *Abuso*, *Sufrimento*, *Rigidez*, *Infelicidade*, *Família*, *Outros*, *Solidão* do Inventário CAP.

Ainda, no KIDI pode ser verificado um resultado semelhante, sendo que exceto pela categoria *Cuidados*, as demais categorias contaram com uma média superior do GE em relação ao GC no *follow-up*, o que representa um resultado positivo.

A Tabela 17 apresenta correlações entre os itens do Inventário CAP com os itens do KIDI, indicando também quais foram indicadores de efetividade.

Tabela 17

Correlação entre os itens do Inventário CAP e KIDI

INVENTÁRIO CAP	KIDI	
	Normas	Saúde e Segurança
Abuso	-0,825*	
Sufrimento	-0,812*	
Criança		0,732*
Ego	0,751*	
Solidão	-0,753*	

Nota: *p<0,05

A Tabela 17 apresenta os dados de correlação entre os dados dos dois inventários, CAP e KIDI. Nota-se na Tabela 17 que houve correlação negativa entre *Normas* e os itens *Abuso*, *Sufrimento* e *Solidão*. A categoria *Normas* também se correlacionou com a categoria *Ego*, contudo positivamente. Ainda, houve correlação positiva entre os itens *Saúde e Segurança* e *Criança*.

Tabela 18

Correlação entre dados demográficos, Idade e Escolaridade, e os itens do Inventário CAP e KIDI

	Idade (anos)	Escolaridade (anos)
Inventário CAP		
Abuso		-,846**
Sufrimento		-,879**
Rigidez		
Infelicidade		
Criança		
Família		
Outros		
Ego		,810*
Solidão		-,903**
KIDI		
Normas		,754*
Princípios		
Saúde e Segurança	,907**	
Cuidados		
Escore Geral		

Nota: *p<0,05; **p<0,01

A Tabela 18 apresenta a correlação entre os dados demográficos, idade e escolaridade com os dados de ambos os inventários, KIDI e CAP. Pela Tabela 18, percebe-se que houve correlação negativa entre *Escolaridade* e as categorias *Abuso*, *Sufrimento* e *Solidão* do CAP e também correlação positiva com a categoria *Ego* do CAP e com a categoria *Normas* do KIDI.

A categoria *Idade* apenas se correlacionou positivamente com a categoria *Saúde e Segurança*, do KIDI.

8 Discussão – Estudo 2

Percebe-se pela literatura (Guralnick, 1998; Hallahan & Kauffman, 2003; Nunes, 1996; Sanders, 2007) que a intervenção precoce e a prevenção primária apresentam ganhos em função de suas características em prol da promoção da saúde global das crianças. Há diversos tipos de intervenções precoces com diversos públicos quando se refere ao desenvolvimento infantil, seja com pais, profissionais da saúde e educação, família estendida, etc. No embasamento literário (Andrade et al., 2005; Bolsoni-Silva, Silveira & Marturano, 2008; Cia, Williams & Aiello, 2005; Rios, 2006; Rios & Williams, 2008; Werner, 1998) realizado para promover esta pesquisa em questão, verificaram-se avanços em relação a outras pesquisas tais como: avaliação pré e pós-intervenção, encontros domiciliares, intervenção no SUS, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família, separação entre os grupos experimental e controle, favorecimento de rede de apoio social, ensino sistemático de resolução de conflitos e habilidades de enfrentamento, avaliação por meio de diferentes instrumentos, ênfase na promoção de comportamentos habilidosos, tempo de duas horas por encontro e foco da intervenção com pais em situação de risco (baixa escolaridade, pais jovens ou adolescentes, baixas condições socioeconômicas).

Ainda assim, as condições de risco as quais se encontravam os participantes da pesquisa pode favorecer o lado positivo da intervenção, uma vez que todos os participantes pertenciam a grupos que são pouco visados em âmbito governamental, sejam pais jovens e pessoas pertencentes à periferia. Percebe-se que a literatura é enfática em sugerir programas de intervenção para pais que estejam em situação de risco, já que são vários os autores que

indicam esta necessidade (Alexandre et al., 2012; Ceconello, Antoni & Koller, 2003; Cia, Williams & Aiello, 2005; Maia & Williams, 2005; Rios, Williams & Aiello, 2007; Rios, 2006 Silva et al., 2005). Além disto, apesar de o alto potencial de abuso e o baixo conhecimento sobre desenvolvimento infantil poderem se relacionar com a baixa escolaridade, é importante fazer esta situação ser revertida com intervenções as quais favoreçam o conhecimento sobre maneiras mais eficazes de educar uma criança e sobre as etapas do desenvolvimento infantil.

As temáticas propostas na intervenção foram escolhidas, como já descrito anteriormente, a partir das questões encontradas no instrumento KIDI, bem como em materiais destinados a gestantes. Estas condições, primeiramente, permitiram que as participantes pudessem ter repertório específico para responder às questões do instrumento supracitado, bem como pudessem encontrar respostas a dúvidas e inseguranças que pudessem surgir durante a gestação. No que diz respeito ao questionário qualitativo no qual as mães do GE responderam que esperavam assuntos mais voltados para caráter biomédico ou outras expectativas que foram levantadas, pode ser discutida a efetividade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para esclarecer os objetivos da pesquisa, ou seja, torna-se pertinente compreender se é um documento suficiente, mesmo que apresentado com detalhes da pesquisa e com informações adicionais expostas pela pesquisadora. Ou ainda, que pode ser que o grupo de intervenção tenha suscitado ainda mais dúvidas para as mães que foram apresentadas no questionário qualitativo. Segundo Gray e McCormick (2005) para que haja efetividade nos programas de intervenção precoce, é recomendado que os programas estejam vinculados à serviços de saúde e que haja visitas domiciliares, que sejam focados nas demandas das famílias, que as especificidades do contexto sociocultural sejam incorporadas, que a implementação seja monitorada e que as medidas de avaliação sejam amplas.

A partir de uma visão geral do trabalho, percebe-se que a intervenção aplicada em ambos os estudos obteve uma repercussão positiva a curto e médio prazo para os

participantes. Uma questão importante a ser considerada nesta afirmativa é a condição do vínculo que foi estabelecida entre a pesquisadora e as pessoas que participaram dos estudos. Como já considerado na Discussão do Estudo 1, reitera-se que esta condição de trabalho pode funcionar como um fator de proteção aos pais que estão esperando por um filho e também pode minimizar os fatores de risco, sendo que enquanto estão em contato, os pais podem ter na pesquisadora uma integrante da sua rede de apoio.

Ainda, a condição de grupo, proporcionada pelo Estudo 2, também se relaciona com esta questão, tanto do fator de proteção quanto da rede de apoio. Muitas vezes o fato de se encontrarem semanalmente com outras mães, em outro local que não seja a residência das mesmas, mediadas por um profissional pode fazer com que angústias sejam divididas, além de proporcionar um momento de lazer para as participantes que ficam imersas nos afazeres domésticos diários. Como relatou E1, o fato de estar fora de casa e pensar em si podem ser comparados a um jogo de futebol para os homens que gostam de se divertir com este esporte.

Outro dado relevante de se discutir é que C4 respondeu à questão 85 sobre maus-tratos infantis positivamente apenas no *follow-up* (85. Sofri maus-tratos quando criança), e quando foi questionado à participante sobre abuso físico (158. Quando era criança meus pais me batiam com força), foi respondido negativamente. Não houve circunstância para indagar sobre esse histórico de abuso, pois diferentemente do GC, as mães do GE ficaram durante seis semanas em contato direto, podendo assim ter tido mais intimidade para relatar à pesquisadora sobre o assunto. Entretanto, o pouco contato com a participante (aplicação dos instrumentos três vezes), fez com que a mãe já tivesse certa intimidade com a pesquisadora a ponto de afirmar positivamente que sofreu maus-tratos. Esta informação ratifica a pertinência de grupos com gestantes que tratem sobre desenvolvimento infantil e práticas parentais adequadas, a fim de favorecer que as práticas positivas sejam aplicadas com seus filhos, bem como que elas compreendam as aquisições graduais das crianças. Segundo o Ministério da

Saúde (2010), é necessário que o profissional crie estratégias para estabelecer vínculos fortalecidos com as famílias, para que estas, após o nascimento do bebê, saibam trabalhar com maneiras efetivas de educar e se relacionar com seus filhos.

A seguir serão apontados e discutidos alguns aspectos a respeito de variáveis que podem ter contribuído para a efetividade da intervenção, tais como adesão, quantidade de filhos, idade das mães, momento do nascimento dos filhos e histórico pessoal de cada participante do GE.

Em relação à adesão das participantes do GE, no Estudo 2, com exceção à E1 que obteve 100% de presença, as demais participantes se ausentaram uma única vez. Sendo que E2 e E4 se ausentaram do encontro que se referiu à parte pré-natal, de práticas na gestação e fases da mesma. Enquanto E3 se ausentou do quarto encontro, que foi composto das temáticas sobre as práticas parentais adequadas. Com a finalidade de correlacionar o desempenho destas mães com a ausência das mesmas nos encontros, buscou-se agrupar as questões do inventário KIDI às suas categorias, para que fosse possível buscar por uma relação entre as temáticas abordadas nos encontros e seus principais erros. Foi percebido que nenhuma questão deste inventário aborda questões do pré-natal (gestação, parto e fases do desenvolvimento do feto), portanto não se pode relacionar o desempenho de E2 e E4 com a ausência no segundo encontro da intervenção. O quarto encontro da intervenção acerca das práticas parentais adequadas, se relaciona com as questões da categoria *Cuidados* do KIDI. Em relação à participante E3 ter se ausentado deste dia especificamente, percebe-se que esta participante teve o menor desempenho nesta categoria no pós-teste, se comparado aos seus próprios desempenhos nas medidas de pré-teste e *follow-up*, em todas as comparações, sendo que foi a categoria que menos acertou e também foi o menor desempenho se comparada às demais participantes, inclusive comparando ao desempenho das outras categorias e não somente esta em questão.

No que se refere à quantidade de filhos, percebe-se que as mães do GE que já possuíam filhos tiveram escores maiores no KIDI se comparadas às demais participantes. Apesar disto, as participantes do GC não tiveram o mesmo desempenho, sendo que C1 teve o melhor desempenho no KIDI e não possuía nenhum filho. Em relação à idade das mães, o GE tem a característica de as mães que tiveram os melhores desempenhos, serem também as que já tinham filhos e as mais velhas. Enquanto no GC, C1, que teve o melhor desempenho, era uma das mais novas, com 17 anos, sendo que apenas C4 era mais nova que ela, com 16 anos.

Em relação aos escores do CAP, E4 teve o menor potencial de abuso em todas as medidas de coleta de dados, seguida por E1. E a mesma condição se repete no KIDI, sendo que C1 tem o menor potencial de abuso.

Desta maneira, tanto em relação aos dados encontrados pelo KIDI quanto pelo CAP, percebe-se que as variáveis de número de filhos e de idade podem interferir nos dados de maior conhecimento sobre desenvolvimento infantil e/ou menor potencial de abuso.

Ainda, é possível levantar uma hipótese a respeito do momento do nascimento do filho, relacionada a maiores conhecimentos sobre desenvolvimento infantil. E1 e E4 tinham suas filhas nascidas no momento do *follow-up*, E2 tinha seu filho nascido desde o pós-teste e E3 ainda não tinha tido o filho nem mesmo no *follow-up*. Desta maneira, a única participante que poderia ter relação entre maior conhecimento sobre desenvolvimento infantil e o nascimento do filho seria E4, que teve seus escores mais elevados no momento em que seu filho nasceu – *follow-up* – enquanto E1 teve seu maior escore no KIDI no pós-teste, E2 no pré-teste e E3 no *follow-up*.

Sobre as mães do Grupo Controle, C1 e C3 tinham seus filhos nascidos no momento do *follow-up*, enquanto C2 e C4 ainda não tinham passado pelo parto no momento do *follow-up*. C1 e C3 tiveram seus melhores escores no *follow-up*, o que talvez possa traçar uma

relação entre os maiores conhecimentos sobre desenvolvimento infantil com o fato de o filho ter nascido, enquanto C2 e C4 tiveram seus melhores escores no pós-teste.

Mais possivelmente, o desempenho das participantes pode ter relação com seus históricos pessoais. E1 e E4, por exemplo, obtiveram os melhores resultados no KIDI e possuíam os menores potenciais de abuso, pelo CAP. Como descrito anteriormente, percebe-se que ambas passaram por um histórico de abuso bastante forte, durante toda sua infância e também na vida adulta. Estas condições vão ao encontro com as teorias da resiliência, o que implica na possibilidade de terem um repertório de resiliência bastante elevado, com fortes fatores de proteção, que fizeram com que tenham um enfrentamento dos estressores diferente de outras pessoas.

E2 não relatou em nenhum momento algum fato referente a estressores ou alguma forma de abuso sofrida por ela, exceto o fato de já ter tido duas gestações anteriores e ambas terem culminado no aborto espontâneo. A gravidez em questão foi mais tranquila, contudo seu filho nasceu prematuro, no dia em que foi marcado o pós-teste. Para que a pesquisadora tivesse os dados da participante desta medida de coleta de dados, foi necessário se encontrar com a mesma em sua residência, uma vez que foi indicado à ela que permanecesse de repouso. Talvez a prematuridade de seu filho, atrelado à condição dos dois abortos espontâneos anteriores, possa ter elevado o grau de estresse desta participante, o que pode ter refletido nos resultados do KIDI e do CAP nas duas últimas medidas de coleta de dados, uma vez que é perceptível que esta mãe teve um declínio em seu desempenho.

E3 também apresentou um histórico de abuso. A participante é a única que apresenta um escore geral menor que 50% de acerto no pré e no pós-teste no KIDI. É interessante apresentar algumas considerações a respeito de E3. Esta participante soube da sua gravidez no dia em que o primeiro contato com as mães foi realizado. Sendo que, por coincidência, estava na Unidade de Saúde quando a pesquisadora marcou de se encontrar com as demais

participantes, e por conta disto, uma Agente Comunitária de Saúde convidou-a para participar dos encontros com a pesquisadora. Durante os encontros, esta participante pareceu muito resistente. Nos encontros, que aconteciam na parte da manhã, era comum E3 relatar considerações negativas sobre os encontros, como preferir dormir a estar presente no grupo. Além disso, se engajava com dificuldade nas atividades propostas, fazia comentários hostis relacionados a sexo e ao gênero masculino e frequentemente debochava do que a pesquisadora dizia. Entretanto, no dia do *follow-up*, algumas mudanças notáveis foram percebidas na participante, sendo que o encontro foi marcado mais cedo que o horário dos grupos e E3 não apresentou reclamações e durante a aplicação dos questionários, ainda se mostrou mais interessada, respondendo com cautela e assiduidade. Os dados do *follow-up* mostram essa diferença marcante entre os dados coletados no pré e pós-teste.

Há algumas hipóteses relacionadas à esta mudança comportamental, sendo que pode-se relacionar o tempo de espera de três meses para a aplicação dos questionários do *follow-up* como um processo de se fazer “decantar” os conhecimentos adquiridos durante a intervenção, bem como uma reflexão sobre o significado da proposta da mesma para a participante. Ainda, o tempo de gestação pode ter interferido positivamente na condição materna à qual estava sujeita, sendo que no começo da intervenção, quando estava com poucos dias de gravidez, ainda não havia formulado uma condição de maternagem, e que pode ter sido formada aos seis meses, momento que coincidiu com o *follow-up*. Desta forma, ao estar mais próximo do nascimento da criança, já saber do gênero do filho e ver o processo de ser mais próximo do real, pode ter feito com que esta mãe tenha tido outra relação com a pesquisadora e o grupo.

Assim, a proximidade da concepção de uma menina, pareceu ser de suma importância para que a participante se assumisse como mãe e cuidadora desta criança que estaria por vir. Um comportamento que fortalece esta hipótese foi que durante os encontros do grupo, a participante relatou usar substâncias tóxicas (mesmo sabendo dos danos e este assunto ser

tema da intervenção) como tabaco e álcool durante as festas de final de ano, mas durante o *follow-up*, a participante disse saber dos danos de se usar estas substâncias e que não faria isso com sua filha. Além disto, ao término desta coleta, E3 perguntou à pesquisadora se este grupo iria acontecer novamente, porque sua tia estava grávida e ela queria indicar o grupo para que ela fizesse, o que demonstra um sentimento de positividade em relação ao grupo pela participante. Por fim, os instrumentos, como pode ser observado na seção dos resultados foram sensíveis a este momento, sendo que os escores no KIDI aumentaram e no CAP houve uma diminuição no potencial de abuso.

Segundo Patias, Siqueira e Dias (2013) intervenções que tenham como foco mudanças de comportamentos que envolvam crenças dos pais a respeito do desenvolvimento dos filhos, aspectos sociais, históricos e culturais sobre práticas inadequadas, podem ser eficientes. A relação das práticas parentais está ligada com as crenças que estes pais desenvolvem ao longo de suas vidas, com a construção de seus históricos e experiências, que sustentam seus comportamentos escolhidos para educar seus filhos, bem como o que consideram bom ou ruim e o que valorizam ou não (Kobarg & Vieira, 2008). Ainda, uma possível variável é como foram educados na infância, sendo que podem utilizar as mesmas práticas que seus próprios genitores utilizaram (Weber, et al., 2006). Contudo, o que pode acontecer também é que algumas pessoas conseguem quebrar padrões de comportamento e se utilizam de outras práticas consideradas mais adequadas. Esta condição pode se atribuir a apoios de rede social, conhecimento mais aprofundado sobre o assunto e orientação de profissionais (Bem & Wagner, 2006).

Muitos são as variáveis que podem se relacionar com maior conhecimento sobre desenvolvimento infantil (Moura et al., 2004). Os estudos em questão apresentam correlação com esta afirmação, sendo que não foram apenas os anos de escolaridade (altos ou baixos), os fatores socioeconômicos, o número de filhos, o gênero dos filhos, a idade das mães e o gênero

do progenitor que determinaram individualmente os altos escores de conhecimento sobre desenvolvimento infantil no KIDI. Percebe-se que pela heterogeneidade dos participantes, que cada um respondeu aos questionários que forma pessoal, sendo que não corresponderam a um grupo específico que categorizasse seus escores no instrumento.

Em uma perspectiva que envolva ambos os estudos, a categoria que foi mais acertada pelo casal, no Estudo 1, foi *Cuidados*, enquanto no Estudo 2, foi *Saúde e Segurança*. Talvez tenha sido maior enfatizada a questão dos cuidados parentais com o casal jovem, enquanto no grupo com as mães tenha sido atribuído maior valor às questões que se relacionavam com os aspectos de saúde das crianças. Uma hipótese para esta relação pode ser o engajamento dos diferentes grupos de participantes em cada situação, sendo que a categoria *Cuidados* se relaciona com conhecimentos sobre crenças, estratégias e comportamentos dos educadores, treino de habilidades da criança através de ensino ou modelagem e a responsabilidade de se tornarem cuidadores. Esta temática pode ter sido de mais interesse para o casal, que se mostrou mais curioso e preocupado com a parentagem que o grupo de mães, sendo que a metade neste grupo já era mãe. Ainda, talvez o fato de o grupo ter sido conduzido em uma unidade de saúde, tenha feito com que as participantes se interessassem mais sobre assuntos referentes à saúde, o que caracterizou maiores desempenhos na categoria *Saúde e Segurança* neste grupo.

Pelos resultados é perceptível que há uma relação entre os grupos, GE e GC, sendo que no pós-teste, para ambos os grupos, a categoria do KIDI *Saúde e Segurança* aumenta enquanto a categoria *Cuidados* diminui. Já no *follow-up*, acontece o inverso, sendo que a categoria *Cuidados* aumenta e a categoria *Saúde e Segurança* diminui. A hipótese para este acontecimento pode nos levar a três possibilidades: 1) A não interferência da intervenção nestes dados; 2) Aos fatores externos e 3) A não sensibilidade do instrumento. A primeira opção se refere à condição de os resultados não se relacionarem com a intervenção, seja na

sua aplicação ou na sua ausência, sendo que o grupo que passou pela intervenção e o grupo que não passou tiveram os mesmos resultados. Desta maneira, nos ligamos à segunda possibilidade, sendo que pode ser que estes conhecimentos podem se ligar com fatores externos, seja por conhecimentos inerentes ao fato de se ter um filho ou demais maneiras de aprendizagem. Por fim, a última opção se ligaria com a condição de que o instrumento KIDI pode não ter sido sensível o suficiente à intervenção, ou seja, ele não pode captar se o grupo que passou por informações formais sobre desenvolvimento infantil poderia ter mais noções a cerca desta condição.

Para que estas hipóteses fossem mais formalmente testadas, seria necessário que houvesse uma amostra maior de mães nos dois grupos, o que poderia minimizar que casos como este acontecessem. Além disto, para que fosse testado o conhecimento específico de cada item do KIDI, futuras intervenções poderiam testar previamente e posteriormente a cada seção/encontro uma temática do instrumento, para verificar se desta maneira pode-se ter mais acesso aos conhecimentos que depois de aplicar os instrumentos antes e depois da intervenção como um todo.

No que se diz respeito aos dados quantitativos, indicadores de efetividade, percebe-se que a intervenção pode apresentar melhoras em termos das médias obtidas pelo GE, em medidas comparativas antes e depois da intervenção, três meses depois da intervenção e também em relação ao GC. É interessante notar que quando se compara o pós-teste ao *follow-up*, percebe-se que o potencial de abuso é um pouco maior na última medida, contudo menor comparada com o pré-teste e o conhecimento sobre desenvolvimento infantil é maior em relação às duas primeiras medidas, o que representa um ganho da intervenção em médio prazo.

Quando há a comparação entre os dois grupos, também é percebido que as médias em geral são mais positivas para o GE em relação ao GC, o que também apresenta um ganho

positivo que a intervenção proporcionou ao grupo que passou pela mesma. As diferenças no *follow-up* são ainda maiores quando se comparam os dois grupos.

Em relação às correlações entre os dados demográficos e os itens dos inventários, podemos encontrar que há correlação negativa entre os anos de escolaridade das mães com o potencial de *Abuso*, com *Sofrimento* e com *Solidão*, o que pode significar que quanto maior o potencial de abuso, o sentimento de sofrimento e de solidão, há menos anos de escolaridade. Entretanto, pode ser interpretado que quanto maior os problemas com ego e quanto mais se sabe sobre as *Normas*, há mais anos de escolaridade.

É importante considerar que os dados estatísticos não determinam os fatos, mas sim incitam uma discussão sobre eles, como uma possibilidade. Desta forma, pode ser verificado que existe uma possível relação entre a escolaridade e o potencial de abuso, o que nos leva a reflexão apontada anteriormente a respeito da necessidade de se intervir nesta população, sendo que programas de capacitação podem ter um poder sobre as pessoas, no que se refere ao ensinamento sistemático de assuntos específicos. Andrade et al. (2005) verificaram que quanto maior os anos de escolaridade, maiores são as interações entre mãe e bebê e também a estimulação ambiental. Esta condição pode indicar que seja necessário intervir com famílias que possuem progenitores com baixa escolaridade a fim de apresentar maneiras efetivas de manejar raiva, de lidar com estresse e de práticas parentais mais eficazes no que se refere à educação de seus filhos. Esta condição se relaciona com achados de estudos que verificaram que nível de escolaridade e contexto sociocultural influenciam nas crenças sobre desenvolvimento infantil, e assim, conseqüentemente, sobre a educação dos filhos (Braz, Dessen & Silva, 2005; Kobarg et al., 2006; Kobarg & Vieira, 2008).

Contudo, diferentemente do que foi encontrado nos estudos de Seidl de Moura et al. (2004) e Silva, Vieira, Seidl de Moura e Ribas (2005) que ao verificar dados sociodemográficos com conhecimento sobre desenvolvimento infantil, perceberam que há

alto índice de correlação entre o nível de escolaridade das mães e a idade dos bebês com o conhecimento sobre desenvolvimento infantil. No caso do presente estudo, apesar de não haver número de participantes suficientes para uma análise estatística, não foi apresentada correlação entre os dados demográficos e os escores gerais do KIDI.

De qualquer forma, estudos demonstram que pais de nível socioeconômico mais elevado e escolaridade mais alta enfatizam habilidades de direção às crianças, como, por exemplo, autocontrole, responsabilidade e curiosidade, se apoderando de estratégias indutivas como a explicação para seus filhos (Bem & Wagner, 2006; Kobarg et al., 2006; Kobarg & Vieira, 2008; Montandon, 2005). O que acontece com pais de níveis socioeconômicos mais baixos e escolaridade mais baixa é que estes se preocupam mais com quesitos ligados à higiene, bons modos e obediência e ainda acabam se utilizando mais de estratégias inadequadas, como coerção e punição, como forma de educação e imposição de poder (Bem & Wagner, 2006; Montandon, 2005).

Nesta direção, percebe-se que E2 e E4 eram as mães do GE que tinham os maiores anos de escolaridade, sendo que a primeira tinha 10 e a segunda, 11. E1 juntamente com E4 eram as mais velhas e as que tinham mais filhos. E ambas foram as que melhor se saíram no KIDI e no CAP, em todos os momentos de coleta de dados. E2, contudo, não apresentou resultados muito positivos em ambos os questionários, mas seu caso foi relatado anteriormente, no que diz respeito à contingência de estresse a qual se inseria. Com relação ao GC, todas as mães tinham altos anos de escolaridade, que variou de oito a 10 anos. Esta condição, com exceção de C4, fez com que as participantes deste grupo apresentassem, em média, 60% de conhecimento prévio sobre desenvolvimento infantil, atingindo 73% no escore geral do KIDI, o que representam altos índices de conhecimento sobre desenvolvimento infantil. Contudo, os altos escores de *Abuso* no CAP do GC não se relacionam com os anos de

escolaridade, que talvez se relacione com um número menos expressivo de filhos, em relação ao GE.

Sobre os dados qualitativos das mães do GE, é possível verificar que o grupo de mães foi positivamente avaliado em todos os quesitos. Reitera-se a relevância de se aproximar mães aos conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e práticas parentais adequadas.

9 Considerações Finais – Estudo 2

Este trabalho em questão teve como objetivo avaliar o potencial para a prática de abuso contra crianças e o conhecimento sobre desenvolvimento infantil nas mães dos dois grupos, e posteriormente, comparar o potencial e o conhecimento nos dois grupos, com a finalidade de verificar se a intervenção com pais gestantes poderia gerar modificações nos participantes, de maneira a agir preventivamente. Os objetivos foram alcançados, de maneira que estas diretrizes foram avaliadas e comparadas. Além disto, o trabalho proporcionou uma extensa busca de conhecimento sobre violência contra crianças, práticas parentais adequadas, gestação na adolescência, treinamento de pais no Brasil e no exterior e dados sobre o panorama geral brasileiro a respeito da situação das crianças e jovens brasileiros no que concerne à segurança destes.

Percebe-se que tanto para o casal adolescente, quando para o grupo de mães, a intervenção foi positiva, sendo que principalmente os dados qualitativos, com as falas dos participantes dos dois estudos, apresentaram que a intervenção teve relevância. Comparando os dois estudos, inclusive, verifica-se que a escolaridade e o nível socioeconômico parecem ser fatores decisivos para o conhecimento acerca do desenvolvimento infantil, sendo que os escores do casal do primeiro estudo foram maiores desde o pré-teste que os escores das mães do Estudo 2. Entretanto, essas duas variáveis podem não ser fatores decisivos para as práticas

parentais, sendo que a mãe do Estudo 1 relatou várias vezes que se usaria de práticas coercitivas, como o bater, sendo que esta participante representava entre todos os participantes a que tinha o nível socioeconômico mais elevado, inclusive maior que seu parceiro. Além disto, esta participante não teve histórico de abuso físico, enquanto tanto seu parceiro como mães do GE apresentaram este histórico e relataram que não usariam da força física para disciplinar seus filhos.

As limitações do estudo podem ter sido: o número limitado de sessões da intervenção, o número reduzido de participantes do Estudo 2, à ausência de pais homens no Estudo 2 e também à estrutura fechada da intervenção, que não possibilitou que os participantes trouxessem demandas para a pesquisadora e esta as inserisse no programa. Sugere-se que pesquisas que investiguem futuras intervenções planejem um espaço aberto para construção de uma temática somente a partir da demanda dos participantes, bem como certa flexibilidade ao tratar das temáticas previamente estabelecidas. Ainda, é necessário que se estabeleça um vínculo fortalecido com os participantes, para que o pesquisador componha a rede de apoio social de participantes que estejam em situação de risco. Além disso, que sejam viabilizadas outras possíveis redes de proteção na comunidade onde os participantes estão inseridos. Por fim, é importante que os profissionais do local de intervenção tenham consciência sobre os resultados e impactos da pesquisa, bem como sejam sensibilizados para a causa da notificação e prevenção de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

Para tanto, fica mais que evidente a responsabilidade de adultos para proteção deste grupo que se apresenta como sendo de risco no contexto da violência contra crianças no país. Ademais, a responsabilidade de pais para que sejam informados e sensibilizados pela melhor compreensão das aquisições graduais das crianças também sobre as práticas parentais adequadas, de maneira a prevenir que maiores causas externas sejam grande causa dos homicídios das crianças e jovens brasileiros.

Torna-se cada vez mais necessário que pesquisas sejam realizadas para que não só se compreenda que população é esta que é vítima de violência, ou que pratica a violência, mas sim que a violência seja cada vez menos um panorama costumeiro, que encaramos como natural. Assim, indica-se que pesquisas com a temática da prevenção da violência sejam realizadas, e ainda, extrapolando a condição da prevenção, é necessário que pesquisas trabalhem em favor da promoção da saúde, sendo que independente de riscos, os pais tenham conhecimentos mais adequados de como cuidar de seus filhos.

Referências

- Aber, J. L., Jones S. M., Brown, J. L. Chaudry, N., & Samples, F. (1998) Resolving conflict creatively: Evaluating the developmental effects of school-based violence prevention program in neighborhood and classroom context. *Development and Psychopathology*, 10, 187-213.
- Acervo Digital – FMSV (2012) <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/acervo-digital/Paginas/colecao-primeira-infancia-pre-natal-folheto-1.aspx>
- Alexandre, A. M. C., Labronici, L. M., Maftum, M. A., & Mazza, V. de A. (2012). Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 272-279. Retrieved January 29, 2014, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200002&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0080-62342012000200002.
- Andrade P. R., Ribeiro C. A., Ohara C. V. S. (2009) Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro. *Rev Gaúcha Enferm.*, 30, (4), 662-8.
- Andrade, S.A., Santos, D. N., Bastos, A. C., Pedromônico, M., R., M., Almeida-Filho, N. & Barreto, M. L. (2005) Ambiente familiar e desenvolvimento infantil. *Rev Saúde Pública*, 39 (4) 606-611.
- Baraldi, D. M., & Silveiras, E. F. M. (2003). Treino de habilidades sociais em grupo com crianças agressivas, associado à orientação dos pais: análise empírica de uma proposta de atendimento. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: Questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp.235-258). Campinas: Alínea.
- Barros, L. (2006). Significações parentais: Desenvolvimento e intervenção. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 39, 65-89.

- Bem, L., & Wagner, A. (2006). Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconômico. *Psicologia em Estudo, 11*(1), 63-71.
- Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. F. & Marturano, E. M. (2008) Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, X*, (2), 125-142.
- Brasil (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal no. 8069/1990.
- Brasil, Ministério da Saúde (2002). *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2006). *Instrumentos Internacionais de Direitos Humanos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2007a). Saúde de adolescentes e jovens. Caderneta. Retirado em 21/03/2007, de <http://portal.saude.gov.br/saude/>.
- Brasil (2007b). Indicadores sociais. Crianças e adolescentes. Retirado em 21/03/2007, de <http://www.ibge.gov.br/home/>.
- Brasil, Ministério da Saúde (2010). Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. Brasília: Ministério da Saúde.
- Braz, M. P., Dessen, M. A., & Silva, N. L. P. (2005). Relações conjugais e parentais: uma comparação entre famílias de classes sociais baixa e média. *Psicologia: Reflexão e crítica, 18*(2), 151-61.
- Brino, R. F. & Williams, L. C. A. (2009). *A Escola como agente de prevenção do abuso sexual infantil*. São Carlos: Suprema.

- Budd, K. S, Heilman, N. E., Kane, D. (2000). Psychosocialm Correlates of Child Abuse Potencial in Multiply Disadvantaged Adolescent Mothers. *Child Abuse & Neglect*, 5(24), 611-625.
- Caminha, R. M. & Pelisoli, C. (2007). Treinamento de pais: Aspectos teóricos e clínicos. In R. M. Caminha & M. G. Caminha, M. G (eds.). *A prática cognitiva na infância*. São Paulo: Roca.
- Cesca, T.B. (2004) O papel do psicológico jurídico na violência intrafamiliar: possíveis articulações. *Psicologia & Sociedade*, 16 (3),41-46.
- Cia, F. (2009), *Um programa para aprimorar envolvimento paterno: impactos no desenvolvimento do filho*. Tese de doutorado, Universidade Federal de São Carlos, 2009).
- Cia, F., Williams, L. C. A & Aiello, A. L. (2005) Intervenção Focada na Família: Um Estudo de Caso com Mãe Adolescente e Criança em Risco. *Rev. Bras. Ed. Esp., Marília*, 11 (1),49-66.
- Cecconello, A. M.; Antoni, C.; Koller, S. H. (2003) Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicol. estud.*, 8.
- Claussen AH, Crittenden PM. (1991). Physical and psychological maltreatment relations among types of maltreatment. *Child Abuse Negl*; 15:5-18.
- Coelho, M.V. & Murta, S.G. (2007). Treinamento de pais em grupo: Um relato de experiência. *Estudos Psicológicos*, 24, 3, 333-341.
- Cozby, P.C. (2006) *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Editora Atlas.
- Curso de Especialização – FMCSV (2012) <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/o-que-fazemos/pesquisas/Paginas/Curso-de-Especializa%C3%A7%C3%A3o.aspx>

- Fetsch R., Schultz C., Wahler J. (1999). A Preliminary Evaluation of the Colorado Rethink Parenting and Anger Management Program. *Child Abuse & Neglect*, 23(4), 353-360.
- Flannery, D.J., Vazsonyi, A.T., Liau, A.K., Guo, S., Powell, K.E., Atha, H., Vesterdal, W., & Embry, D. (2003). Initial behavior outcomes for the PeaceBuilders Universal School-Based Violence. Prevention Program. *Developmental Psychology*, 39(2), 292-308.
- Gallo, A.E. (2006) *Adolescentes em conflito com a lei: Perfil e intervenção*. Tese de Doutorado Não Publicada, Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo.
- Gomide, P.I.C. (2003). Estilos Parentais e Comportamento Anti-Social. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: Questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp.21-60). Campinas: Alínea.
- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de Estilos Parentais. Modelo teórico: manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis: Vozes.
- Guimarães, E. A., & Witter, G. P. (2007). Gravidez na adolescência: Conhecimentos e prevenção entre jovens. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 27(2), 167-180.
- Guralnick, M. J. (1998). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. *American journal on mental retardation*, 102 (4), 319-345.
- Guttman, M., Mowder, B. A., & Yasik, A. E. (2006) ACT Against Violence Training Program: Preliminary Investigation of Knowledge Gained by Early Childhood Professionals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37 (6), 717-723
- Gross, D., Garvey, C., Julion, W. & Fogg, L. (2007). Preventive parenting training with low-income, ethnic minority families of preschoolers. In J. M. Briesmeister & C. E. Schaefer (Eds.) *Handbook of Parent Training: Helping parents prevent and solve problem behaviors* (3rd edition). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

- Grossman, D. C., Neckerman, H. J., Koepsell, T. D., Liu, P., Asher, K. N., Beland, K., et al.. (1997). Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1605–1611.
- Habigzang, L. F., Azevedo, G. A., Koller, S. H. & Machado, P. X. (2006). Fatores de Risco e de Proteção na Rede de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 19 (3), 379-386.
- Hallahan, D. P. & Kauffman J. M. (2003). *Exceptional learness: Introduction to special education*. (pp 68-73). Boston: Allyn and Bacon.
- Higareda-Almaraz, M. A., Higareda-Almaraz, E., Higareda-Almaraz, I. R. & León, J. C. (2011) Aptitud de padres para prevenir abuso sexual en menores después de una intervención educativa participativa. *Salud pública*. 53 (2)
- Herscheel, A. D., & Mcneil, C. B. (2007) Parent-Child Interaction Therapy with Physically Abusive Families. *Handbook of parent training: Helping parents prevent and solve problem behaviors* (3rd ed.), p203-233. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc
- Ipea (2012) *SIPS. Sistema de Indicadores de Percepção Social – Segurança Social*. Consultado em 14/05/2013: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=6186&Itemid=33
- Jellen LK, McCarroll JE, Thayer LE. (2001). Child emotional maltreatment: a 2-year study of US Army cases. *Child Abuse Negl*; 25:623-39.
- Laguardia, J. et al. (2004). Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 13, (3).

- Lewandowski, D. C., Koller, S., & Piccinini, C. A. (2002). Paternidade na adolescência e os fatores de risco e de proteção para a violência na interação pai-criança. *Interações*, 7 (13), 77-100.
- Lohr, S. S. (2003). Estimulando o desenvolvimento de habilidades sociais em idade escolar. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: Questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp. 293-310). Campinas: Alínea.
- Kobarg, A. P., Sachetti, V., & Vieira, M. (2006). Valores e crenças parentais: reflexões teóricas. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(2), 96-102.
- Kobarg, A. P., & Vieira, M. (2008). Crenças e práticas de mães sobre o desenvolvimento infantil nos contextos rural e urbano. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 21(3), 401-08.
- Knox, M. S., Burkhart, K., & Hunter, K. E. (2010). ACT Against Violence Parents Raising Safe Kids Program: Effects on Maltreatment-Related Parenting Behaviors and Beliefs. *Journal of Family Issues*, 32, 55-74.
- Macphee, D. (1981) *Manual: Knowledge of Infant Development Inventory*. University of North Carolina. Manuscrito não publicado.
- Maia, J. M. D., & Williams, L. C. A. (2005), Fatores de risco e proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão de área.. *Temas em Psicologia*, 13, (2), 91-1003.
- Marinho, M. L. (2005). Um programa estruturado para o treinamento dos pais. In V. E. Caballo & M. A. Simon (Orgs.), *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos específicos* (pp.417-443). São Paulo: Santos.
- Marino, E. & Pluciennik, G. A. [orgs] (2013). *Primeiríssima infância da gestação aos três anos: percepções e práticas da sociedade brasileira sobre a fase inicial da vida*. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.

- Marturano, E. M., & Loureiro, S. R. (2003). O desenvolvimento socioemocional e as queixas escolares. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: Questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp.259-291). Campinas: Alínea.
- Mendes, T., Soares, I., Jongenelen, I., Martins, C. (2011) Mães adolescentes: adaptação aos múltiplos papéis e a importância da vinculação. *Psicol. Reflex. Crit*,24, (2).
- McAlister A.. (1998) *La violencia juvenil en las Américas: estudios innovadores de investigación, diagnóstico y prevención*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Milner, J. S. (1986). *The Child Abuse Potential Inventory: Manual* (2ª ed). Dekalb, IL: Pytec.
- Montandon, C. (2005). As práticas educativas parentais e a experiência das crianças. *Educação & Sociedade*, 26(91), 485-507.
- Morais, N. A., & Koller, S. H. (2004). Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano, Psicologia Positiva e Resiliência: Ênfase na saúde. Em S. H. Koller (Org.), *A ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenções no Brasil*. (pp.91-108). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Murta, S. G., Rodrigues, A. C., Rosa, I. O., Paulo, S. G. & Furtado, K. (2011) Avaliação de necessidades para a implementação de um programa de transição para a parentalidade. *Psic.: Teor. e Pesq.* 27, (3).
- Nunes, L. R. O. P. (1996). Atendimento a criança de risco e/ou portadora de deficiência em creches: Análise do relato verbal de recreadores e coordenadores. In L. R. O. P. Nunes (Org.), *Prevenção e intervenção em Educação Especial* (pp. 56-79). Rio de Janeiro: ANPEPP.

- Olivares, J., Mendes, F. X., & Ros, M. C. (2005). O treinamento de pais em contexto clínicos e da saúde. In V. E. Caballo & M. A. Simon (Orgs.), *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos específicos* (pp.365-385). São Paulo: Santos.
- ONU (1989) *Convenção dos Direitos da Criança*, NY. ONU. Recuperado em: 25 de maio de 2012: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Reppold, C. T., Pacheco, J. T. B., Bardagi, M. P. & Hutz, C. S. (2002). Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. Em: C. S. Hutz (Org.). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp. 7-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Pinheiro, M. I. S., Haase, V. G., Del Prette, A., Amarente, C. L. D., & Del Prette, Z. A. P. (2006). Treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 407-414.
- Pinheiro, P. S. (2006) *Estudo das Nações Unidas sobre a violência contra crianças. Assembléia Geral das Nações Unidas*. Recuperado em: 11 de maio de 2012, de http://www.unicef.org/brazil/pt/Estudo_PSP_Portugues.pdf
- Price, B. L. Rodrigues, C. M. (2004). Attributions and discipline history as predictors of child abuse potential and future discipline practices. *Child Abuse & Neglect*, 28, 845-861.
- Reichenheim, M.E., Hasselmann, M.H. & Moraes, C. L. (1999) Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 4,109-21.

- Ribas, R. C., Jr., Seidl de Moura, M. L., Gomes, A. A. N., & Soares, I. D. (2000). *Adaptação brasileira do Inventário de Conhecimento sobre o Desenvolvimento Infantil de David Macphee [Resumo]*. In Sociedade Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento (Org.), Anais - III Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento (p. 183). Niterói, RJ: Autor.
- Ribas, R. C. Jr., Seidl de Moura, M.L. & Bornstein, M. H. (2007). Cognições maternas acerca da maternidade e do desenvolvimento humano: uma contribuição ao estudo da psicologia parental. *Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Humano*, 17 (1), 104-113.
- Rios, K. S. A., Williams, L. C. A. (2010). Um programa de intervenção sistemática com famílias de baixa renda para prevenção de comportamentos-problemas em crianças. Em: Williams, L. C. A.; Maia, J. M. D.; Rios, K. S. A. (orgs). Aspectos Psicológicos da Violência: Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental. Santo André, SP: Esetec.
- Rios K. S. A., Williams L. C. A., Aiello A. L. R. (2007) Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. *Adolesc. Saude*, 4, (1), 6-11.
- Rios, K. & Williams, L. C. A. (2008). Intervenção com Famílias como Estratégia de Prevenção de Problemas de Comportamento em Crianças: Uma Revisão. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 13 (4), 799-806.
- Rios, K. (2010). *Inventário de Potencial de Abuso Infantil – CAP: Adaptação Transcultural, Fidedignidade e Validade para o Brasil*. Tese de Doutorado. UFSCar, PPGEES.
- Rodrigues, O.M.P.R., Altafim, E.R.P., Schiavo, R.A. & Valle, I.G.M. (2011). Estilos e práticas parentais de mães adolescentes: Um programa de intervenção. *Pediatrics Moderna*, 47, 2, 58-62.
- Saito, M. I. (2008). Visão histórica da Sexualidade: Reflexões e Desafios. Em: M. I. Saito, L. E. da Silva & M. M. Leal (Eds.). *Adolescência: prevenção e risco* (2ed., Cap. 10, pp.99-105). São Paulo: Atheneu.

- Sanders MR (2007). The Triple P-Positive Parenting Program: A public health approach to parenting. In JM Briesmeister & CE Schaefer (Eds.), *Handbook of parent training: Helping parents prevent and solve problem behaviors* (3rd ed.), p203-233. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc
- Santini, P. M. (2011) *Eficácia de Procedimentos para Maximizar sendo de Bem-Estar e Competência Parental a Mulheres Vitimizadas*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, Brasil.
- Sapienza, G., Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, resiliência e desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*. 10 (2), 209-216
- Schoen-Ferreira, T. H., M. Aznar-Farias, E.F.M. Silvares. Adolescência através dos séculos. *Psicol Teor Pesq*, 26 (2) (2010), pp. 227–234.
- Schwartz, Tatiane, Vieira, Renata, & Geib, Lorena Teresinha Consalter. (2011). Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2575-2585. Retrieved May 09, 2014, from http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500028&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-81232011000500028.
- Seidl-de-Moura, M. L. et al. (2004). Conhecimento materno sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 421-429.
- Silva, A., & Marturano, E. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise a luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia*, 7 (2), 227-235.
- Silva, A. K.; Vieira, M. L.; Seidl de Moura, M. L. & Ribas, R. C. Jr. (2005). Conhecimento de mães primíparas sobre desenvolvimento infantil: um estudo em Itajaí, SC. *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.*, 15 (3), 01-10.

- Silva, N. C. B, Nunes, C. C., Betti, M. C. M., & Rios, K. S. A. (2008). Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. *Temas em Psicologia*, 16 (2), 215-229.
- Silva, D.V., & Salomão, N.M.R. (2003). A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. *Estudos de Psicologia*, 8 (1), 135-146.
- Silva, J., Sterne, M. L., & Anderson, M. P. (2000). *ACT Against Violence Training Program manual*. Washington, DC: American Psychological Association and National Association for the Education of Young Children.
- Velasquez, R., Souza, S. D., Adjuto, I., Muñoz, M & Silveira, J. C. C. (2010). O treinamento de pais e cuidadores: ensinando a educar e promovendo a saúde mental. *Rev Med Minas Gerais*, 20 (2), 182-188.
- Vilaça, S. & Carvalho, G. S. (2013). Desenvolvimento Infantil e Capacitação Materna como resultado da aplicação do programa de *empowerment* parental para o desenvolvimento infantil (PEPDI). Anais do evento do IX Seminário Internacional de Educação Física, Lazer e Saúde. Minho, Portugal.
- Voivodic, Maria Antonieta M. A., & Storer, Márcia Regina de Souza. (2002). O desenvolvimento cognitivo das crianças com síndrome de Down à luz das relações familiares. *Cognitite development of down syndrome children related to family relations. Psicologia: teoria e prática*, 4(2), 31-40. Recuperado em 07 de maio de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872002000200004&lng=pt&tlng=pt.
- Waiselsz, J. J. (2012) *Mapa da violência 2012: criança e adolescentes do Brasil*. Rio de Janeiro: Centro brasileiro de estudos latinos americanos. Flacso Brasil.
- Weber, L. N. D., Brandenburg, O. J. & Salvador, A. P. V. (2006). PQIF: Orientação e treinamento para pais. *PSICO*, 37 (2), 139-149.

- Weber, L.N.D., Salvador, A.P.V. & Brandenburg, O.J. (2006). Medindo e promovendo qualidade na interação familiar. Em H.Guilhardi & N. Aguirre familiar (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade* Vol. 18 (pp. 25-40). Santo André: Esetec
- Weber, L. (2007). Eduque com carinho: equilíbrio entre amor e limites. 2ª ed. Revista e atualizada. Curitiba: Juruá.
- Weber, L; Salvador, A. P. & Brandenburg, O. (2011) *Programa de Qualidade na Interação Familiar*. Juruá.
- Webster-Stratton, C. (2007). Tailoring the Incredible Years Parent Programs according to Children's Developmental Needs and Family Risk Factors. In JM Briesmeister & CE Schaefer (Eds.), *Handbook of parent training: Helping parents prevent and solve problem behaviors* (3rd ed.), p203-233. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc
- Werner, E. E. (1998). Protective factors and individual resilience. In: S. J., Meisels, J., & P. Shonkoff (Orgs). *Handbook of Early Childhood Intervention*. (pp. 97-116). Nova York: Cambridge University Press.
- Williams, L. C. A. (2006). *Projeto Parceria – Apresentação*. Recuperado em 09 de agosto, 2011, em Universidade Federal de São Carlos, Laboratório de Análise e Prevenção de Violência Web site: <http://www.laprev.ufscar.br/page.php?name=projeto&id=3>
- Williams, L. C. A., & Aiello, A. L. R. (2004). O empoderamento de famílias: O que é e como medílo. In E. G. Mendes, M. A. Almeida & L C. A. Williams (Orgs.), *Temas em educação especial: Avanços recentes* (pp.197-202). São Carlos, SP: EDUFSCar.
- Wolchik, S., Sandler, I., Weiss, L., & Winslow, E. (2007). New Begginings: An Empirically-Based Program to Help Divorced Mothers Promote Resilience in Their Children. In JM Briesmeister & CE Schaefer (Eds.), *Handbook of parent training: Helping parents*

prevent and solve problem behaviors (3rd ed.), p203-233. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc

World Health Organization (2001). *Sexual relations among young people in developing countries evidence from WHO case studies*. Geneva: WHO.

Zelenko, M. A., Huffman, L., Lock, L., Kennedy, Q., Steiner, H. (2001). Poor adolescent expectant mothers: can we assess their potential for child abuse? *Journal of adolescent health, 29*, 271-278.

ANEXO I

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

PROJETO DE PESQUISA

Título: Efeitos de uma intervenção precoce em pais gestantes acerca do desenvolvimento infantil e violência intrafamiliar

Área Temática:

Pesquisador: Domitila Shizue Kawakami Gonzaga

Instituição: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Versão: 2

CAAE: 03669812.6.0000.5504

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 53013

Data da Relatoria: 14/08/2012

Apresentação do Projeto:

A prevenção primária tem como objetivo identificar, remover ou reduzir a incidência de fatores de risco que produzem condições de adversidade. Essas condições tornam a ponte com a Educação Especial necessária, uma vez que a investigação a respeito de estratégias que possam minimizar ou impedir o impacto e a ocorrência de eventos ambientais para o desenvolvimento típico da criança são imprescindíveis para que haja a prevenção de possíveis deficiências. Com a premissa de que a família é quem deve adquirir um papel central nos programas de intervenção precoce e não apenas no papel de coadjuvante, o presente estudo tem caráter de prevenção primária da violência intrafamiliar. A presente pesquisa tem como objetivo elaborar, implementar e avaliar uma capacitação para pais gestantes, acerca de temas sobre o desenvolvimento infantil e da violência intrafamiliar contra crianças. A intervenção tem a pretensão de sensibilizar a esses pais aos temas do desenvolvimento infantil e violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Os participantes serão 15 casais gestantes recrutados pela pesquisadora em uma Estratégia Saúde da Família (ESF), que serão separados em dois grupos. A seleção dos participantes será feita por meio de uma carta enviada aos usuários que se encontrem na situação de acordo com a proposta pela pesquisa, ou seja, casais ou mãe em fase de gestação até o sexto mês de gravidez. Pretende-se avaliar a capacitação por meio da aplicação dos instrumentos CAPI (Child Abuse Potential Inventory) e KIDI (Knowledge of Infant Development Inventory) junto aos participantes do Grupo Experimental (GE) e do Grupo Controle (GC). A capacitação será apresentada aos casais do GE num primeiro momento, contudo a aplicação dos instrumentos será realizada concomitante aos dois grupos. Após três meses da realização da capacitação com o GE, serão reaplicados os instrumentos aos dois grupos, como medida de follow-up e nesse momento, será dada a capacitação aos pais do GC, por medidas éticas. O local de coleta de dados será na mesma unidade em que os casais foram encontrados, o que facilita o encontro com os pais, já que as ESF abrangem um território de fácil acesso aos usuários de cada unidade. O tipo de análise de dados será quantitativa e qualitativa. O primeiro tipo de análise se dará por meio do método JT aos dois instrumentos e a segunda será sob análise de roteiros avaliativos dos participantes às intervenções todos os dias e outra ao final da capacitação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo do presente estudo será elaborar, implementar e avaliar uma capacitação para pais gestantes, acerca de temas sobre o desenvolvimento infantil e da violência intrafamiliar contra crianças.

Objetivo Secundário:

1) Avaliar o potencial para a prática de abuso contra crianças nos pais dos dois grupos, o Grupo Experimental e o Grupo Controle, antes e depois da intervenção proposta. 2) Avaliar o conhecimento sobre desenvolvimento infantil nos pais dos dois grupos, o Grupo Experimental e o Grupo Controle, antes e depois da intervenção

proposta.3) Comparar o potencial para a prática de abuso contra crianças nos dois grupos, o Grupo Experimental e o Grupo Controle, considerando as medidas antes e depois da intervenção.4) Comparar o conhecimento sobre desenvolvimento infantil nos pais dos dois grupos, o Grupo Experimental e o Grupo Controle, considerando as medidas antes e depois da intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com as informações da pesquisadora.

Riscos:

Os riscos que podem estar vinculados à participação na presente pesquisa podem ser atribuídos ao desconforto que os pais possam sentir ao serem tratados assuntos relacionados à violência intrafamiliar.

Benefícios:

Os benefícios são agregar conhecimentos que poderiam não ser de domínio dos participantes, abordados na capacitação, bem como o esclarecimento de questões que a literatura levanta sobre os cuidados com os filhos e as etapas do desenvolvimento típico. Além disso, o principal ganho será o de potencializar a possibilidade de não desenvolver ações que culminem na prática de violência contra seus filhos, identificando e atuando por meio de melhores práticas de cuidado e educação aos filhos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta importância para a área de estudo que se destina.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado.

Recomendações:

Todas acatadas com o parecer anterior.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no primeiro parecer foram esclarecidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 09 de Julho de 2012

Assinado por:

Daniel Vendruscolo

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Domitila Shizue Kawakami Gonzaga, aluna do programa de Pós Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos, orientada pela Profa. Dra. Rachel de Faria Brino, lhe convido para participar do meu trabalho de mestrado intitulado “Efeitos de um programa de prevenção precoce em pais gestantes em uma Estratégia Saúde da Família”. Você (s) foi (foram) selecionado (s) por pertencer a uma população de interesse para esse estudo, ou seja, é mãe gestante de período até seis meses e está acompanhada ou não do pai da criança. Sua participação não é obrigatória. Os objetivos da pesquisa são elaborar, implantar e avaliar uma capacitação para pais gestantes, que visa a sensibilização aos temas do desenvolvimento infantil e da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Sua participação consistirá em responder a dois questionários com perguntas sobre os temas, além de participar de uma capacitação sobre desenvolvimento infantil e violência contra crianças. Você terá a liberdade de aceitar ou não participar desta pesquisa, podendo, inclusive, interromper a sua participação a qualquer momento, sob qualquer condição, sem nenhuma penalização ou prejuízo em sua relação com o pesquisador, a UFSCar ou qualquer outra instituição envolvida. Estará assegurado também o seu direito de não responder perguntas frente às quais se sinta constrangido. Qualquer dúvida quanto aos procedimentos de pesquisa podem ser dirigidas a mim ou minha orientadora a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa, e serão esclarecidas. Vale ressaltar que não haverá qualquer tipo de gasto financeiro, mas caso ocorra.

O risco relacionado com sua participação na pesquisa poderá ser o desconforto frente ao delicado assunto, visto que pode trazer lembranças de experiências vividas ou insegurança frente à maternidade e paternidade. Se necessário, um encaminhamento será feito para o Laboratório de Análise e Prevenção da Violência da UFSCar, que conta com psicólogos e estagiários capacitados para o atendimento psicológico adequado. Contudo, a elaboração desse trabalho ocorreu de forma a minimizar ao máximo possível a ocorrência de tal desconforto, pois as questões que constam no questionário permitem que você responda-o livremente, sem direcioná-lo ou pressioná-lo.

Os benefícios indiretos que podem decorrer da participação na pesquisa podem ser o esclarecimento de questões que a literatura levanta e fornecer importantes subsídios para futuros projetos de capacitação, que visem prevenir a violência contra crianças, uma vez que se terá maiores esclarecimentos sobre as etapas de desenvolvimento da criança e os possíveis riscos que as mesmas podem estar vulneráveis. Como benefícios diretos para os participantes, a participação na pesquisa pode possibilitar uma reflexão acerca da sua atuação como futuros pais, auxiliando a fornecer subsídios para tal atuação. Os dados obtidos por meio dessa pesquisa são confidenciais e sua participação será mantida em sigilo. Além disso, a divulgação dos resultados dessa pesquisa será realizada de forma a não identificá-lo. Você receberá uma cópia desse termo com o nome, o telefone e o endereço das pesquisadoras e poderá entrar em contato quando quiser para o esclarecimento de qualquer dúvida.

Domitila Shizue Kawakami Gonzaga
Rua Imperdor Hiroito, 164,
Jardim Hikari, São Carlos – SP
(16) 3411-0455 ou (16) 8143-9445
domitila.gonzaga@gmail.com
Dra. Rachel de Faria Brino
Rua Jesus Blanco Nunes, 409,

Jardim Santa Maria, São Carlos – SP.
(16) 3411-1074 ou (16) 9713-5737
brino@ufscar.br.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do participante

Por favor, preencha os campos abaixo:

Nome: _____
Telefone para contato: _____ E-mail : _____
Data de Nasc.: ____/____/____

ANEXO III

Por favor, preencha os campos abaixo:

Nome: _____
Telefone para contato: _____ E-mail : _____
Data de Nasc.: ____/____/____

Inventário CAP¹ Joel Milner

<u>Preenchimento Aplicador</u>
No Inventário: _____
Nome projeto/

Nome: _____ Data: _____
Idade: _____ Sexo: () Fem () Mas Bairro: _____
Cidade: _____ Estado civil: () Casado/a () NÃO Casado/a
Número de filhos: _____ Anos de estudo: _____

INSTRUÇÕES: O questionário seguinte inclui uma série de afirmações que podem ser aplicadas à você. Depois de ser lida cada uma das afirmações, decida se você **CONCORDA** ou **DISCORDA** da afirmação. Se você concordar com a afirmação, diga ou marque **CONCORDO**. Se você discorda da afirmação, diga ou marque **DISCORDO**. Seja honesto quando der suas respostas. Lembre-se de prestar bastante atenção em cada afirmação porque é muito importante responder a todas as afirmações.

Concordo Discordo

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Nunca sinto pena dos outros | C | D |
| 2. Gosto de ter animais domésticos..... | C | D |
| 3. Sempre fui saudável e forte | C | D |
| 4. Gosto da maior parte das pessoas | C | D |
| 5. Sou uma pessoa confusa | C | D |
| 6. Não confio na maioria das pessoas | C | D |
| 7. As pessoas esperam muito de mim..... | C | D |
| 8. As crianças nunca deveriam se comportar mal | C | D |
| 9. Fico frequentemente atrapalhado (a) | C | D |
| 10. A gente pode bater numa criança desde que não fiquem marcas fortes | C | D |
| 11. Sempre procuro ver o que está acontecendo com meu filho quando ele(a) está chorando..... | C | D |

¹ Milner, J.S.(1986). *The Child Abuse Potential Inventory*. Manual (2a. Edição). Debalb, IL : Psytec. Tradução do Invenário CAP (*Child Abuse Potential Inventory*) mediante autorização do autor . Somente para uso interno.

12. Às vezes faço coisas sem pensar	C	D
13. Não se pode depender dos outros	C	D
14. Sou uma pessoa feliz	C	D
15. Gosto de fazer coisas com minha família	C	D
16. As meninas adolescentes precisam ser protegidas	C	D
17. Sinto raiva com frequência	C	D
18. Às vezes me sinto completamente sozinho(a) no mundo	C	D
19. Todas as coisas numa casa deveriam estar sempre no lugar.....	C	D
20. Às vezes me preocupo por achar que não consigo satisfazer as necessidades do meu filho	C	D

Concordo Discordo

21. As facas são perigosas para as crianças	C	D
22. Frequentemente me sinto rejeitado (a)	C	D
23. Frequentemente me sinto sozinho (a)	C	D
24. Os meninos nunca deveriam aprender brincadeiras de menina	C	D
25. Frequentemente me sinto muito frustrado (a)	C	D
26. As crianças nunca deveriam desobedecer	C	D
27. Gosto de toda criança	C	D
28. Às vezes tenho medo de perder o controle.....	C	D
29. Às vezes eu queria que meu pai tivesse me amado mais	C	D
30. Tenho um filho(a) que é desajeitado	C	D
31. Sei qual é a maneira certa e errada de agir	C	D
32. Quando estou em casa gosto de manter as cortinas e janelas fechadas	C	D
33. O nascimento de um filho geralmente provoca problemas no casamento	C	D
34. Sempre sou uma pessoa boa	C	D
35. Nunca me preocupo com minha saúde	C	D
36. Às vezes me preocupo em não ter o suficiente para comer	C	D
37. Nunca quis magoar ninguém	C	D
38. Sou uma pessoa sem sorte	C	D
39. Geralmente sou uma pessoa quieta	C	D
40. As crianças são umas pestes	C	D
41. As coisas geralmente não têm dado certo na minha vida	C	D
42. Pegar um bebê toda vez que ele chora o deixa mimado	C	D
43. Às vezes sou muito quieto(a)	C	D

44. Às vezes eu perco a cabeça	C	D
45. Tenho um filho(a) que é mau	C	D
46. Às vezes penso primeiro em mim	C	D
47. Às vezes sinto que não tenho valor.....	C	D
48. Meus pais não se preocupavam comigo de verdade	C	D
49. Às vezes fico muito triste	C	D
50. As crianças são na verdade pequenos adultos	C	D
51. Tenho um filho(a) que quebra as coisas	C	D
52. Frequentemente me sinto preocupado (a)	C	D
53. Não há problemas em deixar a criança com fralda suja por um tempo	C	D
54. Uma criança nunca deveria ser respondona	C	D
55. Às vezes meu comportamento é infantil	C	D

Concordo Discordo

56. Eu fico facilmente nervoso(a)	C	D
57. Às vezes tenho maus pensamentos	C	D
58. As pessoas precisam pensar primeiro em si mesmas	C	D
59. Uma criança chorona nunca será feliz	C	D
60. Nunca odiei outra pessoa	C	D
61. As crianças não deveriam aprender a nadar	C	D
62. Sempre faço o que está certo	C	D
63. Fico preocupado(a) frequentemente	C	D
64. Tenho um filho(a) que fica doente com frequência	C	D
65. Às vezes não gosto da minha forma de agir	C	D
66. Às vezes não cumpro todas as minhas promessas	C	D
67. As pessoas me causaram muita dor	C	D
68. As crianças deveriam ficar limpas	C	D
69. Tenho um filho(a) que se mete muito em encrencas	C	D
70. Nunca fico bravo(a) com os outros	C	D
71. Eu sempre me relaciono bem com os outros	C	D
72. Eu penso com frequência no que tenho que fazer	C	D
73. Tenho dificuldade em relaxar	C	D
74. Hoje em dia a gente não sabe realmente com quem pode contar	C	D
75. Minha vida é feliz	C	D
76. Tenho uma deficiência física	C	D

77. As crianças deveriam ter roupa para brincar e roupa para sair	C	D
78. As outras pessoas não entendem como eu me sinto	C	D
79. Uma criança de cinco anos que faz xixi na cama é má	C	D
80. As crianças deveriam ficar quietas e escutar	C	D
81. Tenho vários amigos íntimos na minha vizinhança	C	D
82. A escola é a principal responsável pela educação da criança	C	D
83. Minha família briga muito	C	D
84. Tenho dores de cabeça	C	D
85. Sofri maus-tratos quando criança	C	D
86. Uma surra é o melhor castigo	C	D
87. Não gosto que as pessoas peguem ou toquem em mim	C	D
88. As pessoas que pedem ajuda são fracas	C	D
89. As crianças precisam de tomar banho antes de ir para a cama	C	D
90. Não rio muito	C	D

Concordo Discordo

91. Tenho vários amigos íntimos	C	D
92. As pessoas deveriam cuidar das suas próprias necessidades	C	D
93. Ninguém conhece meus medos	C	D
94. Minha família tem problemas em se dar bem uns com os outros	C	D
95. A vida parece ser freqüentemente sem sentido para mim	C	D
96. Ao fazer um ano de idade, a criança já precisa ter aprendido a usar o peniquinho.	C	D
97. Uma criança brincando numa poça de lama é uma cena alegre.....	C	D
98. As pessoas não me entendem	C	D
99. Sinto freqüentemente que não tenho valor	C	D
100. Outras pessoas tornaram minha vida infeliz.....	C	D
101. Eu sou sempre uma pessoa boa	C	D
102. Às vezes não sei porque eu ajo assim	C	D
103. Tenho muitos problemas pessoais	C	D
104. Tenho um filho(a) que se machuca com freqüência	C	D
105. Eu me sinto freqüentemente nervoso(a)	C	D
106. As pessoas às vezes se aproveitam de mim	C	D
107. Minha vida é boa	C	D

108. Uma casa deveria estar impecavelmente arrumada	C	D
109. Fico facilmente nervoso(a) com meus problemas.....	C	D
110. Nunca dou atenção a fofocas	C	D
111. Meus pais não me entendiam	C	D
112. Muitas coisas na vida fazem com que eu fique bravo(a)	C	D
113. Meu filho(a) tem problemas especiais	C	D
114. Não gosto da maioria das crianças	C	D
115. Não se deve dar atenção ao que uma criança diz.....	C	D
116. A maioria das crianças é parecida	C	D
117. É importante que as crianças leiam	C	D
118. Fico freqüentemente deprimido(a)	C	D
119. De vez em quando as crianças deveriam ser atenciosas com seus pais	C	D
120. Fico freqüentemente nervoso(a)	C	D
121- As pessoas não se relacionam bem comigo	C	D
122- Uma boa criança mantém seus brinquedos e roupas limpas e organizadas ...	C	D
123- As crianças sempre deveriam fazer seus pais felizes	C	D
124. É natural que uma criança às vezes seja respondona	C	D
125- Nunca sou injusto com os outros	C	D

Concordo Discordo

126. De vez em quando me agrada não ter que cuidar do meu filho	C	D
127. As crianças deveriam estar sempre limpas	C	D
128. Tenho um filho que é lerdo	C	D
129. Os pais devem castigar para controlar o comportamento de seu filho.....	C	D
130. As crianças nunca deveriam causar problemas	C	D
131. Geralmente castigo meu filho(a) quando ele(a) está chorando	C	D
132. As crianças necessitam de regras muito rigorosas	C	D
133. As crianças nunca deveriam ir contra as ordens de seus pais	C	D
134. Freqüentemente me sinto melhor do que os outros	C	D
135. As crianças às vezes me tiram do sério	C	D
136. Quando eu era criança freqüentemente ficava com medo	C	D
137. As crianças deveriam ser sempre quietas e educadas	C	D
138. Fico freqüentemente nervoso(a) e sem saber porquê	C	D
139. Meu trabalho diário me deixa nervoso(a)	C	D
140. Às vezes tenho medo de que meus filhos não irão gostar de mim	C	D

141. Tenho uma boa vida sexual	C	D
142. Já li revistas ou livros sobre cuidados de crianças	C	D
143. Frequentemente me sinto muito sozinho (a)	C	D
144. As pessoas não deveriam mostrar sua raiva	C	D
145. Sinto-me sozinho (a) frequentemente	C	D
146. Às vezes digo palavrões	C	D
147. Neste momento estou profundamente apaixonado (a)	C	D
148. Minha família tem muitos problemas	C	D
149. Nunca faço nada que seja ruim para minha saúde	C	D
150. Sempre estou feliz com o que tenho	C	D
151. As outras pessoas tornaram minha vida difícil	C	D
152. Dou risada quase todos os dias	C	D
153. Às vezes me preocupo, pensando que minhas necessidades não serão atendidas.....	C	D
154. Sinto medo frequentemente	C	D
155. Às vezes ajo como um palhaço	C	D
156. As pessoas deveriam se ocupar de suas próprias vidas	C	D
157. Nunca levanto a voz quando estou com raiva	C	D
158. Quando era criança meus pais me batiam com força	C	D
159. Às vezes penso primeiro em mim do que nos outros	C	D
160. Eu sempre digo a verdade	C	D

ANEXO IV

Data: _____ Código: _____
III. CONHECIMENTO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Neste questionário são feitas perguntas a você sobre o desenvolvimento infantil normal e sobre cuidados em relação à saúde de crianças. Cada item descreve o que poderia ser o comportamento de uma criança comum ou o que poderia afetar o crescimento e o comportamento de um bebê. Marque em cada item se você concorda com a afirmação, se discorda dela, ou se não está seguro da resposta. Por favor, responda cada pergunta baseado-se em seu conhecimento sobre as crianças de uma maneira geral - não como seu próprio filho se comportou em uma determinada idade. Em outras palavras, nós desejamos saber como você pensa que se comportam a maioria dos bebês, como eles crescem, e como cuidar deles. Por favor, certifique-se de marcar apenas uma só resposta para cada item.

Por favor, marque em cada um dos próximos itens se:

(A) Você concorda; (B) Você discorda; (C) Você não está certo(a) da resposta

- 1 A mãe (ou o pai) precisa apenas alimentar, limpar e vestir o bebê, para que ele fique bem.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 2 Um bebê precisa ser visto por um médico, de meses em meses, no primeiro ano de vida.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 3 Uma criança de dois anos que está atrasada dois ou três meses em relação a outras crianças de dois anos é retardada.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 4 As crianças muitas vezes continuarão usando uma palavra errada durante algum tempo, mesmo quando se diz para elas a forma correta de falar essa palavra (exemplo: em vez de dizer “pés”, diz “péses”).
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 5 O bebê não deve ser carregado no colo quando é alimentado porque desta forma ele vai querer ter colo o tempo todo.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 6 Se um bebê de nove meses quiser algo para beliscar, dê a ele amendoim, pipoca ou passas.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 7 Os bebês fazem algumas coisas somente para causar problemas para sua mãe ou seu pai. (Exemplo: chorar por muito tempo ou sujar suas fraldas).
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 8 Uma mesma coisa pode fazer uma criança chorar em um momento e rir em outro (Exemplo: um cachorro grande ou brincar de “Vou te pegar”).
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 9 Se você castiga seu filho (ou filha) por fazer algo errado, é certo dar a ele (ou a ela) um doce para que ele (ou ela) pare de chorar.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 10 Você tem que ficar no banheiro enquanto seu bebê estiver na banheira.

- (A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 11 Em geral, os bebês não podem ver e ouvir ao nascerem.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 12 Bebês entendem apenas as palavras que eles podem falar.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 13 Se um bebê é tímido ou inquieto em situações novas, isso geralmente significa que existe um problema emocional.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 14 Falar com o bebê sobre coisas que ele está fazendo ajuda no seu desenvolvimento.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 15 Pode-se esperar para dar vacinas após um ano porque os bebês têm uma forma de proteção natural contra doenças no primeiro ano de vida.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 16 Uma criança de dois anos que diz "não" a tudo e tenta mandar em você, faz isso de propósito e está apenas tentando aborrecer você.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 17 O modo como se cria uma criança terá pouco efeito sobre sua inteligência.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 18 Um bebê com cólica pode chorar por 20 ou 30 minutos, não importando o quanto você tente confortá-lo.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 19 Os pais (homens) são naturalmente sem jeito quando cuidam dos bebês.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 20 Todas as crianças precisam da mesma quantidade de sono.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 21 Uma criança pequena normalmente faz de 5 a 7 refeições por dia.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 22 A criança tem pouca influência sobre a maneira como a mãe (ou o pai) cuida dela e brinca com ela, pelo menos até a criança ficar mais velha.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 23 Cuidar de um bebê pode deixar uma mãe ou um pai cansado, frustrado, ou sentindo que a carga é demais para ele.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

- 24 Colocar um travesseiro macio no berço é uma forma boa e segura de ajudar o bebê a dormir melhor.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 25 Um bebê recém-nascido consegue ver um rosto a dois metros de distância, tão bem quanto um adulto.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 26 Uma irmã ou irmão pequeno pode começar a fazer xixi na cama ou chupar o dedo quando um novo bebê chega na família.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 27 Alimentos novos devem ser dados ao bebê, um de cada vez, com um intervalo de 4 a 5 dias entre um e outro.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 28 A noção de tempo de uma criança de dois anos é diferente da noção de tempo de um adulto.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 29 O Q.I. (a inteligência) de uma pessoa permanece o mesmo durante a infância.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 30 A maioria dos bebês prematuros acaba sendo maltratada, mal cuidada ou mentalmente retardada.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 31 Se um bebê é alimentado com leite em pó ele precisa de vitaminas extras e ferro.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 32 Alguns bebês saudáveis cospem quase todo novo alimento, até que se acostumem com ele.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 33 A personalidade (individualidade) do bebê está formada aos 6 meses de idade.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 34 Um bebê de três meses faz xixi nas suas fraldas aproximadamente 10 vezes por dia.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 35 Uma criança está usando regras da linguagem, mesmo quando ela diz palavras e frases de um modo incomum ou diferente (Exemplo: "Eu fazi." ou "Ela quereu minha bola").
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 36 Algumas mães não se envolvem realmente com seus bebês até que eles comecem a sorrir e olhar para elas.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 37 O modo com que a mãe (ou o pai) responde ao bebê nos primeiros meses de vida determina se a criança crescerá contente e bem ajustada, ou mal-humorada e desajustada.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

- 38 Os dedos do pé de um recém-nascido se abrem quando você acaricia a planta do pé dele.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 39 As crianças aprendem tudo do seu idioma copiando o que elas ouvirem os adultos falar.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 40 Quando um bebê com menos que 12 meses tem diarreia, os pais devem parar de alimentá-lo com comida sólida e dar a ele água com açúcar ou coca-cola sem gás.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 41 Um bebê pode parar de prestar atenção ao que acontece ao seu redor se houver muito barulho ou muitas coisas para olhar.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 42 Alguns bebês normais não gostam de ficar no colo.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 43 Se um bebê tem dificuldades para evacuar, deve-se dar a ele leite morno.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 44 Quanto mais você conforta seu bebê segurando-o e falando com ele, quando ele está chorando, mais você o estraga.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 45 Uma causa freqüente de acidentes com crianças de 1 ano é quando elas puxam e cai sobre elas alguma coisa como uma panela, uma toalha de mesa, ou um rádio.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 46 Bebês meninas são mais frágeis e ficam doentes mais freqüentemente, por isso, precisam ser tratadas com mais cuidados do que os meninos.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 47 Um bom modo para ensinar seu filho a não bater é reagir batendo.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 48 Alguns dias você precisa disciplinar seu bebê; outros dias você pode ignorar a mesma coisa. Tudo depende de seu humor naquele dia.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

As perguntas a seguir são sobre a idade com que as crianças podem fazer determinadas coisas. Se você achar que a idade está certa, marque "Concordo". Se você não concordar, então decida se uma criança mais Jovem ou mais Velha poderia fazer isto. Se você não estiver seguro da idade, marque "não tenho certeza".

- 49 A maioria dos bebês pode ficar sentado no chão sem cair com 7 meses.
(A) Concordo (B) Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza

- 50 Um bebê de 6 meses responderá a uma pessoa de forma diferente dependendo se a pessoa estiver contente, triste ou chateada.
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 51 A maioria das crianças de 2 anos pode perceber a diferença entre uma história de faz-de-conta da televisão e uma história real.
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 52 As crianças normalmente já estão andando por volta dos 12 meses de idade.
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 53 Um bebê de oito meses comporta-se de forma diferente com uma pessoa conhecida e com alguém que nunca tenha visto antes.
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 54 Um bebê precisa ter aproximadamente 7 meses para poder alcançar e agarrar coisas.
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 55 Uma criança de dois anos pode raciocinar logicamente, tanto quanto um adulto poderia.
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 56 Uma criança de 1 ano sabe distinguir o que é certo do que é errado.
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 57 Um bebê de 3 meses muitas vezes sorrirá quando vir o rosto de um adulto.
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 58 A maioria das crianças está pronta para ser treinada a ir ao banheiro com um ano de idade.
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 59 Uma criança começará a responder a seu nome com 10 meses.
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 60 Os bebês começam a rir das coisas ao seu redor em torno dos 4 meses de idade.
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 61 Um bebê de 5 meses sabe o que significa um “não”.
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 62 Um bebê de 4 meses deitado de bruços consegue levantar a cabeça.
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 63 Balbuciar (“a-ba-ba” ou “bu-bu”) começa em torno dos 5 meses.
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza

64 Crianças de 1 ano frequentemente cooperam e compartilham coisas quando brincam juntas.

- (A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza

65 Uma criança de 12 meses pode se lembrar de brinquedos que ela viu serem escondidos.

- (A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza

66 O bebê normalmente diz sua primeira palavra de verdade aos 6 meses.

- (A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza

67 Os bebês têm percepção de profundidade em torno dos 6 meses de idade (podem perceber que estão em um lugar alto).

- (A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza

68 Um bebê de dois meses pode distinguir alguns sons da linguagem.

- (A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza

Por favor, faça uma linha em volta da melhor resposta para as próximas questões:

69. A melhor maneira de lidar com uma criança de um ano que continua brincando na sala com coisas que quebram é:

- a. Manter ele (ou ela) num cercadinho e fora do alcance de tudo.
- b. Dar uma palmada na mão do bebê toda vez que ele tocar em algo.
- c. Falar "Não!" para a criança e esperar que ela obedeça você.
- d. Colocar as coisas fora do alcance até que a criança fique mais velha.
- e. Não tenho certeza

70. Selecione o brinquedo mais apropriado para uma criança de 1 ano:

- a. Fazer um cordão com continhas.
- b. Recortar formas com tesouras.
- c. Rolar uma bola de um lado para outro com um adulto.
- d. Arrumar coisas por forma e cor.
- e. Não tenho certeza

71. Um bebê recém-nascido normal dorme um total de.

- a. 22 horas por dia.
- b. 17 horas por dia.
- c. 12 horas por dia.
- d. 7 horas por dia.
- e. Não tenho certeza

72. Se uma criança de 2 anos não consegue o que quer e tem um acesso de birra, qual seria a melhor maneira de evitar problemas futuros com birras?

- a. Dar para a criança um brinquedo novo.
- b. Ignorar a birra.
- c. Dar uma palmada no bumbum da criança.
- d. Deixar a criança conseguir o que quiser.
- e. Não tenho certeza

73. Ao todo, um bebê recém-nascido normal chora:

- a. 1-2 horas de 24.
- b. 3-4 horas de 24.
- c. 5-6 horas de 24.
- d. 7-8 horas de 24.

e. Não tenho certeza

74. É mais provável que um bebê de 8 meses se assuste com:

- a. Sonhos.
- b. Bichos grandes.
- c. Ficar sozinho no escuro.
- d. Uma pessoa desconhecida usando uma máscara.
- e. Não tenho certeza

75. A melhor maneira de baixar a febre de um bebê é:

- a. Colocar um pano frio na testa do bebê.
- b. Colocar mais roupas no bebê.
- c. Dar gotas de remédio contra a febre.
- d. Dar muita vitamina C para o bebê.
- e. Não tenho certeza

Comentários:

ANEXO V

Questionário de avaliação do programa de intervenção

(adaptado de Larsen, Attkinson & Ngyyen, 1979 *apud* Gallo, 2006)

Nome: _____ Data: _____

1- Como você classificaria a qualidade do atendimento recebido?

Muito ruim Ruim Nem bom, nem ruim Bom Muito bom

2- Como você classificaria o grau de ajuda recebida no Grupo de Pais?

Muito ruim Ruim Nem bom, nem ruim Bom Muito bom

3- Qual o grau de satisfação com a ajuda recebida?

Muito ruim Ruim Nem bom, nem ruim Bom Muito bom

4- Você recomendaria o Grupo de Pais para algum amigo seu?

() Sim () Não

5- Se tivesse que buscar ajuda outra vez, você participaria do Grupo de Pais?

() Sim () Não

6- De Zero a 10, qual a nota você daria ao Grupo de Pais? _____

7- Você encontrou o atendimento que procurava no Grupo de Pais?

() Sim () Não Porque? _____

8- A participação no Grupo de Pais lhe ajudou nos cuidados e educação dos seus filhos?

() Sim () Não Porque? _____

9- De modo geral, quais as contribuições que o Grupo de Pais trouxe para você? _____

10- Das expectativas que você havia criado antes de começar o grupo, quais foram cumpridas e quais não foram? Ou seja, o que aconteceu no grupo de acordo com o que você esperava e o que aconteceu diferente do que você esperava?

Aspectos que esperava: _____

Aspectos diferentes do que esperava: _____

11- O que mudou no relacionamento que você tinha com o seu filho após a participação no Grupo de Pais? _____

12- Quais as dificuldades que você ainda tem para cuidar e educar o seu filho? _____

13- De modo geral, o que você aprendeu com o Grupo de Pais? _____
