



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

JANAINA RECANELLO BEGUI

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E APLICABILIDADE DO  
“PLAY NICELY PROGRAM: THE HEALTHY DISCIPLINE  
HANDBOOK” PARA USO NO BRASIL**

---

Londrina  
2022

JANAINA RECANELLO BEGUI

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E APLICABILIDADE DO  
“PLAY NICELY PROGRAM: THE HEALTHY DISCIPLINE  
HANDBOOK” PARA USO NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela Aparecida Pimenta.

Londrina  
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de  
Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Begui, Janaina Recanello.

Adaptação transcultural e aplicabilidade do "*Play Nicely Program: The Health Discipline Handbook*" para uso no Brasil / Janaina Recanello Begui. Londrina, 2022. 158 f. : il.

Orientador: Rosângela Aparecida Pimenta.

Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2022.

Inclui bibliografia.

1. Estudo de validação - Tese. 2. Violência infantil - Tese. 3. Proteção da criança - Tese. 4. Educação infantil - Tese. I. Pimenta, Rosângela Aparecida. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

JANAINA RECANELLO BEGUI

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E APLICABILIDADE DO  
“PLAY NICELY PROGRAM: THE HEALTHY DISCIPLINE  
HANDBOOK” PARA USO NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela Aparecida  
Pimenta  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Adriana Valongo Zani  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Naiara Barros Polita  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Maria de Fátima Garcia Lopes  
Merino  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

---

Profa. Dra. Maria Aparecida Baggio  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná -  
Unioeste

Londrina, 29 de novembro de 2022.

## **DEDICATÓRIAS**

A Deus, por me permitir chegar até aqui,  
Aos meus pais, por acreditarem em mim,  
À minha família, por construir esse sonho  
comigo.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por me sustentar a todo e em qualquer tempo.

À minha mãe **Arlete**, por me ajudar de maneira incondicional, por suas palavras de encorajamento, por suas orações e por me mostrar que, há um tempo determinado para todas as coisas.

Ao meu esposo **Jayson** e minha filha **Isabella**, por compreenderem esse momento e me apoiarem; vocês são a força motivacional que me faz sentir viva e a razão para que eu não desista frente às adversidades da vida.

À minha orientadora, Profa. Dra. **Rosângela Aparecida Pimenta**, por me acolher desde o primeiro contato, por me ensinar e me mostrar o caminho, por compreender e me escutar nos momentos difíceis, por ser paciente com meus erros e pelo seu exemplo profissional e humano que levarei comigo como fonte de inspiração neste novo ciclo que se inicia para mim.

À banca examinadora: **Profa. Dra. Adriana Valongo Zani, Profa. Dra. Naiara Barros Polita, Profa. Dra. Maria de Fátima Garcia Lopes Merino e Profa. Dra. Maria Aparecida Baggio**; pelo tempo empreendido e contribuições, que colaboraram para meu crescimento e desenvolvimento.

À **Profa. Dra. Mara Lúcia Garanhani**, por todo seu acolhimento, ensinamento e colaboração, que me ajudaram na organização dos dados qualitativos.

Às **Profa. Dra. Maria José Quina Galdino, Profa. Dra. Maynara Fernanda Carvalho Barreto e Profa. Dra. Tatiane Angélica Phelipini Borges** da Universidade Estadual do Paraná que em muitos momentos me ouviram e me incentivaram no decorrer desse processo.

Ao **Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Paraná**, pelo apoio, por me permitir vivenciar esse processo, e dessa forma, contribuir para meu desenvolvimento na carreira docente.

A todos os **funcionários e diretorias** responsáveis do campo de pesquisa, por me darem a oportunidade de realizar este estudo.

Aos **professores** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem por partilharem comigo o conhecimento, contribuindo para meu desenvolvimento como profissional e pesquisadora.

A Secretaria de Pesquisa e Pós-Graduação (CPPOS), pelo apoio

durante o curso.

Aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisas em Avaliação,  
Tecnologia e Inovação em Saúde (GEPATIS) pela troca de conhecimento.

**O que acontece na infância volta  
integralmente para a sociedade.  
Alice Miller**

BEGUI, Janaina Recanello. **Adaptação transcultural e aplicabilidade do “Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook” para uso no Brasil.** 2022. 158 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

## RESUMO

**Introdução:** A violência cometida contra a criança pode trazer consequências devastadoras em seu processo de desenvolvimento, que incluem problemas físicos, psicológicos e cognitivos. O *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook*, é um programa universal, de intervenção breve, e foi desenvolvido com o objetivo de prevenir a violência infantil e mitigar o estresse tóxico. **Objetivo:** Desenvolver o processo de adaptação transcultural, evidência de validade e aplicabilidade do *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook* para uso no Brasil. **Método:** Estudo de multimétodo realizado em duas etapas, sendo a primeira um estudo metodológico no período de março de 2020 a setembro de 2021, e a segunda, um estudo qualitativo descritivo e exploratório, entre fevereiro e abril de 2022, realizado em um município de pequeno porte, região norte do Paraná. A população foi composta por tradutores, juízes, professores da educação básica, pais de crianças entre um e 10 anos e profissionais de saúde do Centro de Referência e Assistência Social e Unidades Básicas de Saúde. Para a adaptação transcultural e validação do instrumento cumpriram-se as etapas de tradução e retrotradução com quatro tradutores, análise dos especialistas com sete juízes e 30 participantes no pré-teste com professores, pais e profissionais de saúde. Os dados foram estruturados em banco de dados em planilha do *Software Microsoft Excel for Windows*<sup>®</sup> e, posteriormente, analisados no IBM SPSS<sup>®</sup> versão 23 para avaliar o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), tanto para a população de juízes como para a população do pré-teste. O índice de concordância aceitável foi de, no mínimo, 0,80e, preferencialmente, >0,90. Na etapa qualitativa com professores e profissionais de saúde, realizou-se três grupos focais com dois encontros em cada grupo, totalizando 20 participantes, cujo dados foram analisados por meio da análise de discurso de Michel Pêcheux sob olhar de Eni Orlandi e discutidos à luz da teoria de Urie Bronfenbrenner. **Resultados:** O Índice de Validade de Conteúdo do Programa mostrou o valor de 100% de adequação em 98,4% e 89,5% na análise dos especialistas e da população, respectivamente. A versão brasileira intitulou-se Programa Brincar Legal: o guia de disciplina saudável. A aplicabilidade do Programa desvelou quatro categorias: inovação e utilidade; aplicabilidade; formas de agir frente a comportamentos desafiadores; dilemas e desafios. **Conclusão:** A adaptação transcultural foi considerada adequada à população alvo. O Programa Brincar legal: o guia de disciplina saudável mostrou-se inovador e ofereceu direcionalidade para os professores e profissionais de saúde atuarem com os pais, familiares e crianças no ambiente de trabalho, além de propiciar atitudes positivas para o desenvolvimento do sistema bioecológico quanto ao enfrentamento e prevenção da violência infantil.

**Palavras-chave:** estudo de validação; violência infantil; proteção da criança; educação infantil; atenção primária à saúde; enfermagem pediátrica.

BEGUI, Janaina Recanello. **Cross-cultural adaptation and applicability of the "Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook" for use in Brazil.** 2022. 158 p. Thesis (Doctorate in Nursing) – State University of Londrina, Londrina, 2022.

## ABSTRACT

**Introduction:** Violence committed against children can have devastating consequences on their developmental process, including physical, psychological, and cognitive problems. The "Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook", is a universal, brief intervention program, and was developed with the goal of preventing child violence and mitigating toxic stress. **Objective:** To develop the cross-cultural adaptation process, evidence of validity and applicability of the "Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook" for use in Brazil. **Method:** A multi-method study developed in two steps. The first being a methodological study in the period from March 2020 to September 2021, and the second, a qualitative descriptive and exploratory study, between February and April 2022, conducted in a small-sized municipality, in northern Paraná. The population was composed of translators, judges, elementary education teachers, parents of children between one and 10 years old, and health professionals from the Reference Center and Social Assistance Reference Center and Basic Health Unit. For the cross-cultural translation and validation of the instrument the stages of translation, back translation, expert analysis with seven judges and 30 participants in the pre-test with teachers, parents and health professionals were fulfilled. The data were structured in a database in a Microsoft Excel for Windows® software spreadsheet database and later analyzed in IBM SPSS® version 23 to evaluate the Content Validity Index (CVI), both for the judges and the pre-test population. The acceptable concordance index was at least 0.80, and preferably >0.90. In the qualitative stage with teachers and health professionals, three focus groups were conducted with two meetings in watch group, totaling 20 participants, whose data were analyzed using the discourse analysis of Michel Pêcheux under the eye of Eni Orlandi and discussed in the light of Urie Bronfenbrenner. **Results:** The CVI of the Program showed the value of 100% adequacy in 98.4% and 89.5% in the analysis of the experts and the population, respectively. The Brazilian version was entitled "Programa Brincar Legal: o guia de disciplina saudável". The applicability of the Program revealed four categories: innovation and usefulness; applicability; ways of acting upon challenging behaviors; dilemmas and challenges. **Conclusion:** The cross-cultural adaptation was considered adequate to the target population. In Brazil, the program proved to be innovative and offered directionality to act with parents, family members and children in the work environment and provide positive attitudes for the development of the bioecological system as to confront and prevent child violence.

**Key Words:** validation study; child abuse; child welfare; child rearing; primary health care; pediatric nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Fluxograma 1</b> – Fluxograma do dispositivo analítico segundo Orlandi (2005) .....	80
---	----

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> –	Tipologias da violência e suas interações .....	26
<b>Figura 2</b> –	Secção transversal do cérebro que mostra sistema límbico e todas as estruturas relacionadas .....	36
<b>Figura 3</b> –	Estrutura do <i>Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook</i> .....	55
<b>Figura 4</b> –	Adaptação do modelo bioecológico de Bronfenbrenner.....	63
ESTUDO 1		
<b>Figura 1</b> –	Síntese do processo de tradução e adaptação transcultural do “ <i>Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook</i> ”.....	88

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Modificações sugeridas pelos juízes. Paraná, Brasil, 2021 .....	90
<b>Quadro 2</b> – Modificações sugeridas pela população alvo. Paraná, Brasil, 2021 .....	92

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Adverse Childhood Experiences
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BDNF	Brain-derived Neurotrophic Factor
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CMEI	Centro Municipal da Educação Infantil
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
FNCA	Fundo Nacional para a criança e adolescente
IMC	índice de massa corporal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
NFP	Nurse-Family Partnership
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SGD	Sistema de Garantia de Direitos
SGDCA	Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
VPI	Violência praticada pelo parceiro íntimo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	16
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	22
3.1	OBJETIVO GERAL .....	22
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
<b>4</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	23
4.1	VIOLÊNCIA – CONCEITOS E TIPOLOGIAS .....	23
4.1.1	Violência Direta .....	26
4.1.2	Violência Física Infantil.....	29
4.1.3	Neurobiologia do Trauma e suas Consequências .....	34
4.1.4	Políticas Públicas na Prevenção e Proteção da Violência Infantil .....	40
4.1.5	<i>Play Nicely Program: The Health Discipline Handbook</i> .....	54
4.2	REFERENCIAL TEÓRICO - TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DE URIE BRONFENBRENNER.....	59
<b>5</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	65
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	65
5.2	PERMISSÃO DO AUTOR PARA A REALIZAÇÃO DA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO <i>PLAY NICELY PROGRAM: THE HEALTH DISCIPLINE HANDBOOK</i> .....	65
5.3	EMBASAMENTO E PROCESSO METODOLÓGICO PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL .....	66
5.3.1	Cenário do Estudo.....	68
5.3.2	População do Estudo .....	68
5.3.3	Primeira Etapa: Tradução.....	70
5.3.4	Segunda Etapa: Síntese das Traduções .....	70
5.3.5	Terceira Etapa: Retro Tradução ( <i>Back Translation</i> ) .....	71
5.3.6	Quarta Etapa: Comitê de Especialistas ou Comitê de Juízes.....	72
5.3.7	Quinta Etapa: Teste da Versão Pré-Final .....	74

5.3.7.1	Aplicabilidade do programa “brincar legal: o guia de disciplina saudável” .....	76
5.3.7.2	Análise Dos dados.....	79
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>81</b>
6.1	ESTUDO 1 .....	81
6.2	ESTUDO 2 .....	102
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>122</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>124</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>138</b>
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Tradutores .....	139
	APÊNDICE B – Questionário na Plataforma Google Forms.....	140
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - online) – Juízes .....	141
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Pré-Teste.....	142
	APÊNDICE E – Questionário para Caracterização da População - Pré- Teste.....	143
	APÊNDICE F – Exemplo da Escala Likert para o Pré-Teste .....	144
	APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Aplicabilidade com Professores da Educação Infantil.....	145
	APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Aplicabilidade com Profissionais de Saúde do CRAS e da UBS.....	146
	APÊNDICE I – Roteiro de Perguntas Semiestruturadas do Grupo Focal com Professores e Profissionais de Saúde na Percepção da Violência Infantil .....	147
	APÊNDICE J – Roteiro de Perguntas Semiestruturadas do Grupo Focal com Professores e Profissionais de Saúde na Aplicabilidade do Programa Brincar Legal - Etapa 2 .....	148

<b>ANEXOS</b> .....	149
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) .....	150
ANEXO B – Autorização do Autor para a Tradução e Adaptação Transcultural.....	156

## 1 APRESENTAÇÃO

Atuar na docência exige um constante aprofundamento do saber. Saber que não se limita a conteúdos científicos específicos, mas dedica-se à habilidade de conduzir, e trilhar um caminho junto a pessoas que escolheram uma profissão como meta de vida.

A enfermagem é peculiar, é gente cuidando de gente. Dentre tantas outras coisas, a enfermagem acolhe, busca respaldo científico, vivencia processos pontuais na vida de cada ser humano que adoece e mantém contato direto com o paciente a maior parte do tempo, permitindo conhecer parte do mundo de cada um. A enfermagem me encantou, por me proporcionar o cuidar do outro ser humano de maneira tão singular e profunda.

No ano de 1999 ingressei na graduação, e durante esse percurso que se findou no ano de 2001, mergulhei avidamente no conhecimento na qual me era oferecido. Algumas especificidades foram me conquistando, mas o que mais me fascinava era poder fazer parte dos contextos familiares, e, logo me rendi à atenção primária. Era recente a implantação do Programa Saúde da Família, e diante de uma oportunidade diferente do modelo tradicional de atendimento, agora era possível um cuidado mais integral e direto aos pacientes.

Meu primeiro emprego foi coordenar uma equipe do Programa Saúde da Família, um grande desafio, já que tudo era muito novo, e eu, recém- formada. Na busca por melhor domínio em alguns aspectos, ingressei em uma especialização direcionada ao cuidado de pacientes com feridas, e, em seguida, me especializei na área da Saúde do Trabalhador.

Estar inserida na equipe, me trouxe momentos marcantes, pois, minha área de abrangência era a zona rural, atendíamos dois distritos, e lá pude vivenciar de perto a pobreza que as famílias viviam, a simplicidade, e a grande carência de cuidados básicos. Enfrentei embates políticos, percorri o território de chão batido, realizei busca ativa em meio às plantações agrícolas, socorri famílias que encontravam seus entes queridos em óbito em suas residências; e muitas vezes me alegrei com o êxito do nosso esforço e dedicação enquanto equipe, na busca de um melhor atendimento aos pacientes.

A transição da assistência para a docência surgiu quando no ano de

2006, quando encontrei o edital para contratação docente na Universidade Estadual do Norte do Paraná, e pensei: porque não? Vi um caminho novo, uma oportunidade de ensinar pessoas e aprofundar meu conhecimento.

Então, no ano de 2006, iniciei a carreira docente na referida Universidade, na qual atuo até o presente momento. A graduação não havia me preparado para a docência, e, conforme os anos se passaram, mais sentia necessidade de me qualificar. Em 2012, me dediquei a maternidade e, ao mesmo tempo senti a necessidade de iniciar algo que pudesse me oferecer um melhor respaldo acadêmico, e, em 2014, comecei o curso de Mestrado na Universidade Estadual de Londrina. Minha filha era ainda muito pequena, eu a amamentava e viajava toda semana para estudar. Foram dias difíceis, de muita ansiedade, e contar com uma rede de apoio foi muito importante neste processo. O Mestrado permitiu aprender sobre a importância da pesquisa científica na graduação e metodologias ativas (o que não vivi na minha, pois não era obrigatório a apresentação do trabalho de conclusão de curso), e conhecer outro modelo curricular, o que me ampliou a visão e contribuiu imensamente no meu crescimento pessoal e profissional.

Após o término, não conseguia estabelecer uma linha de pesquisa, nada me “brilhava os olhos”, mas afoita na busca de algo que me fizesse sentido, para ingressar no Doutorado, voltei meu olhar para a maternidade e vi quão importante era um desenvolvimento saudável infantil que inclui ser livre de situações violentas e, a partir de então, iniciei a jornada sobre o tema violência infantil.

Nascia então, uma paixão, uma motivação para mergulhar no tema. Descoberta a afinidade, dialoguei com minha orientadora sobre a possibilidade de estudar esse assunto tão complexo, e ainda muito velado em nossa sociedade, que rapidamente me acolheu e demos início ao percurso do curso de doutoramento.

Durante esses anos imersa na leitura do tema, tenho a convicção da importância da prevenção e enfrentamento da violência infantil, e, mais que isso, desejo compartilhar conhecimento e trabalhar junto a meus alunos e comunidade, por meio do tripé ensino-pesquisa-extensão, contribuindo com a sociedade de maneira mais ampla no desenvolvimento e implantação de políticas públicas voltadas para a infância.

Nesta perspectiva, o desenvolvimento da tese apresenta inicialmente a revisão de literatura sobre o assunto, seguido dos objetivos geral e específicos. A seguir, a metodologia e referencial teórico utilizados para adaptação

transcultural e aplicabilidade do *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook*. Os resultados estão apresentados no formato de dois estudos sendo: o primeiro, intitulado: Adaptação transcultural e validação do *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook* para uso no Brasil que responde aos objetivos um, dois e três da tese, e; o segundo, com o título “Programa Brincar Legal: Aplicabilidade para prevenção da violência infantil”, correspondendo ao quarto objetivo da tese.

## 2 INTRODUÇÃO

Assim como outros tipos de violência, a violência infantil é um grave problema de saúde pública mundial e embora haja uma expressiva subnotificação dos casos, aproximadamente um bilhão de crianças no mundo são afetadas por diversos tipos de violência, refletindo o não cumprimento das estratégias propostas para protegê-las (DE CHECCHI; FRANCESQUINI JÚNIOR; TENANI, 2021).

Na Europa, a cada ano, 55 milhões de crianças são submetidas à algum tipo de violência levando as estimativas de custo em cerca de US\$ 581 bilhões gastos anualmente no tratamento das vítimas (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2020). Nos Estados Unidos da América (EUA), foram relatados em 2017, 674.000 casos de abuso infantil e negligência, um aumento de 2,7% em relação às estatísticas nacionais em 2013 (MANTELL *et al.*, 2020).

O custo de tratar as sequelas negativas associadas ao abuso e negligência e fornecer serviços às famílias é estimado em US\$ 830.928 por vítima. Além disso, entre 20-42% das crianças que são maltratadas experimentam episódios recorrentes, elevando o risco de mortalidade com cada ocorrência de maus-tratos infantis (SHANAHAN, AUSTIN, BERKOFF; 2021).

Com o advento da pandemia SARS-CoV2 (COVID-19), as crianças foram obrigadas a permanecer em isolamento social, e, conseqüentemente, obrigadas a conviver em tempo integral com seus abusadores, aumentando consideravelmente o risco de agressões e abusos (PIQUERO *et al.*, 2021).

No Brasil, foram notificadas, no ano de 2017, 126.230 agressões de diferentes tipos contra crianças e adolescentes com idade até 19 anos e no ano de 2018, o número foi de 59.167. Embora o risco de agressões e abusos durante esse período seja evidente, o número de notificações de violência nessa mesma faixa etária foi de 62.537 no ano de 2019, e no ano de 2020, o número caiu para 43.618, mesmo ainda estando em período de isolamento social, o que sugere alto índice de subnotificação quando comparados aos anos anteriores a pandemia (BRASIL, 2020).

Em relação às regiões do país, as estatísticas são muito variáveis. Até outubro do ano de 2021, foram notificados 225.455 casos de violência interpessoal/autoprovocada, com destaque para a região sudeste do país com

107.216 denúncias. Do total de denúncias, 157.786 foram relacionadas ao sexo feminino e 117.670 aconteceram por violência física e, destas, 27.544 ocorreram na faixa etária de 0 a 19 anos. Já, os casos de violência psicológica, sexual e negligência/abandono foram de 12.670, 20.251 e 19.965 respectivamente. As agressões são, na maior parte, causadas pelos próprios pais sendo a mãe a mais frequentemente denunciada (BRASIL, 2021a).

Uma equipe especializada da Comissão Nacional de COVID-19 e Justiça Criminal, encarregada de avaliar o impacto do COVID-19 no sistema de justiça, estimou recentemente que, nos Estados Unidos, os incidentes de violência doméstica aumentaram 8,1% em média após a ordem de isolamento social. Já em todo o mundo, estimou-se um aumento de 20% nos incidentes de violência doméstica, no ano de 2020 (RICHARDS; JUSTIN, 2021).

Os principais tipos de violência ou abuso infantil incluem: violência física, psicológica, sexual e, negligência sendo a física a mais frequente e, a exposição à violência doméstica, considerada uma forma de abuso (MATHEWS *et al.*, 2020).

As consequências da violência infantil variam de acordo com o tipo, que se associa aos tipos, frequência, idade, ocorrência, experiência individual de cada vítima, etc, tornando algo complexo de ser mensurado. No entanto, as sequelas são bem-postas na literatura, e incluem desde problemas físicos, até os psicológicos e cognitivos (ZIOBROWSKI *et al.*, 2020), podendo levar à incapacidade e à morte. Experimentar múltiplas formas de maus-tratos é comum e está associado aos resultados mais graves, incluindo abuso de álcool e drogas, doença mental, violência interpessoal e risco sexual (MATHEWS *et al.*, 2020).

Para que crianças e adolescentes tenham proteção integral em todas as esferas, a legislação brasileira determina no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Sistema de Garantia de Direitos (SGD) necessita de uma articulação de vários setores, tais como: serviços de assistência social e psicológica; Conselhos de Direitos; Conselhos Tutelares; promotoria pública e; juizado da infância e juventude. Também das instituições que prestam atendimento a esta população, como escolas, unidades de saúde, unidades de acolhimento, delegacia, sociedade civil organizada, entre outras (MELO *et al.*, 2020).

Apesar do número crescente de estudos que exploram os fatores de risco e as tendências crescentes da violência contra as crianças, há a necessidade

de maior atenção aos programas e políticas de prevenção da violência ou às estratégias de mitigação da mesma e recuperação das vítimas (BHATIA *et al.*, 2021); bem como, transpor barreiras ao trabalho conjunto e interligado que, fragmentado, prejudica o funcionamento ideal da rede de proteção (SOUZA *et al.*, 2020).

Com o objetivo de reduzir riscos nocivos ao desenvolvimento infantil, à abordagem parental positiva tem se mostrado uma ferramenta importante no fortalecimento de fatores de proteção para o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Entre seus aspectos fundamentais estão a não violência, o afeto, e o estímulo, permitindo aos pais e cuidadores conhecer e desenvolver formas de educação consistente, afetuosa e previsível. Neste sentido, destacam-se os programas parentais que tem sido foco de estudos nos últimos anos (GUISO; BOLZE; VIERA, 2019).

Em países desenvolvidos, como Estados Unidos e Canadá, existem programas universais direcionados especificamente para a prevenção da violência infantil, e são focados no ensino de estratégias para um melhor engajamento e aprendizado familiar em como conduzir um desenvolvimento saudável da criança. Entretanto, países considerados de baixa e média renda, possuem fatores de risco mais exacerbados em relação aos de alta renda, como por exemplo, baixo *status* socioeconômico, como a pobreza extrema, educação de baixa qualidade, falta de acesso aos cuidados médicos e a violência na comunidade, bem como escassez de estudos quanto a eficácia dos programas (MEJIA *et al.*, 2017).

O tipo de violência infantil que o presente estudo terá como foco é a violência física, caracterizada pelo uso da força intencional, ou seja, com a intenção de ferir. É quando um cuidador ou adulto responsável inflige danos físicos a uma criança por outros meios que não acidentais (ZEANAH; HUMPHREYS, 2018).

Nesse sentido, o *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook* é um programa universal criado com o objetivo de mitigar o estresse tóxico e prevenir a violência infantil, com maior foco na violência física, por meio de estratégias de disciplinas saudáveis (SCHOLER, 2020).

Diante deste contexto surge a seguinte pergunta norteadora: A adaptação transcultural para uso no Brasil do *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook*, é aplicável aos professores e profissionais de saúde para o enfrentamento e prevenção da violência infantil?

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

- Desenvolver o processo de adaptação transcultural, evidência de validade e aplicabilidade do *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook* para uso no Brasil.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traduzir para a cultura brasileira o *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook*;
- Verificar a equivalência idiomática, semântica, cultural, conceitual do *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook*;
- Realizar a adaptação do *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook* para a cultura brasileira;
- Compreender a percepção de professores e profissionais de saúde sobre o Programa Brincar Legal para a prevenção da violência infantil.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 VIOLÊNCIA – CONCEITOS E TIPOLOGIAS

A violência social é um fenômeno mundial inerente ao ser humano desde os primórdios de sua existência, variando em sua maneira de se manifestar em cada época da história. A violência no Brasil anteriormente à colonização era comum entre os povos indígenas, seja por meio de guerras entre as tribos, ou de rituais e comemorações, integrantes da sua cultura (PEREIRA; SOUZA, 2021).

Com a colonização dos portugueses houve um agravamento da violência, pois, impunham à sua maneira os modos para conquista de terra, bem como a implantação e domínio de sua cultura, deixando os indígenas à sua mercê, o que culminou em inúmeros atos violentos e mortes (BERNASKI; SOCHODOLAK, 2018).

A perpetração da violência coloca o país hoje como um dos mais violentos da América Latina (BRASIL, 2019a). Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), referentes ao ano de 2017, demonstram a ocorrência de 65.602 homicídios no Brasil, o maior nível histórico de letalidade violenta intencional, sendo 59,1% de óbitos, do sexo masculino entre 15 a 19 anos de idade, gerando grande impacto social e econômico à nação, tendo em vista a transição demográfica que vivemos atualmente, ou seja, o envelhecimento da população e a mortalidade precoce juvenil (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2019).

No entanto conceituar e dar significado ao termo “violência” não é tarefa simples, devido à polissemia da palavra e complexidade que engendra o fenômeno (DE CARVALHO SOARES, 2018).

Para Minayo (2006), a violência social é parte do que se vive, o que dificulta o conceito, é um fenômeno cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia, e qualquer reflexão teórico-metodológica sobre ela pressupõe reconhecer sua complexidade, polissemia e polêmica do objeto, o que faz gerar diversas teorias parciais sobre o tema.

Eric Weil, um filósofo francês de origem alemã, que viveu uma das maiores violências da história da humanidade, o nazismo, introduz em uma das suas

obras *“Filosofia e violência”*, a existência de um dualismo na vida humana: a razão e a violência (PERINE, 2013). Neste sentido, o homem quando deixa de escolher a razão, volta-se para condição de animal irracional, levando-o à violência. Já a escolha da razão, proporcionar-lhe-á a condição de liberdade e de viver sua humanidade (NODARI, 2017).

Em outro ponto de vista Hanna Arendt, filósofa política alemã, defende que a violência não é algo natural, e não faz parte da natureza humana, contrariando autores que defendem a violência como inato do ser humano. A filósofa analisa a questão da violência no domínio da política e apresenta conceitos distintos de palavras que ora costumamos usar como sinônimos, são elas: “poder”, “vigor”, “força”, “autoridade” e “violência” (RIBEIRO, 2020). Para Arendt a violência é instrumental, usada como um meio para alcançar um fim. Já o poder, tem um fim em si mesmo; por fazer parte das relações entre as pessoas, depende de um acordo, um pacto mútuo entre cidadãos vinculados entre si (DUARTE, 2016).

Uma outra palavra que é utilizada como sinônimo é o vocábulo agressão, agredir é diferente de violentar. Nas palavras do filósofo francês Jean- Marie Muller que debruça seus estudos na filosofia da não-violência, a agressão é um instinto natural, o de ir ao encontro do outro e não necessariamente resulta em violência. O verbo agredir vem do latim “aggredi”, que significa “caminhar em direção” e teria a mesma quantidade de violência que a palavra progressão, já que ambas possuem o mesmo significado (RENNER, 2018).

Já, as discussões em torno da violência na área da saúde são recentes. A Organização Mundial da Saúde (OMS), decretou a violência como um dos cinco maiores problemas de saúde pública mundial, e seu conceito é referência para pesquisadores e profissionais que trabalham o tema (CONTI, 2019):

Violência é o “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002, p.4).

Sendo assim, constituem-se de atos violentos nos quais se faz uso da força física de forma intencional, não acidental, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo (exemplos: chutes, beliscões, tapas, murros, torções, estrangulamentos, queimaduras, ferimentos por arma de fogo, por arma branca, por objetos, etc) (BRASIL, 2009a).

Em relação ao seu acometimento em crianças e adolescentes, o Ministério da Saúde define-a como sendo (BRASIL, 2010, p. 28):

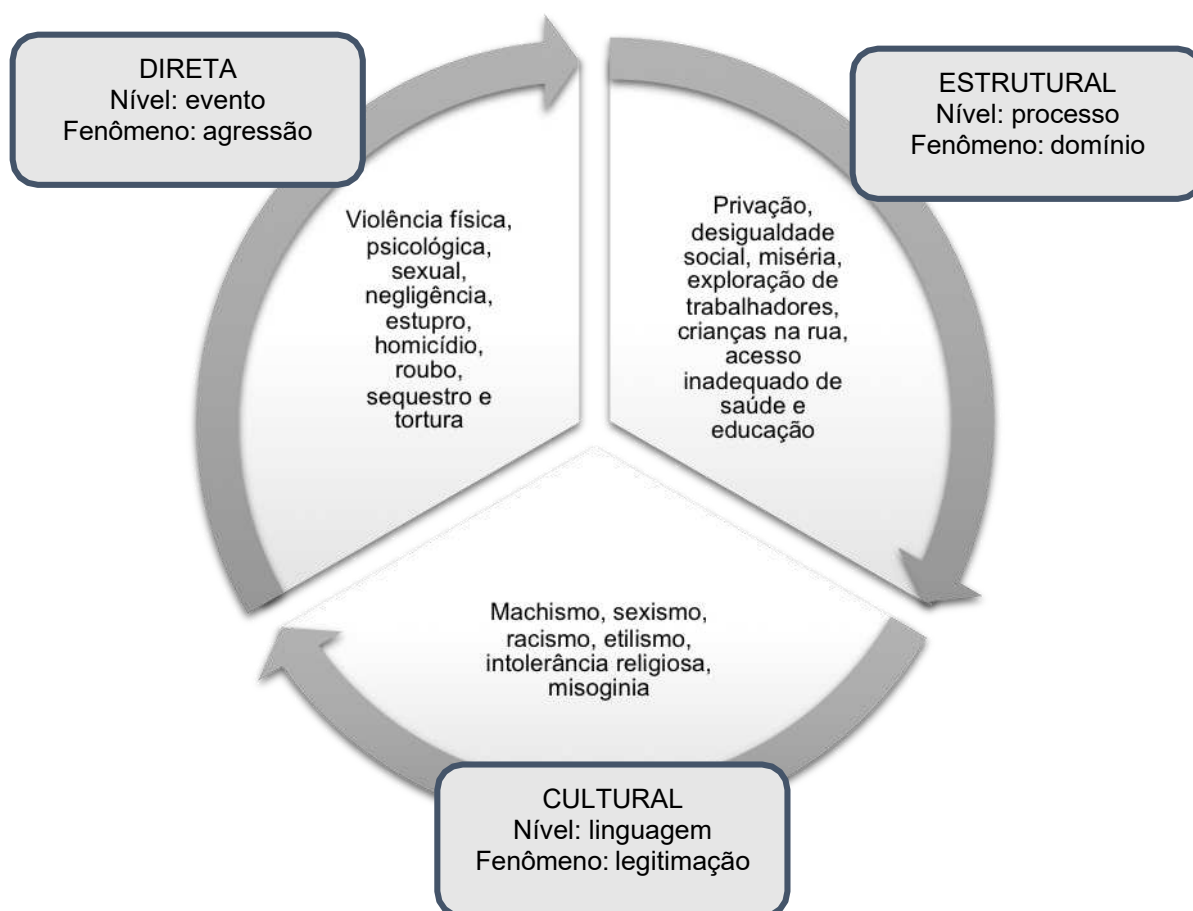
“Quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas”.

O departamento científico da adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) traz em seu guia prático de atualização o que se compreende por violência (BERMUDEZ, *et al.*, 2018, p.1):

“O conceito de violência pode ser sintetizado como todas as formas de maus tratos físicos, corporais, emocionais, sexuais, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou qualquer tipo de exploração que resultem em prejuízos e danos reais ou potenciais em traumas presentes ou futuros à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder. Tais situações implicam transgressão do dever de proteção e coisificação, ou seja, a vítima é manipulada ao bel prazer do agressor, como se fosse um objeto, ficando esquecidos os seus Direitos Humanos”.

Para melhor compreensão do fenômeno da violência é importante discorrer sobre como ela ocorre. O sociólogo norueguês Johan Galtung estabelece três tipos: direta, estrutural e cultural (PALHARES, SCHWARTZ, 2015), conforme ilustra a Figura 1.

**Figura 1** - Tipologias da violência e suas interações.



\*Figura adaptada (CONTI, 2016). Disponível em: <http://thomasvconti.com.br/2016/os-conceitos-de-violencia-direta-estrutural-e-cultural/>.

Dentre os tipos de violência (Direta; Estrutural e Cultural), neste estudo, será abordada a violência Direta e, mais especificamente a violência física.

#### 4.1.1 Violência Direta

A violência direta pode acontecer como episódio único ou recorrente, de maneira intencional em uma relação de sujeito-ação-objeto e envolve, ao menos, dois participantes (PALHARES; SCHWARTZ, 2015).

Utilizando o conceito da OMS ressalta-se três características importantes desse evento: a intencionalidade, o poder e as consequências da ação. Distingue-se a intencionalidade quando a morte ocorreu por exemplo de um homicídio – violência intencional ou de um traumatismo acidental (queda), neste caso, uma violência não intencional, no entanto, as duas situações resultam em danos. O uso do poder na ação violenta resulta de relações sociais em que existem

desarmonias entre si, podendo se tornar um instrumento da violência, propiciando em consequência, danos físicos, psicológicos, sexuais e negligência (CONTI, 2019; BRASIL, 2015).

A OMS ainda classifica mais três categorias de violência de quem a comete: violência autoprovocada (violência contra si mesmo), violência Interpessoal (violência doméstica/intrafamiliar) e violência coletiva (violência extrafamiliar/comunitária) (BRASIL, 2015).

Dado à gravidade do fenômeno e visando notoriedade do tema, no ano de 2006, a notificação de violência autoprovocada e interpessoal foi implementada no Brasil, e, em 2011, passou a ser compulsória em todos os serviços de saúde públicos e privados (BRASIL, 2015).

Um estudo transversal com vítimas de violência por agressão física entre crianças e adolescentes brasileiros, com o objetivo de investigar e comparar as diferenças na agressão física entre eles, com dados coletados a partir de informações contidas em relatórios de denúncias, com informações completas de 164 crianças e 788 adolescentes, mostrou que aquelas do sexo feminino eram mais propensas a estar associadas aos casos de violência no ambiente doméstico. Entre os adolescentes, os meninos eram mais propensos a envolverem-se e a violência em grupo, era a mais frequente. Os ferimentos sofridos por crianças e adolescentes afetaram mais de uma área corporal; no entanto, a cabeça e o rosto foram os mais afetados (DE MACEDO BERNARDINO *et al.*, 2016). Caber ressaltar que a violência doméstica infantil também se encaixa na tipologia de violência interpessoal (GUERRA, 2011).

O artigo 136 do Código Penal Brasileiro, define maus tratos como (BRASIL, 1940):

"Expor ao perigo a vida ou a saúde de pessoas sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fins de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a ao trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina".

Do total de 3.854 notificações de violência interpessoal realizadas no Centro de Medicina Legal e Odontologia Legal em um município da região sul do Brasil, 797 deles foram de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos e a maioria do sexo feminino; 75,8% das vítimas sofreram lesões múltiplas, como cabeça, face, tórax e membros superiores. Vítimas de violência física têm 2,5 vezes mais chance de ter lesões maxilofaciais e 2,9 mais chances de ter lesões na cavidade oral

(CAVALCANTI *et al.*, 2020).

#### 4.1.2 Violência Física Infantil

A violência física infantil é entendida como a “*ação infligida à criança ou ao adolescente que ofenda sua integridade ou saúde corporal ou que lhe cause sofrimento físico*” (BRASIL, 2017, art. 4 inciso I).

A violência física é a forma mais frequente de violência infantil. Em crianças menores fraturas de ossos longos pode indicar a presença de maus-tratos físicos. No ano de 1946, Caffey foi o primeiro a fazer a relação entre fratura de ossos longos com hematoma subdural crônico (BERGAMASCHI *et al.*, 2007). No entanto a violência física tomou notoriedade na área da saúde por meio dos estudos de Henry Kempe e Frederic Silverman, em 1962, com o relato da Síndrome da criança espancada (ZAMBON *et al.*, 2012, FINKLER, 2012).

Os autores fizeram observações em relação à síndrome como uma maior incidência em crianças menores de três anos, alto índice de fatalidade e sequelas pós-hematomas subdurais. Definiram com muita clareza os exames radiológicos e clínicos e insistiram que os dados colhidos pelos pais não condiziam com os achados diagnóstico (FINKLER, 2012).

Na Síndrome da criança espancada, ela é acometida por múltiplas fraturas, equimoses, hematomas generalizados, lesões cérebro-meníngeas, paralisias, hemorragias oculares, fontanelas tensas, convulsões, deformações ósseas dos dedos e das vértebras lombares, o que pode levar a sequelas e a morte (FINKLER, 2012). O quadro da Síndrome é causado de forma não acidental, provocados por seus responsáveis/cuidadores.

Outro termo utilizado para abuso físico infantil, em 1977, foi a “Síndrome de Münchausen por procuração”. Essa síndrome é caracterizada pelo abuso por parte da mãe com a criança, que, aparentemente, apresenta-se como uma mãe cuidadosa, por levar com frequência a criança para consulta médica, no entanto, ela é a própria causadora dos sintomas, incluindo a indução de lesões, ingestão de medicamentos sem necessidade e alteração de exames laboratoriais. Considerada uma doença psiquiátrica, a perpetradora tem necessidade de manter a criança doente para se satisfazer emocionalmente, colocando em risco a vida da

vítima, que pode gerar desde sintomas severos até a morte (SOUSA FILHO *et al.*, 2017).

Um exemplo foi o caso ocorrido na Tunísia com três irmãos, uma menina de 10 anos que foi hospitalizada 12 vezes entre os 4 e os 10 anos por problemas de consciência e convulsões generalizadas, e, dois meninos: de 3 e 11 anos, respectivamente (o de 3 anos foi levado ao hospital 12 dias após a morte da irmã, e o de 11 anos, oito dias após a morte do irmão), também internados pelo mesmo motivo. As crianças obtinham melhora com a medicação e pioravam quando saíam da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para a enfermaria, onde ficavam sob os cuidados da mãe. As crianças estavam sendo envenenadas por cloralose, a substância era colocada na comida enquanto estavam na enfermaria (BRAHAM *et al.*, 2017).

Uma pesquisa brasileira de coorte retrospectiva realizada em uma UTI, que caracterizou traumas de crianças de 0 a 12 anos relacionados à violência, teve como resultado um maior índice de violência física (queda), seguida de negligência (queimaduras), e metade das crianças tinham até 3 anos. Os casos aconteceram na família em sua maioria pela mãe (SANTOMÉ *et al.*, 2018).

Foram entrevistadas 3.515 crianças no sul da África constituintes de uma amostra de um estudo que objetivou investigar a prevalência e a incidência de vitimização do abuso infantil, revelando que 68,9% relataram pelo menos um tipo de vitimização na vida e 54,9% algum tipo de vitimização no último ano. No total, 32,3% das crianças foram submetidas a pelo menos um tipo de vitimização mensal frequente. Em relação ao abuso físico, 56,3% ao longo da vida, 37,9% no ano anterior e 16,6% sofreram abuso físico mensal frequente. A incidência desse tipo de abuso relatada no último ano foi de 18,2% (MEINCK *et al.*, 2016).

A carga econômica estimada da violência contra crianças (incluindo as fatais e as não fatais) na África do Sul, em 2015, totalizou US\$ 13,5 bilhões - ou 4,3% do produto interno bruto (PIB) daquele país, no mesmo ano. Além disso, os ganhos reduzidos atribuíveis à violência física e emocional na infância, em 2015, foram de US\$ 2,0 bilhões e US\$ 750 milhões, respectivamente (FANG *et al.*, 2017).

A violência física infantil é uma das formas de violência que mais facilmente pode se identificar, por deixar marcas visíveis. De acordo com SANTOS (2009), são indicadores da violência: a presença de lesões físicas que não se ajustam à causa alegada; ocultamento de lesões antigas; hematomas e

queimaduras em diferentes estágios de cicatrização; contusões corporais em partes do corpo que geralmente não sofrem lesões com quedas habituais.

Os indicadores comportamentais se apresentam como: medo dos pais e/ou responsáveis; alegação de causas pouco prováveis para as lesões; fugas do lar e comportamento agressivo com colegas; baixa autoestima considerando-se merecedor de punições; desconfia de contato com adultos; alerta permanente; hiperativa ou depressiva; tendências autodestrutivas; problemas de aprendizagem; distúrbios alimentares e do sono.

As famílias se caracterizam por: oculta as lesões na criança ou as justifica de forma não convincente e contraditória; culpa a criança pelos problemas no lar; acredita no disciplinamento severo como forma de educar; tem expectativas irreais sobre a capacidade da criança, exigindo-a em demasia; autoriza o professor acastigar fisicamente a criança.

O abuso físico infantil constitui-se uma experiência adversa na infância (*Adverse childhood experiences*) (ACEs) e crianças submetidas, ao menos, a três fatores de estresse, dos 10 que a compõe, estão em maior risco de vários resultados negativos quando adultas, incluindo câncer, doença hepática, abuso de substâncias e depressão (HUNT; SLACK; BERGER, 2017).

As ACEs foram descritas pela primeira vez em relação aos resultados de saúde, por um grande estudo do CDC-Kaiser permanente, em 1998, sendo uma das maiores investigações sobre abuso e negligência na infância e desafios domésticos e saúde e bem-estar na velhice (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2021).

O estudo surgiu da descoberta do provedor de saúde (Kaiser permanente) em uma clínica para atendimento aos pacientes obesos, que observou um histórico com elevado índice de abuso sexual (BOULLIER; BLAIR, 2018).

Este fato aconteceu a partir do desenvolvimento de um questionário, enviado a mais de 17.000 pacientes, que abordava questões sobre o paciente já ter sofrido algum tipo de abuso (emocional, físico ou sexual) desafios domésticos (mãe tratada com violência, abuso de substâncias em casa, doença mental na família, separação ou divórcio dos pais, membro da família encarcerado) ou negligência (emocional e física) quando criança. Todas as perguntas relacionadas à ACE referiam-se aos primeiros 18 anos de vida do entrevistado (BOULLIER; BLAIR, 2018).

A versão completa do questionário foi adaptada para uso no Brasil por Pereira e Viana (2021), e está disponível no site da OMS: [https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq)).

O estudo das ACEs, examinou as relações entre 10 fatores de estresse na infância e uma variedade de problemas sociais e de saúde e demonstrou como o abuso, a negligência, o testemunho de violência doméstica e a exposição na infância às disfunções domésticas foram comuns e altamente inter-relacionadas. Esta inter-relação levou os investigadores a desenvolver a pontuação ACE, uma contagem inteira de 10 experiências adversas durante a infância (variação de 0 a 10), que demonstrou, repetidamente, uma dose forte e graduada - relação de resposta aos vários resultados sociais e de saúde (por exemplo, doença mental, uso de drogas ilícitas, risco de suicídio e risco de doenças crônicas) (ANDA; PORTER; BROWN, 2020).

As descobertas levaram a um intenso interesse no impacto das ACE nos resultados de saúde, tanto mentais quanto físicos, bem como os impactos no comportamento, oportunidades de vida e estabilidade econômica (BOULLIER; BLAIR, 2018).

Uma revisão sistemática e meta-análise realizada por Hughes *et al.* (2017), destacou os danos generalizados que as ACEs colocam na saúde ao longo da vida e a importância de abordar os vários estressores que podem ocorrer na vida das crianças.

O estudo, mediu as associações entre várias ACEs e os resultados de saúde e obteve como resultado uma indicação de risco aumentado entre os indivíduos com pelo menos quatro ACEs, em comparação com aqueles que relataram nenhum, com associações fortes para assumir comportamento de risco sexual, problemas de saúde mental e uso abusivo de álcool, e, mais forte, para uso abusivo de drogas e violência interpessoal e autodirigida, que podem representar ACEs para a próxima geração (exposição à violência doméstica dos pais, doença mental e uso de substâncias) e, portanto, são indicativos dos efeitos intergeracionais que podem prender as famílias em ciclos de adversidade, privação e problemas de saúde (HUGHES *et al.*, 2017).

Apesar de sua utilidade em pesquisas e estudos de vigilância, pesquisadores ressaltam que a pontuação das ACEs, é uma medida relativamente

bruta da exposição cumulativa ao estresse na infância, que pode variar amplamente de pessoa para pessoa, ou seja, é uma ferramenta poderosa para descrever o impacto populacional do efeito cumulativo do estresse infantil e fornece uma estrutura para entender como a prevenção de ACEs pode reduzir a carga de muitos problemas e preocupações de saúde pública. No entanto, sua pontuação não é uma ferramenta de diagnóstico e nem é preditiva no nível individual, não sendo adequada para triagem de indivíduos e atribuição de risco, para uso na tomada de decisão sobre a necessidade de serviços ou tratamento (ANDA; PORTER; BROWN, 2020).

A criança pode experimentar três tipos de estresse na infância: o estresse positivo – um evento de curta duração de intensidade leve a moderada, neste caso, quando há suporte parental adequado; esta experiência contribui para o crescimento e o desenvolvimento de situações negativas da vida, a exemplo, levar a criança para coleta de um exame; o estresse tolerável – mais atípico e com maior ameaça à vida da criança, como desastres naturais ou morte de um membro da família; no entanto, com o apoio adequado do cuidador os riscos podem ser moderados ou reduzidos e; o estresse tóxico - causado pelas ACEs leva a uma exposição contínua ao hormônio cortisol. A exposição contínua ao cortisol no cérebro durante um evento traumático ou lembretes de trauma pode resultar em crescimento celular anormal na amígdala e dano neural no hipocampo e córtex pré- frontal, ocasionando comprometimento do desenvolvimento da arquitetura cerebral infantil, impactando diretamente na sua funcionalidade (BRANCO; LINHARES, 2018; THIEL, 2019).

Estresse tóxico caracteriza-se por estímulos intensos, frequentes e prolongados no organismo ao sistema de resposta decorrente do fator estressor, além da ausência de suporte protetor de um adulto para a criança mediante esses estímulos (LINHARES, 2016).

Em relação à punição corporal, o crime de tortura-castigo está definido na lei 9.455/97, artigo I inciso II: “submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de violência ou grave ameaça, a intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo” (BRASIL, 1997).

Quando falamos de castigo relacionados a infância, é preciso ressaltar alguns fatos. Em todo o mundo 80% das crianças são espancadas ou punidas fisicamente por seus pais/cuidadores (UNITED NATIONS INTERNATIONAL

CHILDREN'S EMERGENCY FUND, 2014). Até poucos anos, pode-se dizer que, a geração passada, entendia o castigo físico como um método disciplinar eficaz e que se diferenciava do abuso físico infantil (DURRANT; ENSOM, 2017).

O castigo corporal é utilizado por muitos pais/cuidadores como forma de educar a criança, inclusive para que ela não desenvolva comportamentos agressivos; no entanto, há alguns anos, estudos realizados nesse sentido têm demonstrado consequências prejudiciais para o desenvolvimento infantil a longo prazo (GROGAN-KAYLOR; GRAHAM-BERMANN, 2018).

Uma das primeiras consequências observadas foi a agressão por parte da vítima. O castigo físico estava associado aos níveis mais altos de agressão contra pais, irmãos, pares e cônjuges e, estudos experimentais revelaram, há muito tempo, que a dor provoca agressão reflexiva (DURRANT; ENSOM, 2017).

Em 2000, as pesquisas sobre o castigo físico haviam se expandido além de seu efeito sobre a agressão infantil, descobria-se associações entre castigo físico e saúde mental (depressão, ansiedade, sentimento de desesperança, uso de drogas e álcool, infelicidade e desajustamento psicológico geral), lesões físicas e violência familiar na idade adulta (DURRANT; ENSOM, 2017).

Um dos primeiros destes estudos relacionou tapas e palmadas na infância com transtornos psiquiátricos na idade adulta em uma grande amostra da população canadense, e suas descobertas foram apoiadas por um número cada vez maior de pesquisas. Embora alguns estudiosos não tenham encontrado qualquer relação entre o castigo físico e os resultados negativos, e outros tenham descoberto que a relação seja moderada por outros fatores, nenhum estudo encontrou que o castigo físico tenha um efeito positivo a longo prazo; a maioria encontrou efeitos negativos (DURRANT; ENSOM, 2017).

Há ainda uma discussão sobre qual seria o limite entre a violência física e o castigo corporal já que o segundo teria fins de disciplina, e, por vezes, ambos se apresentam como conceitos dicotômicos, no entanto, é compreensível que o castigo corporal e o abuso físico estão em uma sequência de comportamentos físicos agressivos contra crianças, com frequentes punições corporais, muitas vezes levando aos subsequentes abusos físicos (FONT; CAGE, 2018).

A exemplo disto é a definição do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) que define abuso físico como o uso deliberado de força corporal, que resultou ou tinha o potencial de resultar em dano corporal a uma criança,

enquanto o castigo corporal foi definido como “o uso de força física com a intenção de fazer com que a criança sinta dor, mas não lesão, com o propósito de correção ou controle do comportamento da criança”. Ambas as definições são baseadas não no tipo de ato, mas antes, em sua propensão a causar danos graves (FONT; CAGE, 2018).

#### 4.1.3 Neurobiologia do Trauma e suas Consequências

O desenvolvimento do cérebro humano inicia-se na vida intrauterina por volta da 3<sup>a</sup> - 4<sup>a</sup> semana após a concepção proveniente de poucas células embrionárias, chamadas células-tronco neurais, e, ainda, no útero produz centenas de bilhões de células (PINHEIRO, 2007). A mielinização (camada de gordura que envolve o neurônio) faz parte do processo final de sua formação e torna mais veloz a condução nervosa dos axônios neuronais, processo esse que se estende até a terceira década de vida (MENDES; DE MELO, 2011). No entanto, o cérebro de uma criança recém-nascida tem apenas um quarto a um terço de seu volume adulto e continua a crescer e especializar-se de acordo com um programa genético preciso, com modificações impulsionadas por influências ambientais, tanto positivas quanto negativas (TOGA; THOMPSON; SOWELL, 2006).

Após o nascimento, o desenvolvimento do cérebro passa por uma trajetória geral de um aumento rápido e não linear da massa cinzenta, que atinge seu pico por volta dos sete anos de idade em humanos, refletindo o aumento da densidade sináptica, à exceção do córtex pré-frontal que possui uma maturação prolongada e pode se estender até a idade adulta. Regiões do cérebro que regulam o comportamento social passam por grande reorganização na infância e adolescência, e experiências sociais aversivas podem alterar a maturação neuronal, levando a psicopatologias subsequentes (MISKOLCZI; HALÁSZ; MIKICS, 2019).

Pesquisas vêm mostrando que o cérebro pode se modificar e sofrer alterações significativas, tanto estruturais como funcionais por influências ambientais, devido à sua plasticidade (a capacidade do cérebro de desenvolver-se e mudar ao longo da vida) (MENDES; DE MELO, 2011).

O termo *plasticidade* é usado devido a presença e a ausência de transmissores, fatores de crescimento (BDNF- do inglês *brain-derived Neurotrophic*

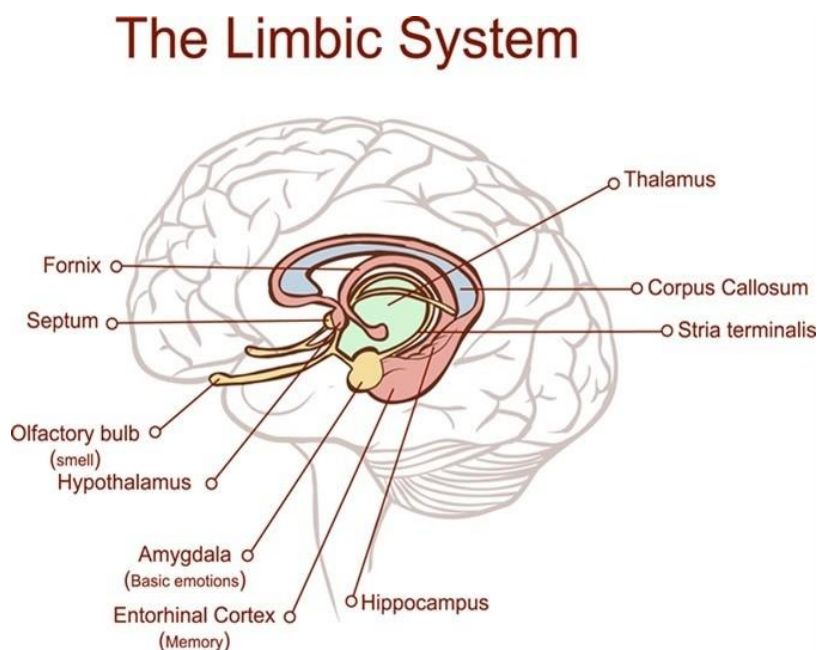
*Factor*) e hormônios que influenciam o aparecimento de células e conexões sinápticas, ou seja, uma mudança adaptativa na estrutura e nas funções do sistema nervoso, como resultado de injúrias, de traumatismos ou de lesões (FERRARI *et al.*, 2001), que pode resultar em um desenvolvimento anormal. Os sistemas em desenvolvimento não são "fixos e imutáveis", mas são suscetíveis aos distúrbios que refletem a gravidade e o ponto no tempo de desenvolvimento (KEHOE; SHOEMAKER, 2001).

O fator neurotrófico derivado do cérebro desempenha uma série de papéis na sobrevivência, estrutura e função neuronal. Dados da literatura sugerem que se trata de um substrato neurobiológico que modera o impacto das adversidades da infância, na expressão tardia dos transtornos psiquiátricos (DE CASTRO BINS *et al.*, 2020).

A exposição aos maus-tratos durante as fases críticas do desenvolvimento neural tem efeitos variados sobre a matéria cinzenta cortical, a área primária para a percepção e o processamento sensorial. Estudos de neuroimagem estrutural fornecem evidências de alterações específicas da região no volume da substância cinzenta, da integridade do trato da fibra e da mielinização, de acordo com o tipo de exposição. Por exemplo, testemunhar vários episódios de violência doméstica está associado a um volume reduzido de massa cinzenta no córtex visual e à diminuição da mielinização dos tratos de fibra que conectam os sistemas visual e límbico (PAL; ELBERS, 2018).

O sistema límbico (Figura 2) é considerado o cérebro das emoções, em 1937, James Papez estruturou anatomicamente o circuito das emoções, que ficou conhecido como circuito de Papez, contendo as seguintes estruturas: o giro do cíngulo, giro parahipocampal, hipocampo, fórnix, corpo mamilar e núcleos anteriores do tálamo. A amígdala localiza-se no interior da metade anterior do unco do giro parahipocampal (BARRETO *et al.*, 2010).

**Figura 2** - Secção transversal do cérebro que mostra sistema límbico e todas as estruturas relacionadas.



Crédito de imagem: Corbac40/Shutterstock.

Devido ao seu desenvolvimento prolongado, o córtex pré-frontal é altamente suscetível às mudanças na arquitetura, em resposta ao estresse crônico de maus-tratos. O córtex pré-frontal é responsável pela inibição consciente da amígdala. A ativação e a conectividade reduzidas dessa área cortical podem resultar em hiperatividade da amígdala e aumento da propensão para ansiedade, hipervigilância e medo (PAL; ELBERS, 2018).

No contexto de maus-tratos, as crianças também exibem, frequentemente, um quociente de inteligência inferior e a atenção e a função executiva prejudicadas; no entanto, sua associação causal com mudanças na arquitetura pré-frontal requer estudos mais aprofundados. Embora haja evidências conflitantes de mudanças estruturais na amígdala, os estudos de imagem funcional demonstram, consistentemente, a hipersensibilidade da amígdala aos lembretes traumáticos, faces emocionais, e ameaça subliminar em crianças e adultos, após abusos e maus-tratos. Essa hiper-reatividade pode ser observada clinicamente como labilidade emocional, ataques de pânico ou ansiedade generalizada (PAL; ELBERS, 2018).

Quanto mais qualquer sistema neural é ativado, mais ele irá modificar e "construir" as capacidades funcionais associadas à essa ativação.

Quanto mais alguém pratica piano, mais os sistemas neuronais vestibulares motores envolvidos nesse comportamento tornam-se "enraizados". Quanto mais alguém é exposto a uma segunda língua, mais as redes neurobiológicas que permitem que a língua seja percebida e falada modificam-se. E quanto mais sistemas neurais relacionados com a ameaça são ativados durante o desenvolvimento, mais eles tornam-se "integrados" (PERRY, 2001).

Uma revisão realizada por Aas *et al.* (2016), destacou associações entre trauma infantil e suscetibilidade e/ou gravidade do Transtorno Bipolar (ou Transtorno afetivo bipolar), principalmente o início precoce da doença e um risco aumentado de tentativa de suicídio e de uso indevido de substâncias. O trauma infantil leva a alterações na regulação do afeto, no controle dos impulsos e no funcionamento cognitivo que podem diminuir a capacidade de lidar com estressores posteriores. O Transtorno Bipolar é uma doença que atinge aproximadamente 30 milhões de pessoas em todo o mundo, estando entre as que causam maior incapacidade e, embora tenha causas multifatoriais, o seu surgimento e evolução podem ser influenciados por ACE, uso indevido de álcool e drogas e trauma precoce (BOSAIPO; BORGES; JURUENA, 2017).

Outra patologia psiquiátrica que sugere associações entre o trauma na infância e seu desenvolvimento é o Transtorno de personalidade limítrofe ou *borderline*. É um transtorno caracterizado principalmente por desregulação emocional; os pacientes apresentam elevada sensibilidade emocional, incapacidade de regular as respostas emocionais intensas e um lento retorno à linha de base emocional. O desenvolvimento do transtorno ocorre dentro de um contexto de desenvolvimento invalidante caracterizado pela intolerância em relação à expressão de experiências emocionais privadas durante a infância (negligência). Em consequência, as crianças expostas a esse ambiente adverso mostram incapacidade de aprender como compreender, rotular, regular ou tolerar respostas emocionais e, inversamente, oscilam entre a inibição emocional e a extrema labilidade emocional (CATTANE *et al.*, 2017).

Em relação à psicose, revisões sistemáticas da literatura e meta-análises vem demonstrando uma relação clara entre o trauma na infância e a gravidade da apresentação dos sintomas psicóticos. Há evidências empíricas consideráveis que a exposição ao abuso físico na infância, abuso sexual, abuso emocional e negligência aumenta o risco de desenvolvimento de psicose. Os

estudos também sugerem que mulheres com história de trauma na infância podem ter um curso de doença psicótica mais grave (em comparação com os homens), incluindo uma idade mais jovem de início, piora dos sintomas e pior funcionamento geral (STANTON *et al.*, 2020).

Os mecanismos psicológicos centrais que explicam a relação entre o trauma infantil e os sintomas psicóticos incluem mudanças nos esquemas cognitivos, na maneira que o mundo é visto, como negativo e ameaçador; nesse sentido, experimentar traumas na infância afeta o conteúdo e o tipo de delírio. Além disso, a ligação entre os eventos traumáticos na infância e a desregulação afetiva pode explicar as maiores taxas de comorbidade (em particular, ansiedade, depressão e uso de substâncias) presentes naqueles que sofreram traumas na infância, com ou sem psicose (STANTON *et al.*, 2020).

Estudos têm sugerido que o BDNF periférico é um biomarcador de psicopatologia e resposta ao tratamento, especialmente em situações pós-traumáticas. Alterações nos níveis de BDNF foram observadas em indivíduos que apresentam certos transtornos psiquiátricos ou foram maltratados durante a infância (DE CASTRO BINS *et al.*, 2020).

Com o objetivo de avaliar as concentrações séricas de BDNF em mulheres, buscando associação com história de trauma infantil, transtornos psiquiátricos e comportamento antissocial (criminalidade), uma pesquisa transversal com 110 mulheres presas divididas em três grupos (doentes mentais que cometeram crimes, pacientes clínicos psiquiátricos internados e controles saudáveis), mostrou que traumas infantis e transtornos psiquiátricos são comuns entre mulheres encarceradas. As mulheres no grupo de controle saudável tinham uma história de trauma infantil de baixa intensidade, o que sugere que esse trauma infantil está associado às respostas mal adaptativas, sejam elas doença mental ou criminalidade. Em relação aos níveis de BDNF, no grupo de mulheres que cometeram crimes, foram menores entre as mulheres com história de trauma na infância (DE CASTRO BINS *et al.*, 2020).

Um outro estudo caso-controle também comparou níveis séricos do BDNF, em adolescentes que se automutilavam, e aqueles em tratamento psiquiátrico, mas sem automutilação. O nível sérico de BDNF de adolescentes que se machucavam foi significativamente menor, e os níveis séricos de BDNF diminuíram com o aumento da negligência emocional e com a gravidade do abuso

desses adolescentes durante a infância, o que pode indicar que a neuroplasticidade pode ser afetada por um ambiente emocional negativo durante o período inicial (KAVURMA *et al.*, 2017).

Níveis séricos reduzidos de BDNF também foram encontrados em pacientes com transtornos mentais graves, como transtorno do espectro esquizofrênico e transtorno bipolar, com a redução mais substancial em pacientes que relataram abuso sexual na infância; níveis menores de BDNF foram encontrados nos pacientes que apresentavam episódios depressivos e em períodos de remissão foram encontrados níveis plasmáticos mais elevados (AAS *et al.*, 2019).

Assim, as ACEs podem contribuir para o desenvolvimento de condições crônicas de saúde e incapacidades, por atuarem nos processos de resposta (desregulando) ao estresse que são mediados pelo cérebro, levando a um potencial estado de inflamação persistente de baixo grau, além de favorecer comportamentos como impulsividade e laços sociais fracos, resultantes demudanças estruturais e de desenvolvimento neurológico no cérebro; por sua vez, promovem a adoção de comportamentos de risco à saúde, ou seja, fumo e uso de substâncias ilícitas. Com o tempo, esses processos podem ter um efeito de desgaste no corpo e aumentar o risco de doenças crônicas futuras, como síndrome metabólica, aterosclerose, doença isquêmica coronariana, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e câncer (SONU; POST; FEINGLASS, 2019).

Uma pesquisa com adultos canadenses com o objetivo de determinar se vários tipos de abuso infantil estavam relacionados à uma maior probabilidade de resultados negativos para a saúde física, evidenciou que todos os tipos de abuso infantil foram associados a ter uma condição física e ao aumento da chance de obesidade. O abuso na infância foi associado à artrite, aos problemas nas costas, à pressão alta, à enxaqueca, à bronquite/enfisema/DPOC, ao câncer, ao derrame, à doença intestinal e à síndrome da fadiga crônica na idade adulta, mesmo quando características sociodemográficas, tabagismo e obesidade foram tomadas em consideração (AFIFI *et al.*, 2016).

A obesidade, bem como os transtornos alimentares, pode estar associada ao abuso infantil. Estudo que examinou a associação de ACEs com o índice de massa corporal (IMC) e os comportamentos não saudáveis de controle de peso, entre 449 adolescentes finlandeses de 12 a 17 anos, internados em uma unidade de hospital psiquiátrico, mostrou que meninas que sofreram abuso sexual

eram mais propensas a ser obesas e demonstraram também comportamentos extremos de perda de peso. Além disso, uma propensão para exercícios excessivos foi encontrada entre meninas que testemunharam violência doméstica (ISOHOOKANA *et al.*, 2016). Estima-se que 15,5 milhões de crianças nos Estados Unidos vivam em lares caracterizados por violência praticada pelo parceiro íntimo (VPI) (ZVARA *et al.*, 2016).

Crianças que moram em lares com VPI, e outras brigas físicas e verbais em casa entre membros da família, apresentam taxas mais altas de comportamentos externalizantes, bem como distúrbios clínicos. A exposição à violência (violência indireta) é um fator de risco estabelecido associado aos comportamentos externalizantes – agressão, irritabilidade, impulsividade, controle emocional deficiente, quebra de regras e aumento do risco de dificuldades interpessoais, delinquência e comportamento antissocial (FLECKMAN *et al.*, 2016).

O comportamento de externalização em jovens está associado aos resultados negativos, tais como: rejeição dos colegas e baixo desempenho acadêmico; transtorno de conduta e comportamentos antissociais persistentes; abandono do ensino médio, perpetração de violência e abuso de substâncias na vida adulta (FLECKMAN *et al.*, 2016).

Antes de completar 18 anos de idade, quase 66% da população dos Estados Unidos sofreram mais de um tipo de violência, especialmente em casa. A exposição a um tipo de violência aumenta as chances de exposição aos outros tipos de violência. Uma história de abuso físico pode aumentar as chances de uma criança sofrer outra forma de abuso como abuso sexual infantil e emocional. Além disso, as crianças expostas à violência indireta têm maior probabilidade de sofrer agressão física direta por parte de um cuidador (FLECKMAN *et al.*, 2016).

#### 4.1.4 Políticas Públicas na Prevenção e Proteção da Violência Infantil

Desde os tempos mais remotos da história da humanidade, o homem tem buscado e lutado por seus direitos, que ocorreu de forma gradual, e em determinadas circunstâncias (por meio de guerras, conquistas e revoluções). Estes direitos foram sendo conquistados à medida que pleiteavam em defesa de novas

liberdades de velhos poderes, e, assim, acontece até os dias atuais (DA SILVA PASSOS, 2016).

O fim da segunda guerra mundial tornou-se um marco importante nesta conquista, e desde então, a comunidade internacional começou a reconhecer os direitos humanos como uma questão de cunho internacional. Neste sentido, buscando a reconstrução dos direitos pós-guerra, surge a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) no ano de 1945, que tem como objetivo principal a promoção da paz no mundo, e, em 1946, oriundo da ONU, é criado o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). No ano de 1948 surge a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) que traz em seu artigo VI, que *“todo homem tem direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa”*, e no ano de 1959 a Declaração dos Direitos da Infância (COSTA, 2015).

Se para o adulto já era árduo a conquista dos seus direitos, o cenário infantil na antiguidade era ainda pior. Desprovidos de direitos, as crianças para alguns povos como egípcios, mesopotâmios, gregos e europeus não mereciam ser protegidas, era como se não existissem. As punições dos adultos eram menos severas do que nas crianças, que sofriam abusos severos e cruéis. A exemplo, no Oriente Médio o código de Hamurabi que no artigo 193 *“previa o corte da língua do filho que ousasse dizer aos pais adotivos que eles não eram seus pais, e, a extração dos seus olhos se aspirasse voltar à casa dos pais biológicos”*; o artigo 195 *“caso o filho batesse no pai, sua mão era decepada”*. Em contrapartida o mesmo código dizia que caso a filha sofresse abuso sexual do pai, a pena máxima era a expulsão da cidade (LOUREIRO; SILVA, 2019).

Em Roma, a Lei das Tábuas permitia ao pai o direito de executar o filho que nascesse com deformidades por meio do auxílio de cinco vizinhos, bem como o poder de vida e morte sobre os filhos nascidos de casamento legítimo e direito a vendê-los (RIBEIRO; SANTOS, 2018).

Na idade média, a mortalidade infantil possuía índices elevados, devido ao descaso dos pais com os menores de dois anos, que não viam sentido em investir esforço e tempo aos pequenos que tinham probabilidades grandes de morrer. Somado a esse fato, viviam em condições de saúde e higiene precárias. As que conseguiam sobreviver, adquiriam identidade própria somente quando conseguiam realizar atividades semelhantes aos adultos (LOUREIRO; SILVA, 2019).

As crianças eram misturadas aos adultos em todas suas atividades sociais assim que conseguissem ser independentes, nos divertimentos, no trabalho diário, no domínio das armas, nos cultos e nos rituais. As vestimentas eram idênticas as dos adultos só em tamanho menor, afinal as crianças eram consideradas mini adultos ou adultos em miniatura. Nessa época não se sofria tanto pela morte de um filho, já que rapidamente poderia ser substituído por outro, e quanto maior o número de filhos, melhor, pois eram contados como trabalhadores junto aos pais. As crianças mais pobres eram direcionadas nos serviços domésticos e lavoura, e as mais ricas aprendiam os serviços de guerra ou os serviços eclesiásticos (ARIÈS, 1981).

Por terem a responsabilidade de adultos ainda tão pequenos, as punições eram severas; surge então, por volta do século XVII, o castigo físico, a punição física. As crianças eram espancadas com chicotes, ferros e paus, justificado como uma necessidade para que fossem afastadas de más influências e moldadas conforme o desejo adulto; e resultou de 1730 a 1779 na morte de metade da população com menos de cinco anos de idade na cidade de Londres (ROBERTI JUNIOR, 2012).

A partir do século XVIII, na Europa, por meio das ordens religiosas, que pregavam uma educação separada da criança para prepará-la para o mundo adulto houve uma evolução no conceito de infância; no entanto, somente no século XIX, a criança passou a ser considerada como indivíduo de investimento afetivo, econômico, educativo e existencial, mas ainda de forma sutil, pois era vista como propriedade exclusiva da Igreja. No século XX, com a evolução científica, a medicina, a psiquiatria, o direito e a pedagogia contribuíram para a formação de uma nova mentalidade de atendimento à criança (ROBERTI JUNIOR, 2012).

No contexto brasileiro, na época do Brasil colônia, as crianças que chegavam ao país, que eram órfãs do Rei, ainda dentro das embarcações sofriam abusos sexuais de marujos violentos e em casos de naufrágios eram abandonadas. Com a chegada dos jesuítas, estes assumiram a defesa dos direitos infante juvenis que perdurou até o início do século XX. No entanto, as práticas educativas estavam associadas ao castigo corporal e quem tinha acesso às escolas eram os nobres; as crianças negras eram submetidas à exploração (DOS SANTOS *et al.*, 2009).

Com o passar do tempo houve crescimento significativo de crianças órfãs e os religiosos começaram a preocupar-se em proteger tais crianças; surge

então, a roda dos expostos, a primeira preocupação do Estado com as crianças socialmente vulneráveis, dando o direito de que fossem acolhidas nas instituições como Santas Casas de Misericórdia ou famílias de honra. Essa política de proteção perdurou por quase dois séculos; mas, ainda no século XIX, o Estado avançou em relação às crianças vulneráveis; como a inclusão no Código civil imperial a punição dos pais que impusessem castigos imoderados aos filhos; o infanticídio ganhou novas modalidades de pena, e o estupro foi criminalizado (DOS SANTOS *et al.*, 2009).

Entretanto, o número de crianças na rua após a abolição da escravidão, procurando alternativas de sobrevivência, e “perturbando” a elite local; fez surgir um certo controle jurídico sobre a infância. Tanto o Código criminal do Império (1830), como o da República (1890), aplicava penas severas aos menores de dezoito anos tais como: trabalhos forçados, castigos corporais, prisão perpétua e pena de morte (LOUREIRO; SILVA, 2019).

Diante das críticas humanitárias à aplicação do Direito Penal comum aos menores de 18 anos surgiu o Direito do Menor, a aprovação do 1º Código de menores em 1927 e do 2º quanto a responsabilidade sobre as crianças abandonadas, institucionalizadas e delinquentes, no ano de 1979 (LOUREIRO; SILVA, 2019).

A partir de então ficou instituído a “doutrina da proteção irregular”, que atendia o denominado “menor”, que seria a criança ou o adolescente em situação irregular, por estar material, moral ou socialmente abandonado; já as crianças de classes favorecidas eram consideradas em situação regular. Essa doutrina perdurou até os anos 80, e durante essa década, gradativamente, foi sofrendo transformações para a “doutrina de proteção integral” com a promulgação da Constituição de 1988, que vigora até os dias de hoje, sendo abandonado o termo “menor” e substituído por criança e adolescente (DOS SANTOS *et al.*, 2009).

Assim, dispõe o artigo 227, caput, da Constituição Federal (BRASIL, 1988):

*“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-las a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”*

Em seu caput § 4º dá especial atenção à violência sexual: *“A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente”* (BRASIL, 1988).

Importante destacar que a doutrina de proteção integral explícita no artigo 227 da Constituição, foi inspirada por movimentos internacionais como a Convenção Internacional dos direitos da criança, que formalmente foi apresentada em 1978 à ONU, mas foi oficialmente aprovada no ano de 1989 e assinada pelo Brasil em 1990. Entretanto, o Brasil apresentou seu relatório ao Comitê de direitos da criança da ONU, somente em 2003 (ROSEMBERG; MARIANO, 2010).

O ECA teve seu lançamento no ano de 1990, considerado um marco revolucionário nos direitos das crianças e adolescentes. O artigo 5º descreve:

*“Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”.*

O ECA ainda traz a obrigatoriedade da comunicação em casos de suspeita de maus tratos infantis em todas as suas formas ao Conselho tutelar local, e sua omissão inclui pena administrativa (DIGIÁCOMO; DE AMORIM DIGIÁCOMO, 2013). Em relação à idade, a ONU considera criança a pessoa de 0 a 18 anos (COSTA, 2015) e o ECA aquelas de 0 a 12 anos e dos 12 aos 18 anos, considera-as adolescentes (DIGIÁCOMO; DE AMORIM DIGIÁCOMO, 2013).

O Conselho Nacional dos direitos da criança e do adolescente (CONANDA), foi criado no ano de 1991, que por meio de gestão compartilhada, tem como função a definição de diretrizes para a política nacional de Promoção, Proteção e defesa dos direitos humanos da criança e do adolescente. Também deve fiscalizar as ações executadas pelo poder público, no que diz respeito ao atendimento da população infanto-juvenil e gerir o Fundo Nacional para a criança e adolescente (FNCA) (BRASIL, 1991).

Em um decreto recente, o CONANDA, instituiu estratégias para o Enfrentamento da Violência Letal contra crianças e adolescentes e em seu artigo 5º inciso I, discorre sobre a necessidade de (BRASIL, 2018):

*“elaborar e fomentar ações de prevenção com foco na desconstrução da cultura de violência, por meio da sensibilização da sociedade sobre a banalização da violência letal e a valorização da vida”.*

No ano de 1993 foi criada a Frente parlamentar dos direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 2019a), e relançada em 2019, reforçando os compromissos, em especial a construção de uma cultura da paz e do direito à infância (REDE NACIONAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA, 2019). No mesmo ano foi lançada a Frente Parlamentar em Defesa da Primeira Infância no Paraná, e, também, a Frente Parlamentar Mista de Enfrentamento à Pedofilia com o objetivo de buscar a conscientização da sociedade para a prevenção e o enfrentamento do abuso sexual contra crianças e adolescentes, bem como promover o fortalecimento das políticas voltadas ao tema (PARANÁ, 2019).

Posteriormente em 1997, foi criado o Disque 100, por Organizações não governamentais e somente no ano de 2003 passou a ser responsabilidade do governo federal e vinculado ao Órgão de Direitos humanos. O Disque 100 não se configura unicamente por um canal de denúncias de abusos, mas funciona, também, como uma porta de entrada de uma rede de proteção. O serviço foi ampliado, atendia exclusivamente denúncias de abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes, mas passou a acolher denúncias que envolvam violações de direitos de toda a população, especialmente os Grupos Sociais Vulneráveis (BRASIL, 2019a).

Conectado ao Disque 100, foi criado um aplicativo gratuito disponível para *tablets* e celulares o “Proteja Brasil”, com a primeira versão implementada no ano de 2013, com posterior atualização em 2016, que resultou no maior acesso para a realização de denúncias e aumentando a possibilidade de notificações de violações às autoridades competentes (BRASIL, 2019a).

No ano 2000, ficou instituído no dia 18 de maio, Lei 9.970, o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2000), em homenagem à menina Araceli, de 8 anos, que foi morta nesse mesmo dia no ano em 1973 em Vitória – ES. Ela foi sequestrada, espancada, drogada, estuprada, e assassinada numa orgia de drogas e sexo. Seu corpo foi encontrado somente seis dias após o crime e completamente desfigurado devido a queimaduras causadas por substância ácida (CHILDHOOD, 2019).

Posteriormente diversas ações foram propostas tais como: em 2003 foi instalada a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) Mista da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes; em 2008 a CPI da Pedofilia e da Exploração sexual criou leis com penas mais severas para crimes de cunho sexual contra crianças e

adolescentes (BRASIL, 2020), e no ano de 2009, houve reformulação do código penal, um marco legal sobre a penalização da violência sexual incluindo crianças e adolescentes (BRASIL, 2009b).

Cabe destacar o ano de 2006, a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e acidentes (VIVA), que tem como intuito viabilizar informações e dados sobre casos de violência, contribuindo na elaboração de políticas públicas (PARANÁ, 2022).

A linha do cuidado a saúde integral de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências para orientar gestores e profissionais de saúde é lançada no ano de 2010 (BRASIL, 2010), e no ano de 2011 é criado o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (BRASIL, 2011).

Lançada no ano de 2013, a lei 12.845/2013 dispõe sobre diretrizes no atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, oferecendo às vítimas atendimento emergencial, integral e multidisciplinar visando o controle de agravos decorrentes desse tipo de violência (BRASIL, 2013).

Em 2014 outro caso bárbaro acontece no país, Bernardo, de 11 anos de idade foi assassinado por overdose de medicamento; a criança era alvo de constantes maus-tratos pela madrasta e o pai. A partir de então entrou em vigor a lei 13.010/2014, conhecida no Brasil como, lei menino Bernardo ou lei da palmada (BRASIL, 2018). A referida lei trouxe alterações no ECA, estabelecendo o direito das crianças e adolescentes serem educados e cuidados, sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante conforme consta no Art.18 A (BRASIL,2014):

*“A criança e o adolescente têm o direito de ser educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante, como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto, pelos pais, pelos integrantes da família ampliada, pelos responsáveis, pelos agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou por qualquer pessoa encarregada de cuidar deles, tratá-los, educá-los ou protegê-los.*

*Parágrafo único. Para os fins desta Lei, considera-se:*

*I - castigo físico: ação de natureza disciplinar ou punitiva aplicada com o uso da força física sobre a criança ou o adolescente que resulte em: a) sofrimento físico; ou b) lesão; II - tratamento cruel ou degradante: conduta ou forma cruel de tratamento em relação à criança ou ao adolescente que: a) humilhe; ou b) ameace gravemente; ou c) ridicularize.”.*

Além disso, a lei traz medidas de punição para quem cometer tais infrações e solicita articulação tripartite no desenvolvimento de políticas públicas e na execução de ações destinadas a coibir o castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante, bem como difundir formas não violentas de educação de crianças e adolescentes, por meio de campanhas educativas, formação continuada e

capacitação dos profissionais de saúde, educação e assistência social, e dos agentes que atuam na área buscando o desenvolvimento das competências necessárias à prevenção, à identificação de evidências, ao diagnóstico e ao enfrentamento de todas as formas de violência contra a criança e o adolescente (BRASIL, 2014).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi criada no ano de 2015, e tem como prioridade absoluta a criança, seguindo o princípio da integralidade do cuidado e direito à vida e à saúde. O eixo V aponta (BRASIL, 2015):

“atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território”.

Em 2017 o ECA teve a segunda alteração, a lei 13.431/2017, que estabelece o Sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente (SGDCA), vítimas ou testemunhas de violência e cria mecanismos para proibir e coibir a violência. Assim, ficou melhor normatizado a “rede de proteção” para prestar um atendimento adequado, humanizado e eficiente diante de todas as formas de violência contra a criança e o adolescente; institui a escuta especializada e o depoimento especial e a integração das políticas de atendimento. O SGDCA atua em três eixos: defesa, promoção, controle e efetivação dos direitos (BRASIL, 2017).

Os integrantes que fazem parte do SGDCA podem ser de variados setores, como por exemplo; os gestores responsáveis pelas políticas públicas de educação, saúde, assistência social, cultura, esporte, lazer, capacitação para o trabalho, etc., Conselho Tutelar, Juiz da Infância e da Juventude, Promotor da Infância e da Juventude, professores e diretores de escolas, responsáveis pelas entidades não governamentais de atendimento às crianças, aos adolescentes e às famílias, entre outros (BRASIL, 2014).

Recentemente foi publicada a lei 14.344/2022 intitulada Lei Henry Borel, que cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente, considerando a partir de agora a criança como vítima da violência doméstica e não apenas testemunha dela.

Inclui ainda obrigatoriedade de promoção de programas para fortalecimento da parentalidade positiva e educação sem castigos físicos, proporciona mais autonomia ao Conselho Tutelar, e, passa a considerar crime hediondo o assassinato de menores de 14 anos (BRASIL, 2022).

Embora haja diversas leis que respaldem a criança e ao adolescente, mostrando que ocorreram avanços no decorrer da história, ainda há um caminho sinuoso a percorrer para que a legislação seja colocada em prática com efetividade. Autores citam como exemplo o desafio de transpor barreiras da desarticulação entre os setores responsáveis pelos direitos da criança e do adolescente, bem como criar um serviço de educação permanente dos profissionais para a prevenção da violência e, por conseguinte para a redução dos casos de violência (SOUZA *et al.*, 2020).

Cada país precisa encontrar maneiras de proteger crianças e adolescentes vulneráveis dentro do seu próprio contexto cultural e social. Como as circunstâncias variam entre os diferentes países, muitas vezes exigem respostas diferentes da gama de atores que podem desempenhar um papel - governo, não governamental, setor privado e sociedade civil, comunidades e famílias. A tipologia desse sistema é evolutiva e depende de como se compreende o papel do Estado na proteção das crianças e no fornecimento de apoio às famílias vulneráveis (CONNOLLY; KATZ, 2019).

Neste sentido, tão importante quanto elaborar políticas públicas para que não ocorra a reincidência da violência e a obtenção de um atendimento adequado à vítima, é investir em sua prevenção, intervindo antes mesmo que ela se estabeleça.

A prevenção pode ser classificada em primária, secundária e terciária. A primária consiste na oferta de um programa universal, ou seja, para a população em geral, encorajando todos os membros de uma comunidade no engajamento de situações de prevenção (eliminação ou redução dos fatores de risco). Na secundária, são selecionados programas direcionados às famílias mais vulneráveis, expostas à violência (diagnóstico e tratamento precoce). Na prevenção terciária quando existe casos estabelecidos de violência são realizados tratamento e reabilitação do agressor e da vítima (EDWARDS; NEAL; RODENHIZER-STÄMPFLI, 2017).

Os pioneiros no desenvolvimento de programas para a prevenção primária da violência infantil são os países desenvolvidos, ou seja, países de alta renda. Cerca de 98% por cento de todos os estudos sobre intervenções promissoras vêm das Américas (principalmente dos EUA e Canadá) e da Europa (principalmente da Europa Ocidental) (KNOW VIOLENCE IN CHILDHOOD, 2017). No entanto, pesquisas mostram que as crianças que vivem nas comunidades e países mais pobres do mundo têm maior probabilidade de sofrer abusos e negligência e a exposição à violência também é mais prevalente em bairros e comunidades empobrecidas ou isoladas (COORE DESAI; REECE; SHAKESPEARE-PELLINGTON, 2017).

Independentemente do *status* socioeconômico, a parentalidade foi identificada como um fator importante na etiologia dos maus-tratos infantis. Os maus-tratos são mais prováveis quando os pais/cuidadores têm uma compreensão pobre do desenvolvimento infantil, são menos educadores, têm um estilo parental autoritário ou sofreram maus-tratos. Portanto, não é surpreendente que a primeira das seis estratégias do UNICEF para acabar com a violência infantil esteja relacionada ao apoio aos pais/cuidadores e famílias. As intervenções parentais demonstraram ser eficazes na melhoria dos resultados cognitivos e comportamentais dos pais/cuidadores e das crianças (COORE DESAI; REECE; SHAKESPEARE-PELLINGTON, 2017).

As intervenções parentais podem ser com base em grupo ou individuais; visita domiciliar; intervenções com vários componentes; mídia que podem ser oferecidas em muitos ambientes diferentes, por exemplo, cuidados primários de saúde, hospitais, centros de primeira infância, escolas, lares, centros comunitários (COORE DESAI; REECE; SHAKESPEARE-PELLINGTON, 2017).

Além disso, demonstraram ser eficazes na melhoria dos resultados cognitivos e comportamentais dos pais/cuidadores e das crianças, particularmente para abuso físico e negligência, além de ajudarem na mudança das percepções dos pais/cuidadores sobre a disciplina severa (KNOW VIOLENCE IN CHILDHOOD, 2017).

Na linha de frente da prevenção estão os lares e as famílias seguras, nas quais os adultos têm as habilidades e os recursos para controlar o estresse e a agressão bem como criar as crianças com empatia e cuidado. Pais/cuidadores informados, apoiados por conhecimentos e serviços, podem criar espaços seguros,

de apoio e estimulantes. Eles podem avaliar o impacto prejudicial da disciplina severa e encontrar maneiras alternativas de controlar o comportamento das crianças. As próprias crianças também podem desenvolver habilidades que aumentam sua resiliência e capacidades, visto que, existem muitas situações em que os adultos estão ausentes ou incapazes de cumprir esse papel. Eles próprios devem, portanto, estar no centro dos esforços de prevenção – capazes para usar suas habilidades evolutivas de pensar por si próprios e agir em seus próprios interesses (KNOW VIOLENCE IN CHILDHOOD, 2017).

Outro setor importante para incorporar ações é o ambiente escolar, espaço em que, as crianças e adolescentes passam grande parte do tempo, sendo, portanto, promissor para o desenvolvimento de programas para prevenção da violência. Estudo de revisão sistemática realizada por Lester, Lawrence e Ward, (2017), com o objetivo de conhecer a prevenção da violência no ambiente escolar, encontrou a maior parte dos programas de prevenção de violência por pares (*bullying*) concentrados na América do Norte, e os autores concluíram que é necessário a avaliação dos programas já existentes e a sua propagação em maior escala. Também sugerem que sejam implantadas ações para a prevenção da violência nos serviços de saúde, nos atendimentos às mulheres e às crianças, bem como suporte na resposta precoce à violência e à reabilitação após o trauma.

Nesta perspectiva, foi lançado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2017), o pacote técnico de sete estratégias, INSPIRE, endossado por dez agências internacionais, exemplo de esforços colaborativos para acabar com a violência contra as crianças. O pacote de estratégias pode ajudar os governos a identificar pontos de entrada para a prevenção da violência e investir nos benefícios de longo prazo para o fim da violência. As sete estratégias são:

1. **Implementação e vigilância do cumprimento das leis**
2. **Normas e valores**
3. **Segurança do ambiente**
4. **Pais, mães e cuidadores recebem apoio**
5. **Incremento de renda e fortalecimento econômico**
6. **Resposta de serviços de atenção e apoio**
7. **Educação e habilidades para a vida.**

A estratégia quatro que é oferecer apoio aos pais/cuidadores tem como objetivo criar ações para a redução do castigo físico ou humilhante, e ajuda-

los a compreender a importância da disciplina positiva e não violenta, que pode acontecer de várias formas, como por exemplo em grupo ou individual (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

Os programas direcionados à prevenção da violência infantil são focados no ensino de estratégias, para um melhor engajamento e aprendizagem familiar, em como conduzir um desenvolvimento saudável da criança (MEJIA *et al.*, 2017).

Décadas de pesquisa referentes aos programas parentais em países de alta renda têm demonstrado que é possível prevenir e reverter as práticas parentais severas e coercitivas; no entanto, países considerados de média (que é o caso do Brasil) e baixa renda possuem fatores de risco mais exacerbados em relação aos de alta renda, como por exemplo, baixo *status* socioeconômico (como pobreza extrema), educação de baixa qualidade, falta de acesso aos cuidados médicos e violência na comunidade; esses países possuem estudos escassos relacionados à eficácia dos programas (MEJIA *et al.*, 2017).

Algumas dificuldades encontradas na implantação dos programas universais dizem respeito a falta de interesse do governo em priorizar as crianças, além do alto custo dispendido, visto que a maioria das intervenções parentais baseadas em evidências foi licenciada e comercializada com o objetivo de garantir qualidade (MEJIA *et al.*, 2017).

Embora o Brasil invista uma porcentagem de recursos financeiros na prevenção de maus-tratos infantis ainda assim, é consideravelmente menor do que nos países de alta renda o que pode implicar na implementação de intervenções sem evidências de eficácia. São exemplos de Programas universais: *The Incredible Years* (Anos incríveis), Programa de Parentalidade Triplo P - Positivo, *Nurse-Family Partnership* (Parceria Enfermeira-Família) e ACT- *Adults and Children Together - Raising Safe kids* (Adultos e crianças em conjunto - Criando filhos seguros) (MEJIA *et al.*, 2017) e o *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook* (SCHOLER, 2020).

O ACT- *Raising Safe Kids*, foi desenvolvido pela American Psychological Association – APA e tem sido implementado em diversos países incluindo o Brasil em uma parceria com o Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (LAPREV), da Universidade de São Carlos (UFSCar) e o Laboratório de Pesquisa em Prevenção de Problemas em Desenvolvimento e Comportamento da

Criança (LAPREDES) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Os pesquisadores de ambos os laboratórios receberam treinamento ministrado pela diretora do Setor de Prevenção da Violência da APA, além da tradução do material do ACT para o português (SILVA; WILLIAMS, 2016).

As sessões do Programa acontecem semanalmente e são realizadas em grupo, totalizando oito sessões, com uma média de duas horas de duração cada, abordando temas relacionados ao comportamento da criança, a exposição da criança à violência, entendendo e controlando a raiva (dos pais/cuidadores e da criança), resolvendo conflitos de maneira positiva, disciplina positiva e estilos parentais, influência da mídia no comportamento das crianças e a incorporação do Programa no lar e na comunidade (SILVA; WILLIAMS, 2016).

O Programa *The Incredible Years*, é uma série de três currículos separados, multifacetados e baseados no desenvolvimento para pais, professores e crianças. Esta série foi projetada para promover a competência emocional e social; e para prevenir, reduzir e tratar problemas comportamentais e emocionais em crianças pequenas. Tem como meta de longo prazo a prevenção de distúrbios de conduta, insucesso acadêmico, delinquência, violência e abuso de drogas. O Programa de Treinamento Básico de Pais é de 14 semanas para populações de prevenção e de 18 a 20 semanas para tratamento. O Programa de Treinamento Infantil dura de 18 a 22 semanas, e exige, como pré-requisito, que o facilitador tenha qualificação mínima de mestre (GARDNER; LEIJTEN, 2017; CEBC, 2014).

O Triple-P é um Programa de parentalidade positiva de intervenção familiar multinível desenvolvido para pais de crianças e de adolescentes que têm ou estão em risco de problemas de comportamento, como por exemplo, comportamento persistente, rebelde, desafiador, agressivo e, em geral, angustiante. O Programa visa promover uma relação positiva entre a criança e os pais, por meio do desenvolvimento de competências parentais que apoiem o desenvolvimento e as capacidades das crianças, e ajudem na aquisição de competências para a gestão de comportamentos problemáticos (ARKAN *et al.*, 2020).

O treinamento dos facilitadores é realizado por meio de *workshops*, tem duração de três dias, e exige um nível de mestrado em psicologia ou clínico. O programa pode ser feito no formato *online* pelo valor de US\$79,95 dólares, possui duas versões: o Triple – P de 0 a 12 anos e o Teen Triple – P. Na forma física possui cinco níveis de entrega, além de programas especializados para pais com crianças

deficientes, sessões individuais para pais que estão em processo de divórcio, dez sessões de grupo e quatro chamadas por telefone de suporte para pais com crianças acima do peso e programa para famílias indígenas (TRIPLE P INTERNATIONAL, 2020).

*Nurse-Family Partnership* (NFP) é um Programa de intervenção projetado para melhorar a saúde infantil e materna por meio de visitas domiciliares às meninas adolescentes grávidas e às mulheres jovens, mães pela primeira vez e de baixa renda; estende-se do pré-natal até os dois anos de idade. As enfermeiras são treinadas e recebem educação especializada do NFP para aumentar seu conhecimento sobre o modelo do Programa, suas teorias de prática subjacentes, para desenvolverem habilidades no estabelecimento de relações terapêuticas com as pacientes com a intenção de influenciar a adoção de comportamentos saudáveis (CAMPBELL *et al.*, 2020).

O custo do programa Parceria Enfermeira-Família varia dependendo da localidade. Por exemplo, o custo do programa na Carolina do Sul é estimado em US\$ 6.000 por família e US\$ 9.600 por família na cidade de Nova York. Os salários das enfermeiras são o principal impulsionador da variabilidade nos custos, com os custos mais altos normalmente encontrados em centros urbanos; no entanto, o retorno financeiro é estimado em US\$ 5,70 para cada dólar investido e um benefício líquido para a sociedade de US\$ 34.148 por família de alto risco atendida (NURSE- FAMILY PARTNERSHIP, 2020).

O *Play Nicely Program: the healthy discipline handbook*, se configura em uma intervenção breve, direcionado a pais/cuidadores, professores e profissionais de saúde, que podem ter acesso imediato ao programa, sem a necessidade de um treinamento específico. Por ter baixo custo de aquisição, o que pode colaborar para melhor implantação, tanto em ambientes escolares, como em locais de saúde de atendimento primário. Além disso, os pais/cuidadores podem ter o programa em suas casas para utilizar quando estiverem diante de um comportamento desafiador (VANDERBILT UNIVERSITY MEDICAL CENTER, 2020).

Os Programas parentais citados são com base em evidências que melhoram as práticas parentais positivas e diminuem os problemas de conduta infantil, porém, são programas caros e demorados tanto para os instrutores quanto para os pais. Além disso, algumas das maiores dificuldades são a de recrutamento e a de retenção. Isso pode ser um desafio ao incorporar tais práticas no contexto da

atenção primária e em ambientes, nos quais o profissional está atuando, como escolas e centros comunitários (BURKHART *et al.*, 2018).

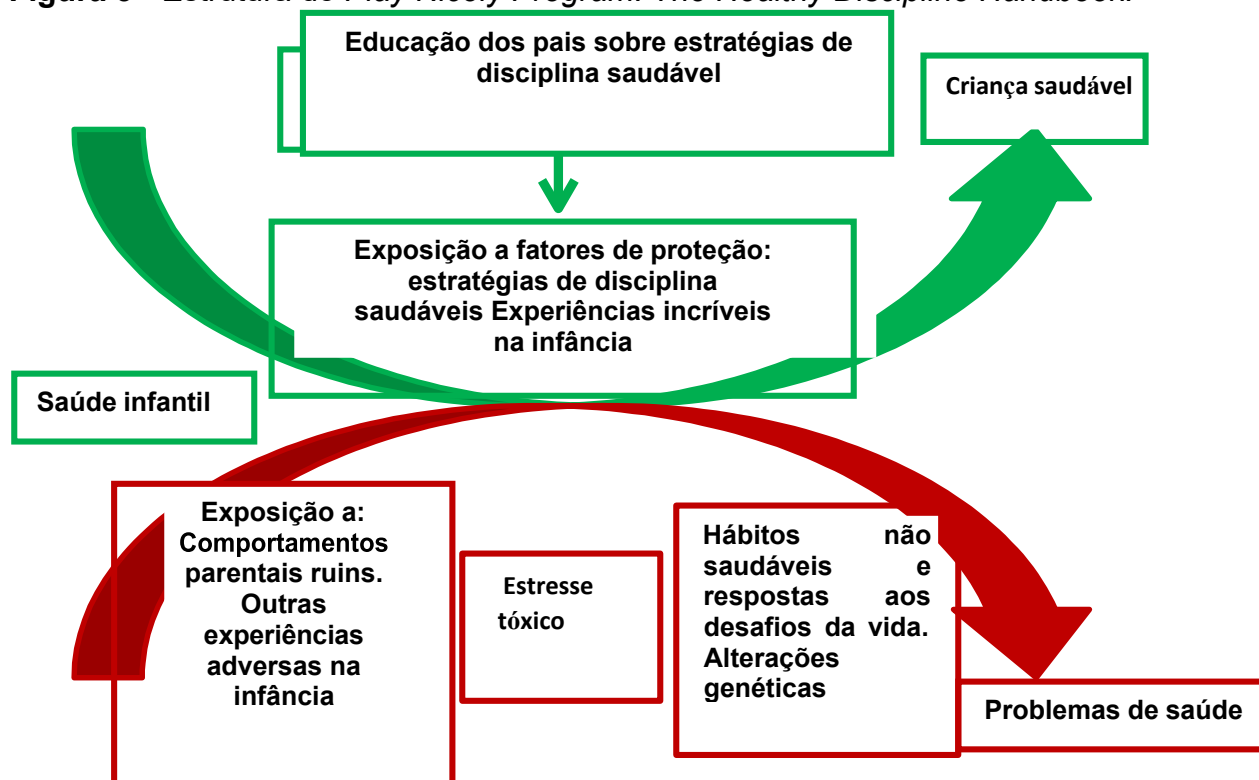
#### 4.1.5 *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook*

O *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook* é um programa universal, de intervenção breve projetada para prevenir a violência e mitigar o estresse tóxico. Foi desenvolvido na Universidade de Vanderbilt, uma Universidade privada localizada em Nashville, Tennessee, nos Estados Unidos. O conteúdo do programa foi adaptado de materiais e recomendações publicados pela *American Academy of Pediatrics* (Academia Americana de Pediatria), pela *National Association for the Education of Young Children* (Associação Nacional para Educação de Crianças Pequenas), e pela *American Psychological Association* (Associação Americana de Psicologia - APA) (HUDNUT-BEUMLER; SMITH; SCHOLER, 2018).

O programa consiste em uma multimídia interativa de 50 minutos e no *Play Nicely: The Healthy Discipline Handbook*. A versão multimídia está disponível no idioma original (inglês), espanhol e árabe, é *online* e gratuito. Já a versão “*Handbook*” é impressa e disponível nos mesmos idiomas da versão multimídia, porém há um custo para a aquisição de U\$ 13,99 a unidade. Pode ser adquirido no formato de CD-ROM nas versões inglês e espanhol pelo custo de \$ 19,95; no entanto, para fins de pesquisa, o material é gratuito (VANDERBILT UNIVERSITY MEDICAL CENTER, 2020).

A estrutura do programa foca na abordagem das *Adverse childhood experiences* (ACES) – Experiências adversas na infância (EAI), na qual o abuso infantil está incluso (Figura 3) (HUNT; SLACK; BERGER, 2017).

**Figura 3** - Estrutura do *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook*.



**Fonte:** Fornecido pelo autor do programa: Seth Scholer. Adaptado para o português. Tradução direta.

O material traduzido para a versão português (Brasil), é o *PlayNicely: The Healthy Discipline Handbook*. O material é o resultado do conhecimento de testes do programa *Play Nicely* nos últimos 15 anos e é embasado no programa multimídia.

O guia de disciplina saudável oferece 20 estratégias de disciplina a serem consideradas, que podem ser usadas com crianças de um a 10 anos. Possui 39 páginas escritas em linguagem acessível ao público. O programa desenvolve habilidades de forma eficiente e eficaz para pais/cuidadores, professores e profissionais de saúde (VANDERBILT UNIVERSITY MEDICAL CENTER, 2020). Para a implementação do programa não há necessidade de treinamento; (VANDERBILT UNIVERSITY MEDICAL CENTER, 2020). Segue alguns estudos realizados com o *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook*.

Um ensaio clínico randomizado e controlado foi realizado em uma clínica pediátrica de atenção primária, com um grupo de pais que falavam inglês ou espanhol cujo objetivo era determinar se uma intervenção breve (*Play Nicely Program*) poderia ajuda-los a desenvolver métodos adequados de disciplina. Evidenciou-se que há uma probabilidade aumentada no grupo que recebeu a

intervenção de sentirem-se ajudados no desenvolvimento de métodos de disciplina (SCHOLER; HUDNUT-BEUMLER; DIETRICH, 2012).

Além da realização de estudos em diferentes grupos culturais (HUDNUT-BEUMLER; SMITH; SCHOLER, 2018; SMITH; HUDNUT-BEUMLER; SCHOLER, 2017; COWLEY-MALCOLM, 2013), outra pesquisa feita com uma população economicamente desfavorecida em uma clínica pediátrica, identificou que a intervenção breve foi eficaz nessa classe populacional, e se mostrou de fácil implementação na prática do profissional (BURKHART *et al.*, 2018).

O Programa foi assistido por vinte e dois residentes de medicina pediátrica e trinta e um estudantes de medicina que, no pós-treinamento, relataram estar significativamente mais confortáveis com o aconselhamento dos pais, fornecendo-lhes um melhor conhecimento sobre o assunto e diminuindo as atitudes positivas em relação às palmadas (BURKHART; KNOX; HUNTER, 2016).

Os pais também relataram maior facilidade na discussão de disciplinas com os filhos após assistirem ao programa (SCHOLER *et al.*, 2015; SCHOLER; HUDNUT-BEUMLER; DIETRICH, 2011) e ressaltaram a importância de incluir essas intervenções durante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudável da criança pois além de serem educacionais, apresentam-se como componentes valiosos no reforço da parentalidade, e no aprendizado pessoal (SCHOLER; HUDNUT-BEUMLER; DIETRICH, 2012).

O Programa demonstrou a nocividade da exposição à violência em relação a mídia, e revelou que, por meio de intervenções breves na atenção primária, pode-se alterar os hábitos infantis de assistir à mídia e a exposição delas à violência (NEELY *et al.*, 2013). O programa aliado à consulta ou atendimento do profissional de saúde pode ainda auxiliar as atitudes dos pais em relação ao uso de menos punição física e traz implicações sobre como melhorar os serviços de atenção primária e a prevenção da violência (CHAVIS *et al.*, 2013; SCHOLER *et al.*, 2010).

O *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook*, está estruturado em três capítulos: o capítulo 1. Introdução, 2. Os cinco passos e 3. Quando procurar ajuda profissional. O capítulo dois descreve cinco recomendações (passos) a serem utilizadas como estratégias na educação disciplinar saudável: 1. Ensine seu filho a não ser uma vítima; 2. Aprenda formas de agir frente aos comportamentos desafiadores (20 opções) – agressão, não ouvir, comportamento

desrespeitoso, mentir e maus hábitos; 3. Diminua a exposição à violência e à mídia excessiva; 4. Demonstre amor; 5. Seja firme.

Com o Programa em mãos, o profissional de saúde pode abordar pais/cuidadores que tenham filhos na faixa etária de um a 10 anos, e, de forma acolhedora, propor que escolham uma das 20 opções listadas, diante da seguinte questão: suponha que você veja uma criança batendo em outra, o que você faria? Em seguida, ir até a página indicada para descobrir se a opção escolhida é uma boa opção, uma boa opção depois que outras foram tentadas, ou uma opção não recomendada. Nesse momento profissional e paciente discutem sobre o assunto de forma a ajudar na compreensão da opção escolhida.

Os professores podem utilizar o Programa em sala de aula, quando uma criança bater em outra, ou ainda diante de um comportamento desafiador. Por se tratar de um conteúdo direcionado a crianças pequenas que comumente estão mais propensas a chutar, morder, puxar cabelo etc, pode ser aplicado diariamente, utilizando boas opções, assim como, outras recomendações que o guia propõe e também, podem aplicar o programa com os pais/cuidadores das crianças, quando julgar necessário.

Os pais/cuidadores, podem levar o Programa para seus lares, e por meio de sucessivas aproximações colocar em prática as variadas abordagens que o guia traz; além disso pode-se discutir as opções com parentes ou familiares.

Os professores e profissionais de saúde podem utilizar o material de maneira pessoal, e não somente em seus ambientes de trabalho, favorecendo um maior contato com o conteúdo do guia.

As 20 opções abordam assuntos como:

1. Redirecionar para um comportamento positivo (Redirecionar)
2. Bater em seu filho (Bater)
3. Estabelecer uma regra clara ao dizer firmemente “Não bata”

(Estabelecer regra)

4. Mais tarde, elogiar seu filho por brincar legal (Elogiar)
5. Perguntar a seu filho como a outra criança se sente

(Sentimentos dos outros)

6. Colocar seu filho na pausa do cantinho (Pausa)
7. Gritar ou “falar bravo” com seu filho (Gritar)
8. Dizer “Não” ao seu filho (Dizer não)

9. Tirar um privilégio (tirar privilégio)
10. Dar um aviso (Dar aviso)
11. Ignorar o comportamento (Ignorar)
12. Considerar atividades físicas, esportes ou artes marciais  
(Atividade)
13. Perguntar ao seu filho sobre seus sentimentos (sentimentos do filho)
14. Diga ao seu filho que ele é um “menino mau” (“menino mau”)
15. Sair do local (Sair local)
16. Discutir porque o comportamento agressivo é errado (Discutir por quê)
17. Definir expectativas futuras para o comportamento  
(Expectativas)
18. Encenar em outro momento (Encenar)
19. Mudar sua rotina diária (Mudar rotina)
20. Redirecionar o comportamento com uma pergunta (Redirecionar com uma?)

Com as opções em mãos, professores, profissionais de saúde e pais/cuidadores, podem revisar todas as estratégias e aprender se a opção escolhida é: uma boa opção, uma boa opção depois que outras foram tentadas e uma opção não recomendada.

São consideradas ✓ **Ótimas opções:** estabelecer uma regra; redirecionar; estabelecer expectativas futuras; encorajar seu filho a pensar nos outros e, mais tarde, elogiar seu filho. Se for uma criança mais velha, conversar porque o comportamento agressivo é errado.

São consideradas ✓ **Boas opções depois que outras foram tentadas:** mudar sua rotina diária; dar um aviso único. Se for uma criança mais velha, colocar um determinado tempo do cantinho ou tirar um privilégio; considerar atividades físicas, esportes ou artes marciais; sair do local; encenar em outro momento e dizer “não” ao seu filho.

São consideradas opções ✗ **Não recomendadas (ou seja, existem opções melhores):** ignorar; gritar ou “falar bravo”; bater ou agredir fisicamente; diga ao seu filho que ele é um menino “mau”.

O *Play Nicely Program* é de intervenção breve, não necessita de treinamento especializado, possui um baixo custo e menor tempo de implementação para a obtenção de impacto na prevenção e mitigação da violência quando comparado a outros programas.

#### 4.2 REFERENCIAL TEÓRICO- TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DE URIE BRONFENBRENNER

Bronfenbrenner, amplamente considerado como um dos principais estudiosos do mundo em psicologia do desenvolvimento, educação infantil e ecologia humana - o domínio interdisciplinar que ele ajudou a popularizar. Nasceu em Moscou, Rússia, em 1917, e foi para os Estados Unidos aos seis anos de idade. Depois de se formar no ensino médio em Haverstraw, Nova York, ele recebeu um diploma de bacharel em Cornell, em 1938, completando uma dupla especialização em psicologia e música. Passou a fazer pós-graduação em psicologia do desenvolvimento, concluiu o mestrado em Harvard (1940), seguido pelo doutorado na Universidade de Michigan (1942). Morreu em sua casa em Ithaca, Nova York, em 25 de setembro de 2005, aos 88 anos (CECI, 2006).

A teoria da Ecologia do Desenvolvimento de Urie Bronfenbrenner, traz o ambiente como fator fundamental no entendimento do desenvolvimento humano (BENETTI *et al.*, 2013) e rompe paradigmas na época, pois até o momento eram raros os estudos que avançavam a interação entre a díade mãe-bebê (DE CARVALHO BARRETO, 2016).

Até aquele momento, os psicólogos infantis estudavam a criança, os sociólogos a família, os antropólogos a sociedade, os economistas a estrutura econômica e os cientistas políticos a estrutura. Como resultado da extensão de seu trabalho no desenvolvimento do conceito de ecologia do desenvolvimento humano, estes ambientes – da família às estruturas econômicas e políticas – eram vistos como parte do curso da vida, abrangendo tanto na infância como na idade adulta. Sua teoria ajudou a desvendar o que é necessário para entender o que torna os seres humanos, humanos (CECI, 2006).

Embora haja necessidade de avanços e maior exploração em sua teoria, os estudos de Urie têm servido de base e de utilização para a compreensão

de diversos fenômenos, entre eles, o da violência e o da parentalidade (DE CARVALHO BARRETO, 2016).

Ao longo dos seus estudos, Urie aprimorou sua teoria e acrescentou o morfema bio ao termo ecológico, reconhecendo a importância do potencial dos recursos biológicos na compreensão do desenvolvimento humano, a exemplo os aspectos biológicos, cognitivos, emocionais e comportamentais. Ele denominou estes processos proximais e os descreveu em sua Teoria Bioecológica como os motores que impulsionam o desenvolvimento. Para ele, o fator hereditário era relativo ao nível dos processos proximais; em ambientes com baixos níveis de tais processos interativos, a hereditariedade seria baixa porque o potencial biológico não seria realizado, assim como alguém que tem o potencial de adquirir russo, mas não frequenta uma escola secundária onde é ensinado (CECI, 2006).

Com o avanço da teoria, agora considerando as disposições individuais, o desenvolvimento humano ganha um modelo mais amplo: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo (PPCT), de forma que essas quatro dimensões interagem entre si (BENETTI *et al.*, 2013).

Na dimensão processo, destacam-se as relações proximais recíprocas, as relações face-a-face. Tais relações, ocupam posição central na teoria como condutoras do desenvolvimento infantil, e para que sejam consideradas eficazes necessitam ser regulares, além de período prolongado de tempo. As relações proximais vão evoluindo em complexidade gradativamente considerando ainda objetos e símbolos presentes em seu ambiente atual (BENETTI *et al.*, 2013).

Na dimensão pessoa, são levadas em consideração as características individuais (biológicas e genéticas), no entanto, atrelado a essas características, o autor traz a proposta de três pontos inerentes a todo indivíduo neste processo relacional de cunho social, são eles: força, recursos e demanda (BENETTI *et al.*, 2013).

A força ou disposições comportamentais ativas, são características com maior probabilidade de influenciar o desenvolvimento futuro, que podem colocar em movimento os processos proximais e sustentar sua operação, ou, inversamente, retardar ou mesmo impedir sua ocorrência, chamadas de características geradoras do desenvolvimento (orientações ativas como curiosidade, tendência a iniciar e envolver-se em atividades sozinho ou com outros, receptividade a iniciativas de outros e prontidão para adiar a gratificação imediata, para perseguir objetivos de

longo prazo) ou perturbadoras do desenvolvimento (impulsividade, explosividade, distração, incapacidade de adiar a gratificação ou, de uma forma mais extrema, pronto recurso à agressão e violência) (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

Os recursos são características da pessoa que, em si, não envolvem disposição seletiva para a ação, mas que refletem disfunção *versus* competência a depender dos constituintes passivos (defeitos genéticos, baixo peso ao nascer, deficiências físicas, doenças graves e persistentes ou danos à função cerebral por acidentes ou processos degenerativos) e ativos biopsicológicos (conhecimento, habilidade e experiência) que influenciam a capacidade do organismo de engajar-se, efetivamente, em processos proximais (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

Em relação a demanda, é a capacidade da pessoa de convidar ou desencorajar reações do ambiente social que podem interromper ou promover processos de crescimento psicológico: por exemplo, um bebê agitado *versus* um bebê feliz, aparência física atraente *versus* não atraente, ou hiperatividade *versus* passividade. Características como cor, idade, gênero e aparência física (atrativas ou não), são consideradas, e podem ter um efeito negativo ou positivo nos relacionamentos proximais, pois implica em interferências de um contexto maior (macrossistema), bem como comportamentos ativos ou comportamentos passivos (COSCIONI *et al.*, 2018).

O contexto refere-se aos sistemas ambientais e está dividido em microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema. O microssistema é considerado o local físico da inserção e da interação do indivíduo face a face, com base regular e por longos períodos de tempo, relacionamentos mais próximos. Um exemplo é a díade mãe-bebê. Cabe ressaltar a contribuição distinta para o desenvolvimento de processos proximais dos objetos e símbolos, além das pessoas; para o desenvolver desse processo e há de considerar-se, ainda, as características individuais de todos os envolvidos. É nesse lugar que a competência e o caráter humanos são moldados (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

O mesossistema é composto da relação de vários microssistemas, compreendendo o espaço que o indivíduo se insere e interage (COSCIONI *et al.*, 2018). Assim, a relação do indivíduo com os pais, os parentes, os amigos íntimos, os professores, os mentores, os colegas de trabalho, os cônjuges ou os outros que participam da vida da pessoa em desenvolvimento no futuro compõe esse cenário (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

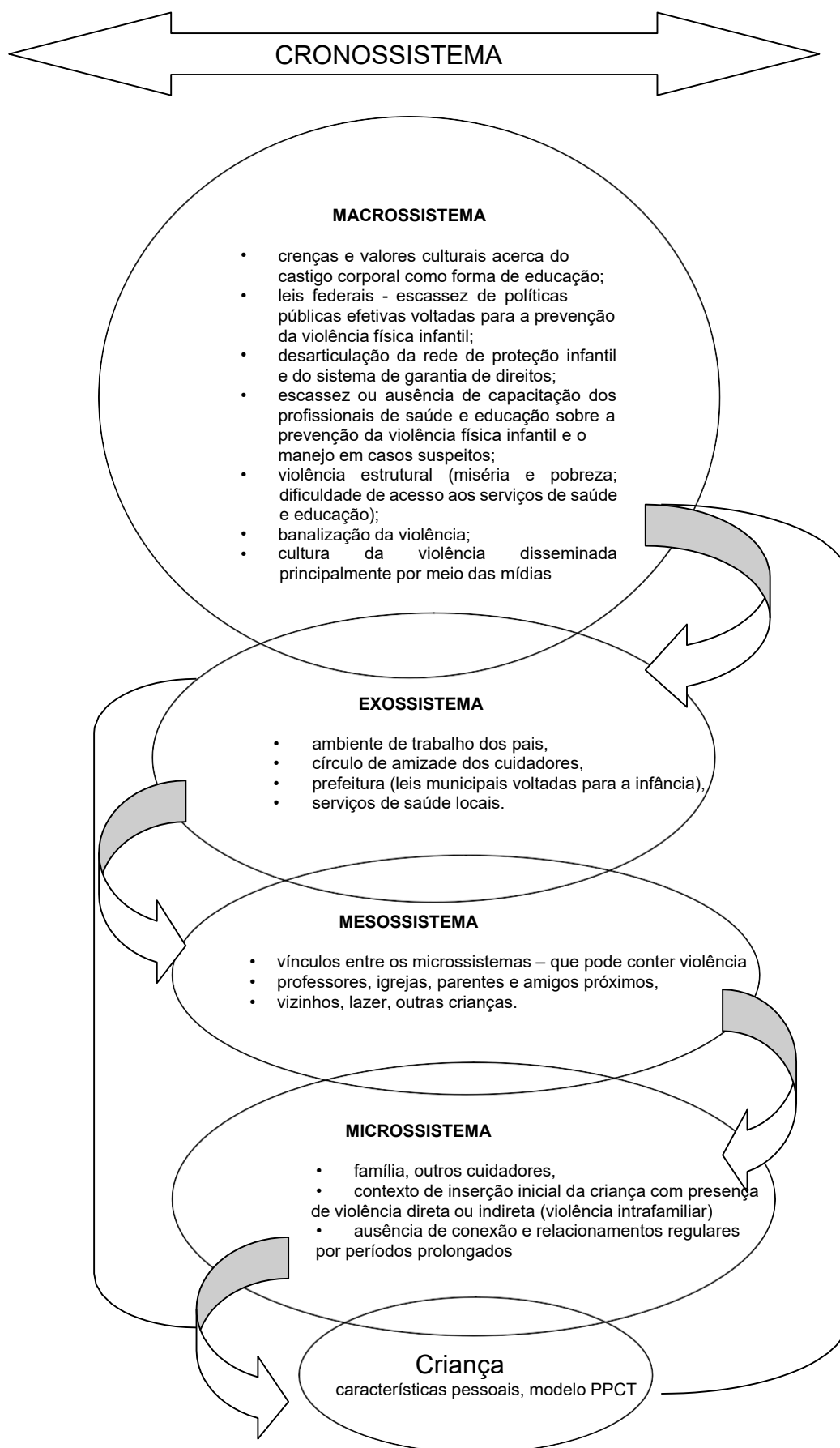
O exossistema é a união entre um ou mais contextos com o diferencial de que o indivíduo não se encontra inserido nele. No entanto, estes ambientes podem influenciar indiretamente o seu desenvolvimento, por exemplo, o ambiente de trabalho dos pais, que ora ou outra podem ter um dia estressante de trabalho, de forma a estarem menos disponíveis ao fim do dia (BENETTI, 2013).

O macrossistema é o sistema mais distante dos sistemas anteriores e tem o poder de influenciar o crescimento pessoal dentro e entre os outros sistemas próximos ao indivíduo, corresponde as esferas culturais, políticas, econômicas, normas e valores, leis, história, sistemas governamentais (ADU; OUDSHOORN, 2020).

Aliado a todos os sistemas, Bronfenbrenner acrescenta a dimensão do tempo como fator coadjuvante neste processo, chamando-o de cronossistema. Com o passar do tempo vão ocorrendo interferências e mudanças no curso da vida dos indivíduos, as chamadas transições, e, muitas vezes, servem como um impulso direto para a mudança de desenvolvimento. São as mudanças ao longo do tempo não apenas na pessoa, mas também no ambiente que permitem analisar a relação dinâmica entre esses dois processos. São exemplos de transições: a normativa (entrada na escola, puberdade, entrada na força de trabalho, casamento, aposentadoria) e não normativa (uma morte ou doença grave na família, divórcio, mudança) (BRONFENBRENNER, 1986).

A Figura 4 ilustra contextos que podem contribuir para a violência física infantil.

**Figura 4 - Adaptação do modelo bioecológico de Bronfenbrenner.**



Considerando que a violência infantil é um fenômeno amplo, complexo e dinâmico, a teoria bioecológica do desenvolvimento humano faz-se importante ferramenta, por possibilitar o conhecimento de aspectos relacionados ao contexto de vida e dos processos interativos em determinados períodos de tempo, contabilizando gerações, na qual o ambiente exerce influência direta no desfecho deste desenvolvimento.

## 5. MÉTODOS

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo multimétodo estruturado em duas etapas sendo a primeira metodológico e, a segunda, um estudo qualitativo, descritivo e exploratório.

O estudo metodológico, tem como finalidade elaborar métodos para coleta e organização dos dados e validação (POLIT; BECK, 2011), que no presente estudo, propõe-se a adaptar para a cultura brasileira, um programa para a mitigação e a prevenção da violência infantil: *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook*.

O estudo qualitativo, descritivo e exploratório, propõe-se a compreender a percepção dos professores e profissionais de saúde quanto a aplicabilidade do Programa da versão adaptada à cultura brasileira, resultado da primeira etapa.

A pesquisa qualitativa é aquela que busca entender um fenômeno em profundidade, trabalha com descrições, comparações, interpretações e atribuição de significados, o que possibilita investigar valores, crenças, hábitos, atitudes e opiniões de indivíduos ou grupos (BOTELHO, 2013), ou seja, tem a intenção de compreender detalhadamente os significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados (RICHARDSON, 1999).

O estudo exploratório tem o objetivo de realizar uma pesquisa mais completa sobre um contexto particular e o estudo descritivo consiste em descrever situações, acontecimentos e feitos, especifica propriedades e características importantes de qualquer fenômeno que se analise. (SAMPIERI, 2006).

A coleta de dados deu-se por meio da técnica de grupo focal. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina (UEL) em 14 de abril de 2020, conforme Parecer n°. 3.970.750 e C.A.A.E. 30307520.1.0000.5231 (ANEXO A).

### 5.2 PERMISSÃO DO AUTOR PARA A REALIZAÇÃO DA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *PLAY NICELY PROGRAM: THE HEALTHY DISCIPLINE HANDBOOK*

Para que houvesse o desenvolvimento do estudo foi solicitado a permissão da tradução, adaptação e aplicabilidade do programa ao seu autor, o professor atuante na área de pediatria, médico pediatra, Seth Scholer, da Universidade de Vanderbilt, situada em Nashville, Tennessee, nos Estados Unidos. Foram realizadas reuniões virtuais e troca de mensagens eletrônicas. A declaração de autorização foi concedida em fevereiro de 2020 (ANEXO B).

O interesse pelo programa surgiu por possuir características peculiares, como: ser uma intervenção breve, não necessitar de treinamento prolongado e específico, além de ter uma linguagem acessível ao público, o que difere de outros programas com o mesmo propósito, porém com características opostas, dificultando a adesão dos participantes e com um custo maior de implantação.

No mês seguinte a autorização pelo autor, o mundo começa a vivenciar uma pandemia causada pelo vírus SARS-CoV2, e medidas de proteção, como o isolamento social, precisaram ser acatadas por todas as famílias brasileiras, como um meio de frear a contaminação da doença, e evitar agravamentos e mortes.

O período de coleta de dados, permeou os dois primeiros e piores anos de enfrentamento da pandemia, dificultando e adiando esta etapa por várias vezes. A partir da vacinação da população contra o vírus, os dados epidemiológicos começaram a evidenciar uma queda no número de mortes e agravamentos, o que possibilitou a retomada gradual do convívio entre as pessoas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

Por essa razão, não foi possível a realização da coleta de dados na etapa qualitativa na população de pais/cuidadores, que utilizaria a visita domiciliar como contato primordial, que, neste momento, se fez inviável também de maneira remota.

Nas demais populações, como professores e profissionais de saúde, os dados foram coletados mediante todas as medidas de prevenção preconizadas, como o distanciamento social, uso de máscaras e álcool em gel, porém, houve uma diminuição na disponibilidade de participantes, em vários locais visitados.

### 5.3 EMBASAMENTO E PROCESSO METODOLÓGICO PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Historicamente, a adaptação transcultural detinha-se a uma simples

tradução do original e, raramente a uma comparação literal desta com uma retrotradução. Posteriormente, foram surgindo métodos acrescidos por outras etapas; no entanto, ainda não há um consenso quanto às estratégias de execução (REICHENHEIM; MORAES, 2007; LINO *et al.*, 2017).

A pesquisa intercultural tem crescido na área de enfermagem, o que leva aos resultados que podem ter grandes implicações para a prática clínica dos enfermeiros, que prestam cuidados às populações diversas; sendo assim, um cuidar de qualidade depende da avaliação precisa e compreensão mais profunda da origem cultural, linguística e étnica de um indivíduo (SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011).

O termo "adaptação transcultural" é usado para abranger um processo que olha tanto para a linguagem (tradução) quanto para as questões de adaptação cultural no processo de preparar um material para uso em outro ambiente (BEATON *et al.*, 2000).

Nesse sentido, um material independente do seu objetivo, para o uso em um novo país, cultura e/ou idioma exige o uso de um método único, para que seja alcançada a equivalência entre a fonte original e as versões alvo do material. Isso inclui não apenas ser bem traduzido linguisticamente, mas também ser submetido a uma adaptação cultural, para manter a validade do conteúdo do material em um nível conceitual, em diferentes contextos (BEATON *et al.*, 2000).

A adaptação de um material é mais rápida do que sua criação e presume-se que produza efeito equivalente, no entanto, Epstein, Santo e Guillemín (2015), não foram encontradas fortes evidências científicas para o que seria um "padrão ouro"; portanto, não há um consenso universal sobre qual guia deve ser utilizado, devendo o pesquisador escolher o que melhor se encaixa em seu estudo.

Embora as etapas de diversos guias na tradução e adaptação de materiais sejam bem definidas (tradução inicial, síntese/reconciliação das traduções, retro tradução, revisão do comitê de especialistas, pré-teste), elas não são aplicadas de maneira uniforme, bem como o número recomendado e as características dos tradutores e retro tradutores apresentam variações; contudo, evidências consideráveis sugerem que tradutores bem qualificados devem ser fluentes nos idiomas de origem e de destino (bilíngue), e familiarizados com as duas culturas (bicultural) (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015).

A enfermagem tem utilizado na maioria dos seus estudos como

referencial metodológico: Guillemin, Bombardier e Beaton (1993); Beaton *et al.* (2000), Beaton *et al.* (2007) e Machado *et al.* (2018), referenciais metodológicos mais empregados em pesquisas de validação, e que devem ser estimulados para garantir a confiabilidade e validade dos instrumentos, e foram aplicados também nesta pesquisa.

### 5.3.1 Cenário do Estudo

A pesquisa foi realizada em um município de pequeno porte, no norte do estado do Paraná, nos seguintes locais: Centro Municipal de Ensino Infantil (CMEI), que atende crianças de seis meses a quatro anos de idade; escola municipal com ensino fundamental I, que atende crianças na faixa etária de cinco a dez anos de idade; Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), que atende famílias inseridas no Programa federal “Criança Feliz”, na faixa etária de zero a seis anos de idade, e, Unidade Básica de Saúde (UBS) que atende famílias com filhos do nascimento até 12 anos incompletos.

O Município possui uma população estimada de 47.840 pessoas. No ano de 2020, o número de crianças matriculadas no ensino infantil foi de 1.822, sendo 839 em creches e 983 na pré-escola. No ensino fundamental I foram computadas 4.854 matrículas. O número de professores do ensino infantil foi de 206 e do ensino fundamental de 397. O município possui o total de 32 escolas de ensino infantil e 29 de ensino fundamental (BRASIL, IBGE., 2021).

Em relação aos estabelecimentos de saúde, são contabilizados 21 no total, sendo 12 Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, MS., 2021a) e 782 profissionais de saúde (BRASIL, MS., 2021b). O comitê de especialistas foi recrutado por meio das Universidades Estaduais do Paraná.

### 5.3.2 População do Estudo

A população do estudo para a etapa da adaptação transcultural, foi composta por cinco núcleos:

O primeiro, por quatro tradutores diferentes, dois responsáveis pelas versões T1 e T2 e síntese que deram origem a versão T1/2; e outros dois tradutores responsáveis pela retrotradução versões R1 e R2 e síntese, que deram origem a

versão R1/2.

O segundo, sete profissionais enfermeiros, doutores, docentes especialistas na área de saúde da criança, e experiência de, pelo menos, cinco anos na profissão que compuseram o Comitê de juízes.

Os critérios de inclusão foram: trabalhar há pelo menos cinco anos na área de saúde da criança, ser profissional de saúde, docente, com pós-graduação nível doutorado. Os critérios de exclusão: não ter especialização na área de saúde da criança e estar usufruindo de férias ou licenças.

O terceiro, professores da educação básica. Os critérios de inclusão foram: ser professor da educação básica de crianças na faixa etária de um a 10 anos e os critérios de exclusão: estar usufruindo de férias ou licenças. A educação básica de ensino no Brasil, segundo a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) nº 9.394/96, é composta por educação infantil, ensino fundamental e ensino médio (BRASIL, 2014). Participaram na etapa quantitativa 10 professores de duas escolas do Ensino Fundamental I, e na etapa qualitativa 10 professores do CMEI.

O quarto foi formado por pais/cuidadores de crianças de um a 10 anos, matriculadas regularmente na educação básica para essa faixa etária nos mesmos locais de coleta de dados dos professores. Na etapa quantitativa participaram 10 pais/cuidadores.

Os critérios de inclusão foram: ser pais/cuidadores de crianças na faixa etária de um a 10 anos e a criança estar matriculada regularmente no ensino básico; os critérios de exclusão: pais/cuidadores não alfabetizados, com dificuldade cognitiva e deficiência visual, e, pais/cuidadores com crianças na faixa etária abaixo de um ano de idade.

O quinto e último núcleo foi composto por profissionais de saúde do CRAS e UBS. Os critérios de inclusão foram: estarem atuando diretamente com famílias cuja configuração do núcleo familiar fosse composta por pelo menos um filho, com pais/cuidadores alfabetizados e sem deficiência visual ou cognitiva. Os critérios de exclusão: estar usufruindo de férias ou licenças, e, não atuar com famílias cuja as crianças estivessem fora da faixa etária de um a 10 anos. Totalizaram 25 profissionais para esta etapa, sendo 10 professores, seis profissionais de saúde do CRAS, visitadoras do Programa Criança Feliz e nove profissionais de saúde de uma UBS, enfermeiras, pediatra, psicóloga, ACS, técnica de enfermagem e estagiária do curso de Enfermagem.

Participaram do pré-teste os pais/cuidadores, professores da educação básica e profissionais de saúde da UBS, totalizando 30 participantes.

### 5.3.3 Primeira Etapa: Tradução

O primeiro estágio da adaptação é a tradução direta. É recomendado pelo menos duas traduções do material do idioma original (idioma de origem) para o do destino. A intenção é que possam ser comparadas as discrepâncias entre elas. Os tradutores bilingues cujo idioma materno é a língua alvo produzem as duas traduções independentes (BEATON *et al.*, 2000).

Os dois tradutores devem ter perfis ou experiências diferentes. Um dos tradutores (Tradutor 1) deve estar ciente dos conceitos que estão sendo examinados no material. Suas adaptações têm como objetivo fornecer equivalência de uma perspectiva mais clínica.

O outro tradutor (Tradutor 2), não deve estar ciente nem ser informado dos conceitos que estão sendo quantificados e, preferencialmente, não deve ter formação médica ou clínica. Isso é chamado de tradutor ingênuo, e ele ou ela é mais propenso a detectar significados diferentes do original do que o primeiro tradutor. Este tradutor será menos influenciado por um objetivo acadêmico e oferecerá uma tradução que reflete a linguagem usada por aquela população, muitas vezes destacando significados ambíguos no material original (BEATON *et al.*, 2000).

Na tradução do material é importante que se preserve, ao máximo, o mesmo significado de cada item do idioma de origem para a língua na qual se deseja aplicar o material (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Foi realizada a tradução direta do manual por dois tradutores independentes, sendo que apenas um deles foi informado do objetivo do estudo. O primeiro tradutor tem formação em Letras, e foi denominado tradutor ingênuo. Já o segundo tradutor tem formação em Enfermagem e foi informado do objetivo do estudo. Como resultado das traduções diretas, obteve-se as versões T1 e T2 (tradução 1 e tradução 2, respectivamente).

### 5.3.4 Segunda Etapa: Síntese das Traduções

Os dois tradutores e uma terceira pessoa se reuniram para sintetizar

os resultados das traduções. Com o material original em mãos, é realizado o consenso das traduções do primeiro tradutor (T1) e do segundo tradutor (T2), produzindo uma tradução comum, a versão T1/2, que será utilizada na etapa seguinte (BEATON *et al.*, 2000).

Na síntese das traduções são avaliadas por exemplo, as discrepâncias idiomáticas e semânticas objetivando uma única versão (BORSA; DAMASIO; BANDEIRA, 2012). Para a obtenção da versão T1/2, foi realizada a síntese das traduções T1 e T2 pelos tradutores juntamente com pesquisadora e sua orientadora.

### 5.3.5 Terceira Etapa: Retro Tradução (*Back Translation*)

Trabalhando a partir da versão T-12 do material e totalmente cego para a versão original, é necessário que se faça um processo de verificação de validade para garantir que as versões traduzidas estão refletindo o mesmo conteúdo da versão original. São necessárias minimamente mais duas traduções, realizadas por dois tradutores independentes que farão a tradução de volta para o idioma original. As retrotraduções (RT1 e RT2) são produzidas por duas pessoas com o idioma de origem (inglês) como língua materna e estes não devem estar cientes nem serem informados dos conceitos explorados (BEATON *et al.*, 2000), ou seja, essas pessoas não devem ser os mesmos tradutores que fizeram a tradução do texto original para o outro idioma, no caso do presente estudo, o português escrito e falado no Brasil.

A retrotradução, ajuda a melhorar a qualidade da versão final, a exemplo: mal-entendidos na primeira tradução podem ser ampliados na retrotradução e, assim, revelados; falhas em se adaptar ao contexto cultural alvo e ambiguidade na versão de origem também podem ser descobertas (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A partir da versão T1/2, foram realizadas duas retrotraduções independentes, por dois tradutores diferentes, que tinham experiência cultural no idioma de origem do instrumento e fluência no português. Esse processo resultou nas versões R1 e R2 (retrotradução 1 e retrotradução 2, respectivamente). Em seguida foi realizada a síntese dessas versões pelos tradutores em conjunto com a pesquisadora, denominada nesse estudo de R1/2.

A retrotradução é utilizada como uma ferramenta prática para a comunicação entre o pesquisador com o autor do instrumento original. A participação do autor do material é importante para a afirmação da essência da ideia de conceitos existentes entre o material original e o que foi traduzido (BORSA; DAMASIO; BANDEIRA, 2012).

A síntese das retrotraduções (versão R1/2), foi enviada para o autor do *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook*, que teve um parecer favorável à qualidade da tradução e não fez qualquer questionamento quanto ao conteúdo, referindo que as palavras em que ele encontrou alterações da versão original não mudavam o significado do que estava sendo proposto. Essa comunicação e troca de informações é extremamente relevante, visto que, como nativo, o autor traz seu olhar sobre o trabalho realizado, contribuindo de forma ímpar para o processo do estudo. Os tradutores deram início a essa etapa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme (Apêndice A).

#### 5.3.6 Quarta Etapa: Comitê de Especialistas ou Comitê de Juízes

Segundo Beaton *et al.* (2007), a composição desse comitê é crucial para a obtenção da equivalência intercultural, e deve ser composto por profissionais da área e profissionais de línguas. O papel do comitê de especialistas é consolidar todas as versões do material e desenvolver o que seria considerada a versão pré-final para teste de campo. As decisões deverão ser tomadas por este comitê para alcançar a equivalência entre a versão fonte e a versão alvo em quatro áreas: Equivalência semântica, idiomática, experiencial ou cultural e conceitual.

**Equivalência semântica:** o objetivo é avaliar se as palavras possuem o mesmo significado bem como dificuldades gramaticais na tradução. Por exemplo, a palavra “feliz” pode ter significado sutilmente diferente em determinadas culturas. Em relação as alterações gramaticais, elas são necessárias na construção de frases. Por exemplo, as línguas sem a forma de gerúndio podem ser mais difíceis de adaptar, atividades expressas em termos como dançar, cantar ou comer (forma gerúndio de dançar, cantar e comer) pode não ser facilmente traduzível (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

**Equivalência idiomática:** coloquialismos ou expressões idiomáticas

são difíceis de traduzir. Pode ser necessário que o comitê formule expressões equivalentes na versão alvo. É mais provável que isso seja necessário nas dimensões emocional e social. Por exemplo, "Você se sente desanimado?" ou "Você se sente em casa?" são expressões idiomáticas intraduzíveis para as quais equivalentes devem ser encontrados (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

**Equivalência experiencial ou cultural:** o cotidiano diário geralmente varia em diferentes países e culturas. Uma determinada tarefa pode simplesmente não ser experimentada na cultura de destino, mesmo que seja traduzível. Para que isso seja solucionado, é necessário que haja substituição desse item para que fique semelhante no item original. Por exemplo, a pergunta "você tem dificuldade para comer com um garfo?" pode precisar ser substituído por outro utensílio, como um pauzinho, se esse for o utensílio comum usado para comer na cultura-alvo (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

**Equivalência conceitual:** a equivalência conceitual refere-se à validade do conceito explorado e aos eventos vividos pelas pessoas na cultura alvo, uma vez que os itens podem ser equivalentes no significado semântico, mas não conceitualmente (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Frequentemente, as palavras têm significados conceituais diferentes entre as culturas. Por exemplo, o significado de "ver sua família tanto quanto você gostaria" seria diferente entre as culturas com base no conceito do que define "família" (ou seja, família nuclear *versus* família extensa) (BEATON *et al.*, 2007).

Para essa etapa de coleta de dados, é recomendado o número mínimo de cinco e o máximo de dez juízes e especialistas na área de conhecimento do material (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). O comitê de juízes foi composto por sete profissionais doutores na área de saúde da criança, com experiência de no mínimo cinco anos de atuação na área, e a seleção foi feita por meio do *currículo lattes*.

Após a seleção dos profissionais, foi-lhes enviado um convite via e-mail, e anexado a ele, um *link* de acesso para responder ao questionário criado via plataforma *google forms*, cujo modelo encontra-se no (APÊNDICE B). Antes de iniciar o preenchimento das questões, os profissionais preencheram o TCLE (APÊNDICE C).

O formulário foi composto de 40 sessões, e foi dividido por páginas nas seções do formulário, ou seja, cada seção era referente a uma página do manual. Para facilitar a leitura e avaliação, os parágrafos de cada página foram

distribuídos em partes.

Dessa forma, os avaliadores deveriam assinalar suas respostas em uma escala do tipo *likert* com pontuação de 1 a 4, sendo: 1 = não relevante ou não representativo; 2 = necessita de grande revisão para ser representativo; 3 = necessita de pequena revisão para ser representativo e 4 = relevante ou representativo, as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual de cada parte, sendo que, se em algum item a pontuação fosse menor que 4, era solicitado que fizessem um comentário pertinente à sua avaliação ou sugestão de modificação.

A partir das respostas dos especialistas foi realizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), um método quantitativo em que é avaliado a porcentagem de concordância entre os juízes, tanto de forma geral como por item. A avaliação é considerada positiva quando o resultado é superior a 0,80. (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Foram analisados 428 campos e modificadas frases e palavras conforme as sugestões dos juízes.

Foi realizado ainda o IVC após análise da população geral, conforme recomenda a literatura, que corresponde à próxima etapa. Anteriormente ao pré- teste para facilitar a leitura da população leiga, o guia foi submetido à uma revisão ortográfica.

### 5.3.7 Quinta Etapa: Teste da Versão Pré-Final

O estágio final do processo de adaptação é o pré-teste. Este teste de campo do novo material busca usar a versão pré-final em sujeitos ou pacientes do cenário-alvo. Idealmente, entre 30 e 40 pessoas devem ser testadas. Cada sujeito precisa compreender o material, em seguida realiza-se uma entrevista para investigar o que ele(a) pensava que significava cada item do material. Tanto o significado quanto as respostas devem ser explorados. Isso garante que a versão adaptada ainda retenha sua equivalência em uma situação aplicada (BEATON *et al.*, 2000). Esse processo também fornece alguma medida de qualidade na validade do conteúdo (BEATON *et al.*, 2007).

O pré-teste foi realizado com 30 pessoas, conforme recomenda a literatura utilizada nesse estudo, sendo, 10 pais/cuidadores de crianças de um a 10 anos, 10 profissionais de saúde e 10 professores do ensino fundamental I. Para a seleção dos professores e pais/cuidadores, foi contactada a direção de uma escola

de nível fundamental I. A diretora adicionou a pesquisadora no aplicativo de WhatsApp (que a escola utiliza como meio de comunicação com os pais/cuidadores e professores para envio de atividades remotas e recados importantes) para que fosse realizado o convite de participação na pesquisa.

Aqueles que aceitaram participar, foram abordados individualmente para o encontro presencial com a pesquisadora, e, após a explanação do objetivo da pesquisa e assinatura do TCLE (APÊNDICE D), foi solicitado o preenchimento de um questionário de caracterização dos participantes (APÊNDICE E), respondido e recolhido no início, antes da entrega do programa.

O material impresso foi disponibilizado por uma semana e após esse período, recolhido pela pesquisadora. No entanto, foi necessário a busca por mais professores em uma outra escola. Na segunda escola também de nível fundamental I, após contato com a diretora, foi agendado um horário de reunião com todos os disponíveis no horário vespertino, para a explanação da pesquisa. Após a reunião, os que aceitaram participar da pesquisa receberam o TCLE para assinatura, o questionário de caracterização, e, posteriormente, o programa, também com o prazo de uma semana para devolução.

Em relação aos profissionais de saúde, o contato foi realizado por meio da enfermeira responsável pela Unidade de Saúde que indicava os profissionais disponíveis no momento para o convite. Para conseguir o número adequado, foram visitadas três Unidades Básicas de Saúde. Após o aceite, seguiram-se os mesmos passos descritos anteriormente.

Para que pudesse ser realizado o cálculo do IVC, os participantes preenchiam uma escala *likert* de 0 a 4, sendo 0: não entendi nada; 1: entendi um pouco; 2: entendi mais ou menos; 3: entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas e 4: entendi perfeitamente e não tenho dúvidas. Os que pontuassem o número menor que 4, tinham disponíveis um espaço abaixo, para que fizessem comentários ou sugestões. Para facilitar o manuseio e o não esquecimento do que foi lido, as páginas com a escala foram acrescentadas por seção, ou seja, após cada seção ou assunto abordado, era solicitado o preenchimento da mesma (APÊNDICE F).

### 5.3.7.1 Aplicabilidade do programa “Brincar legal: o guia de disciplina saudável”

Para a realização da aplicabilidade do programa, foi utilizada a abordagem qualitativa, por meio da técnica de grupo focal. Por se tratar de um fenômeno abrangente e de mudança histórico-cultural, essa técnica permite que os participantes verbalizem seus conceitos, valores e experiências, além de propiciar a visualização da interação e da comunicação do grupo. Em relação ao número de participantes há variedade entre os autores, podendo ser de no mínimo três e no máximo 10 pessoas por grupo (DE SOUZA, 2020).

A população do estudo para esta etapa, foi composta por dois núcleos: o primeiro: professores da educação básica do CMEI, e o segundo integrado por profissionais de saúde, com formação em pedagogia e assistência social, que atuam no programa “Criança Feliz”, como visitadoras, no CRAS; e profissionais de saúde da UBS, como: enfermeiras, psicóloga, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), médica pediatra e uma estagiária em conclusão do curso de Enfermagem.

Os critérios de inclusão foram: para o professor; ser professor da educação básica, de crianças na faixa etária de um a 10 anos, e para os profissionais de saúde, estarem atuando diretamente com famílias cuja configuração do núcleo familiar fosse composta por pelo menos um filho, com pais/cuidadores alfabetizados e sem deficiência visual ou cognitiva. Os critérios de exclusão para os professores e profissionais de saúde foram estar usufruindo de férias ou licenças, e especificamente aos profissionais de saúde, não atuar com famílias cuja crianças estivessem fora da faixa etária de um a 10 anos.

O Programa “Criança feliz” é um programa do governo federal, de caráter intersetorial, instituído por meio do Decreto nº 8.869/2016 e alterado pelo Decreto nº 9.579/2018, que atende gestantes e crianças de zero a seis anos de idade, com o objetivo de acompanhar e fortalecer o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, por meio de visitas domiciliares, estimulando o vínculo familiar e comunitário. A implementação do Programa Criança Feliz está em estreita articulação com a Política de Assistência Social, vinculada ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2021).

A equipe é composta por supervisores e visitadores. O supervisor deve ser técnico de nível superior, preferencialmente, psicólogo, assistente social,

pedagogo, terapeuta ocupacional. O visitador é um educador social/orientador social e deve possuir escolarização de nível médio ou superior (Resolução CNAS nº9/2014).

O visitador recebe esse nome porque a visita domiciliar constitui-se caráter fundamental no Programa, e, para integrar a equipe, são capacitados em diversas áreas de conhecimento, como saúde, educação, serviço social, direitos humanos, cultura etc. É o profissional responsável por planejar e realizar a visita domiciliar às famílias, com apoio e acompanhamento do supervisor, e cada um, pode acompanhar até 30 famílias (BRASIL, 2019b).

O Programa prioriza crianças e famílias em situação de vulnerabilidade e risco social, sendo, um dos seus objetivos, colaborar no exercício da parentalidade, fortalecendo os vínculos e o papel das famílias para o desempenho da função de cuidado, proteção e educação de crianças (BRASIL, 2019b).

Para que os objetivos sejam alcançados a visita domiciliar é baseada no referencial teórico “Cuidados para o Desenvolvimento da Criança (CDC)”, elaborada e cedida ao Brasil pela UNICEF e OPAS; que valoriza as interações familiares com a criança, identifica e recomenda brincadeiras e atividades comunicativas que estimulam os vínculos e o desenvolvimento infantil (BRASIL, 2019b).

O CRAS foi escolhido como local para o estudo, por caracterizar um setor parte da rede de proteção infantil, que atende famílias em situação de vulnerabilidade, sendo este, fator de risco para a violência.

Para realização dos grupos focais, todos de forma presencial, foram necessários dois encontros em cada estabelecimento sendo: dois grupos focais no CMEI; dois grupos focais no CRAS e dois grupos focais na UBS; totalizando seis grupos focais, com 25 participantes.

Do primeiro para o segundo momento houve perda de alguns participantes, totalizando 20 pessoas. Os motivos foram a demissão de um profissional do CMEI, e quatro da UBS por desistência, sendo dois ACS, uma estagiária de enfermagem e uma médica pediatra.

O primeiro encontro teve o objetivo de conhecer a percepção dos participantes sobre o tema violência física infantil, explanar sobre objetivo e utilização do Programa Brincar Legal: o guia de disciplina saudável, e entregar o

material para utilização na prática diária. No segundo momento, após 35 dias da utilização diária do programa, com o objetivo de verificar a aplicabilidade na realidade atuante.

Participaram do primeiro momento: 10 professores do CEMEI, seis profissionais de saúde atuantes no programa “Criança feliz” do CRAS e nove profissionais de saúde de uma UBS.

No segundo momento: 9 professores do CMEI, seis profissionais de saúde do CRAS e cinco profissionais de saúde da UBS.

Para a realização do grupo focal com os professores foi contactada a diretora do CMEI. A pesquisadora apresentou os objetivos e metodologia da pesquisa e o convite foi enviado por meio do aplicativo WhatsApp. Após o aceite e assinatura do TCLE (APÊNDICE G), deu-se início às reuniões que aconteceram em sala de ambiente escolar, com disposição dos participantes em mesa retangular, em horário de trabalho pré-estabelecido, às 8:00 horas. A primeira reunião obteve a duração de 47 minutos e, a segunda, 30 minutos. Ambas foram gravadas em dois aparelhos de áudio e transcritas na íntegra, sequencialmente ao encerramento, pela pesquisadora, e submetida a análise. A coleta de dados aconteceu entre os meses de fevereiro e março de 2022.

A reunião com os profissionais de saúde do CRAS aconteceu após contato com a coordenadora do Programa “Criança feliz”. O convite foi feito pessoalmente pela pesquisadora. Após o aceite e assinatura do TCLE (APÊNDICE G), a primeira reunião foi agendada para o período da tarde às 14:00 horas, e a segunda, no período da manhã às 8:00 horas, respeitando a disponibilidade do horário de trabalho.

As reuniões foram gravadas em dois aparelhos de áudio e aconteceram em salas dentro do CRAS, fornecidas pela coordenadora, sendo a primeira com duração de 59 minutos, e, a segunda, com duração de 28 minutos, transcritas na íntegra, sequencialmente ao encerramento, pela pesquisadora, e submetida a análise. A coleta de dados também aconteceu entre os meses de fevereiro e março de 2022.

Os grupos focais dos profissionais de saúde locados na UBS, ocorreu por meio do contato com as enfermeiras coordenadoras da unidade. Após explicitar objetivos e métodos da pesquisa e assinatura do TCLE (APÊNDICE G), a coleta de dados aconteceu no período de março e abril de 2022, conforme

disponibilidade dos funcionários em horário de trabalho. Foi cedida a sala da coordenação de enfermagem que dispunha de ar condicionado e mesa retangular, onde foram posicionados os funcionários. As falas foram gravadas por meio de dois instrumentos de áudio e transcritas na íntegra e sequencialmente ao encerramento pela pesquisadora, e submetida a análise, obtendo duração de 1 hora e 07 minutos, e, 25 minutos na primeira e segunda reunião respectivamente. Em todos os seis encontros foram utilizados roteiros com perguntas semiestruturadas (APÊNDICE H e APÊNDICE I).

O Programa Brincar Legal - o guia de disciplina saudável foi entregue a todos os sujeitos individualmente, para que cada um pudesse organizar em sua rotina de trabalho a melhor forma de aplicá-lo.

#### 5.3.7.2 Análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise do discurso de linha francesa de Michael Pêcheux, sob o olhar de Eni Orlandi fundamentado na teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner.

A análise de discurso fundada por Michael Pêcheux na França, no final da década de 60, mais precisamente em 1969, surge como um espaço de questionamento de articulação entre três domínios disciplinares: a linguística, o materialismo histórico (marxismo) e a psicanálise (ORLANDI, 2020), rompendo o modelo hegemônico da época, como a exemplo, o estruturalismo, que nega o sujeito e a situação (BRASIL, 2011).

A análise de discurso não se refere unicamente à língua e à gramática, no sentido de considerar somente suas regras e o que está explícito; pelo contrário, o discurso tal como é definido, é a palavra em movimento, o percurso, observa o homem quando fala, e quando este fala, fala de um lugar, é um sujeito dotado de ideologias, com suas marcas históricas, de modo que, o real é afetado pelo simbólico, e, nesse sentido, o sujeito não tem o controle e a consciência do quão afetado ele é pelo real da língua e pelo real da história, fazendo-o funcionar pelo inconsciente (psicanálise) e pela ideologia. O discurso considera o que não está transparente, e nisso difere-se da análise de conteúdo que procura extrair sentido do texto, ou seja, atravessa o texto para encontrar sentido do outro lado (ORLANDI,

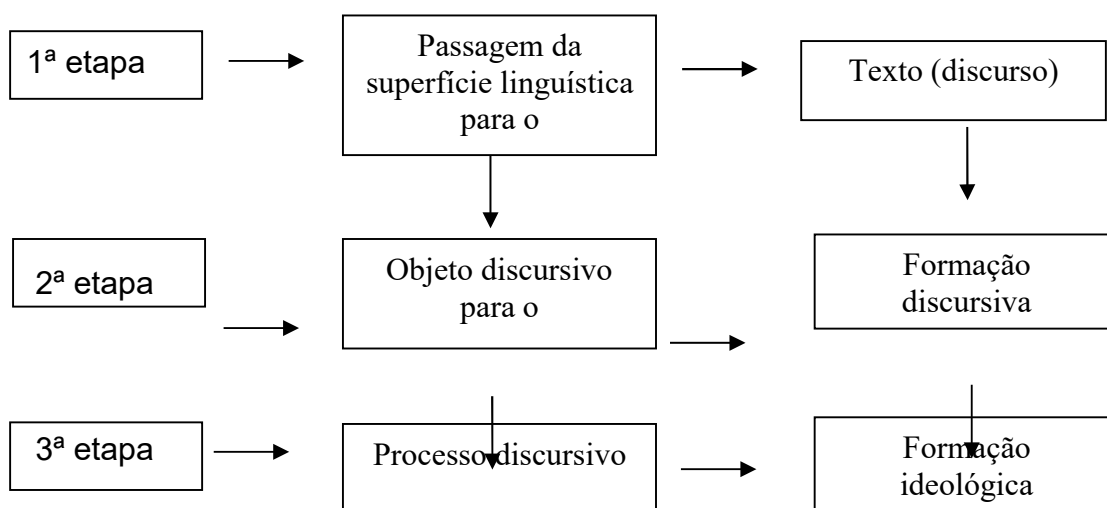
2020).

A busca pelo efeito de sentido produzido no discurso entre locutores (que se dá por paráfrases e polissemias) dos sujeitos interpelados pela ideologia é uma das características principais desse tipo de análise (BRASIL, 2011).

Durante a produção do discurso entre os sujeitos apresenta-se o interdiscurso que emerge de outras formações discursivas anteriores, discursos presentes anteriormente na memória discursiva, governados por formações ideológicas (ORLANDI, 2020).

O presente trabalho foi elaborado por meio do dispositivo analítico a saber: constituição do *corpus*, ou seja, o material bruto (superfície linguística) resultante da coleta de dados por meio do grupo focal; a partir do material bruto foi realizada a de-superficialização, que consiste na análise linguística do material, como por exemplo, quem diz, como diz e em que circunstâncias ele diz, bem como as marcações textuais, sinonímias, pistas que apontavam o fio do discurso. A segunda foi a passagem da superfície linguística para o objeto discursivo. O objeto discursivo não é dado, nele são analisados o que é propriamente dito no discurso e o que é dito em outros discursos, em outras condições e afetados por outras memórias discursivas. A terceira etapa é a passagem do objeto discursivo para o processo discursivo, o movimento de compreensão e de formação ideológica (Fluxograma 1).

**Fluxograma 1.** Fluxograma do dispositivo analítico segundo Orlandi (2005).



Fonte: Adaptado de Eni P. Orlandi (2005, p.77).

## 6. RESULTADOS

### 6.1 ESTUDO 1

#### ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO *PLAY NICELY PROGRAM: THE HEALTHY DISCIPLINE HANDBOOK* PARA USO NO BRASIL

#### CROSS-CULTURAL ADAPTATION AND VALIDATION OF THE *PLAY NICELY PROGRAM: THE HEALTHY DISCIPLINE HANDBOOK* FOR USE IN BRAZIL

##### RESUMO

**OBJETIVO:** Desenvolver o processo de adaptação transcultural e validação do “*Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook*” para uso no Brasil. **MÉTODOS:** Estudo metodológico, seguindo as etapas de tradução, retrotradução, avaliação do comitê de juízes e pré-teste; foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo, tanto para a população de juízes como para a população do pré-teste. População do estudo: quatro tradutores, sete juízes especialistas na área de saúde da criança e trinta participantes no pré-teste com pais/cuidadores, professores e profissionais de saúde. **RESULTADOS:** Na análise dos especialistas (98,4%) obteve-se valor de 100% de avaliações adequadas e na análise da população alvo (89,5%) totalizou-se 100% de avaliações adequadas. Em ambas as análises foram realizadas adaptações sugeridas. **CONCLUSÕES:** A adaptação transcultural e validação de conteúdo para o português do Brasil do *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook* foi considerada adequada para a aplicação na população alvo.

**DESCRITORES:** Estudo de validação; Violência Infantil; Profissionais de saúde; Professores escolares; Enfermagem pediátrica.

##### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** to describe the process of cross-cultural adaptation and validity process of the *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook* for use in Brazil. **METHODS:** a methodological study that followed the translation, back-translation, expert committee assessment, and pre-test steps. The Content Validity Index was calculated for both the judge population and the pre-test population. Four translators,

seven expert judges in the field of child health and thirty participants in the pre-test, including parents, teachers and healthcare professionals, participated in the study.

**RESULTS:** in experts' analysis (98.4%), a value of 100% of adequate assessments was obtained; and in the target population's analysis (89.5%), there were 100% of adequate assessments. In both analyses, suggested adaptations were made. **CONCLUSIONS:** the cross-cultural adaptation and content validity into Brazilian Portuguese of the "Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook" were considered adequate for application in the target population.

**DESCRIPTORS:** Validation Study; Child abuse; Health personnel; School teachers; Pediatric nursing.

## INTRODUÇÃO

A violência infantil é um problema de saúde pública mundial e tem causado impacto significativo na sociedade contemporânea, embora seja um problema remoto (DE ARAUJO; LIMA, 2020). As consequências são inúmeras e podem ser de curto a longo prazo, afetando o desenvolvimento físico, psicológico e emocional da criança (LIPPARD; NEMEROFF, 2020).

Aproximadamente 25% de todas as crianças enfrentam alguma forma de abuso ou negligência durante sua vida. Qualquer violação de uma criança (menor de 18 anos) por um adulto, resultando em dano ou lesão, é considerada abuso infantil (KERNA *et al.*, 2021; DE ARAUJO; LIMA, 2020; BRASIL, 2014).

Estudo de revisão sistemática realizado sobre violência infantil e suas consequências psicológicas no Brasil, evidenciou diversos transtornos psicológicos a longo prazo como depressão, ansiedade, Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), hiperatividade, déficit de atenção, sequelas emocionais, afetivas, psicológicas, sociais e comportamentais. Ressalta, ainda, a necessidade de mais estudos da temática no país, a fim de destacar a necessidade de ações mais efetivas na proteção e prevenção da violência infantil (NUNES *et al.*, 2020).

Sabe-se que existe um ciclo intergeracional de maus-tratos infantis, ou seja, aqueles que foram maltratados quando crianças têm maior probabilidade de maltratar seus próprios filhos (AFIFI *et al.*, 2017). Além disso, a violência pode-se perpetrar ao longo da vida como violência juvenil, violência por parceiro íntimo e

maus-tratos aos idosos (HERRENKOHL *et al.*, 2020). Neste sentido, trabalhar a prevenção implica no rompimento desse ciclo na vida, o quanto antes. Uma das sete estratégias propostas para a redução da violência infantil, mundialmente, é criar meios para a redução do castigo físico ou humilhante e ajudar os pais/cuidadores na compreensão da importância da disciplina positiva e não violenta com seus filhos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Embora o Brasil tenha avançado na produção de políticas públicas para a infância, a exemplo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que prevê atenção integral à criança em situação de violências e um conjunto de ações e estratégias para sua prevenção (BRASIL, 2015) não são todas as crianças que conseguem desfrutar dos seus benefícios (WAQUIM; COELHO; DE MORAES GODOY, 2018), seja por dificuldade de acesso ou pela desarticulação da rede de proteção (MELO *et al.*, 2020). São parte desta rede os profissionais de saúde e educação e, desta forma, podem contribuir para a aplicabilidade da lei de proteção às crianças que possuem seus direitos violados (SANTOS *et al.*, 2019).

Os pioneiros no desenvolvimento de programas para prevenção primária da violência infantil foram os países desenvolvidos. Cerca de 98% de todos os estudos sobre intervenções promissoras vêm das Américas, principalmente dos Estados Unidos da América e Canadá e, da Europa, Ocidental (UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND, 2017). No entanto, pesquisas mostram que as crianças que vivem nas comunidades de países mais pobres do mundo têm maior probabilidade de sofrer abusos e negligência, bem como a exposição à violência é mais prevalente em bairros e comunidades empobrecidas ou isoladas (COORE; REECE; SHAKESPEARE-PELLINGTON, 2017).

Os obstáculos para a implantação dos programas universais de prevenção à violência infantil são o alto custo, a necessidade de treinamento e o tempo longo de execução, resultando, portanto, na dificuldade de adesão e recrutamento da população, tornando-se um desafio, quando incorporado na prática, em especial, no ambiente da atenção primária (BURKHART *et al.*, 2018). Uma das ações estratégicas da PNAISC na prevenção de violências, é promover a articulação de ações intrasetoriais e intersetoriais dos que compõe o Sistema de Garantia de Direitos (SGD), o que implica no apoio à implementação de medidas no enfrentamento às violações dos direitos da criança, na qual se incluem os

programas (BRASIL, 2015). O *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook*, foi desenvolvido com o objetivo de prevenir a violência infantil e mitigar o estresse tóxico. É um programa universal, de intervenção breve e não necessita de treinamento anterior à sua aplicação (HUDNUT-BEUMLER; SMITH; SCHOLER, 2018). A estrutura do programa foca-se na abordagem das *Adverse childhood experiences* (ACEs), na qual o abuso infantil está incluso (HUNT; BERGER; SLACK, 2017). Consiste em um material impresso que oferece 20 estratégias de disciplina que podem ser usadas com crianças de um a 10 anos para lidar com a agressão na infância, com base na seguinte pergunta: suponha que você veja uma criança batendo em outra: o que você faria? Possui 39 páginas, em linguagem acessível ao público e pode ser utilizado por pais/cuidadores, professores e profissionais de saúde (CHILDREN'S HOSPITAL AT VANDERBILT, 2021).

Estudos sobre programas de prevenção relacionados à violência infantil, sobretudo a adaptação transcultural, são escassos no país. Assim, esse estudo justifica-se pela necessidade e importância de validação de um instrumento, para a língua portuguesa, capaz de prevenir a violência infantil, presente na população, contribuindo para mudanças de comportamentos e conscientização de profissionais de saúde, educação e familiares e, ainda, ampliar as bases para pesquisas nesta área.

## **OBJETIVO**

Desenvolver o processo de adaptação transcultural e validação de conteúdo *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook* para uso no Brasil.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Para realização do estudo foi solicitada a permissão da tradução do material para o autor do programa, com parecer favorável. Foi disponibilizado atendimento psicológico aos participantes, caso necessário, devido à possibilidade de desconforto ou constrangimento ao analisar o material. O desenvolvimento do estudo atendeu às normas de ética em pesquisa nacionais e internacionais, incluindo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em 14 de abril de 2020,

conforme parecer n°. 3.970.750 e C.A.A.E: 30307520.1.0000.5231 e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Trata-se de um estudo metodológico. Foram seguidas as etapas de tradução, retrotradução, comitê de juízes e pré-teste (BEATON *et al.*, 2000; BEATON *et al.*, 2007), bem como a observação dos critérios do protocolo *Consensus-Based Standards for the selection of health Measurement Instruments* (COSMIN) (AMSTERDAM PUBLIC HEALTH RESEARCH INSTITUTE, 2018). A coleta de dados ocorreu no período de março de 2020 a setembro de 2021, obedecendo aos critérios estabelecidos para prevenção da transmissão do vírus SARS-CoV2: distanciamento social, uso de máscara e álcool em gel (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021). O estudo foi realizado em um município de pequeno porte no norte do Paraná, em duas escolas municipais com ensino Fundamental I e três Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A população do estudo foi composta por quatro tradutores, sendo dois participantes da primeira etapa (tradução), e dois na etapa de retrotradução e sete juízes avaliadores. A população alvo foi composta por 30 participantes, sendo 10 pais/cuidadores de crianças de um a 10 anos, 10 professores do ensino infantil e fundamental I e 10 profissionais de saúde da UBS. Os critérios de inclusão para os juízes foram: ser especialista na área de saúde da criança, ser docente, ter escolaridade nível mestrado ou doutorado e ter mais de cinco anos de profissão. Para a população alvo (pais/cuidadores, profissionais de saúde e da educação) os critérios de inclusão foram: atender crianças na faixa etária de um a 10 anos, ter filhos e/ou alunos também nessa faixa etária. Os critérios de exclusão, não ser alfabetizado (no caso dos pais/cuidadores) e ter deficiência visual ou cognitiva.

A primeira etapa consistiu na tradução do material original para a língua portuguesa por dois tradutores fluentes na língua inglesa, que tinham como idioma materno a língua alvo.

Um tradutor possuía formação na área da saúde e estava ciente dos objetivos da tradução, enquanto o outro, não possuía formação na área da saúde, denominado tradutor ingênuo, com a intenção de que esse último, fosse capaz de detectar um significado diferente do original, identificado pelo primeiro tradutor, por estar menos influenciado por um objetivo acadêmico, oferecendo uma tradução que refletisse a linguagem usada por aquela população, muitas vezes destacando significados ambíguos no material original.

O critério de inclusão dos tradutores foram: ter experiência no idioma inglês por pelo menos cinco anos, mais de 18 anos de idade e brasileiros natos.

Com a versão do tradutor um (T1), e a versão do tradutor dois (T2) em mãos, foram realizadas análises de discrepâncias entre as versões, pelo pesquisador e tradutores e, após a análise, deu-se origem a síntese dessas versões, denominada versão T1/2. Posteriormente, foi realizada a retrotradução (R), do material por dois tradutores diferentes da primeira etapa.

Com a versão do tradutor um (R1), e a versão do tradutor dois (R2) em mãos, foram realizadas análises entre as versões, pelos tradutores com o objetivo de garantir se a versão traduzida reflete o mesmo conteúdo como a versão original (BEATON *et al.*, 2000) e, após a análise, deu-se origem a síntese destas versões, denominada versão R1/2. O critério de inclusão desses tradutores foi: ser nato em país cujo idioma fosse o inglês, maior de 18 anos, morar no Brasil há pelo menos dois anos e fluentes no idioma português. Em seguida, essa versão foi enviada para análise e avaliação pelo autor do programa não havendo sugestões de alterações.

A terceira etapa foi composta pela avaliação de um comitê de sete juízes, especialistas na área de saúde da criança e com formação acadêmica, nível doutorado. Os critérios de inclusão foram: trabalhar há pelo menos cinco anos na área de saúde da criança, ser profissional de saúde, docente, com pós-graduação nível doutorado. Os critérios de exclusão: não ter especialização na área de saúde da criança e estar usufruindo de férias ou licenças.

Os juízes responderam numa escala *likert* de 1 a 4 avaliando as equivalências: *semântica* - cujo o objetivo foi avaliar se as palavras possuíam o mesmo significado bem como as dificuldades gramaticais na tradução; *idiomática* - no caso de coloquialismos ou expressões idiomáticas que são difíceis de traduzir; *conceitual* - refere-se à validade do conceito explorado e aos eventos vividos pelas pessoas na cultura alvo, uma vez que os itens podem ser equivalentes no significado semântico, mas não conceitualmente; *cultural* - o cotidiano diário geralmente varia em diferentes países e culturas, dessa forma, determinada tarefa pode simplesmente não ser experimentada na cultura de destino, mesmo que seja traduzível, sendo necessário a adaptação (BEATON *et al.*, 2000).

O guia foi enviado por meio da plataforma *Google Forms*, sendo dividido de acordo com o capítulo abordado e subdividido em parágrafos para

facilitar a análise. Caso a pontuação fosse inferior a quatro, era solicitado a realização de um comentário ou sugestão. Os especialistas tiveram o prazo de 30 dias para a avaliação.

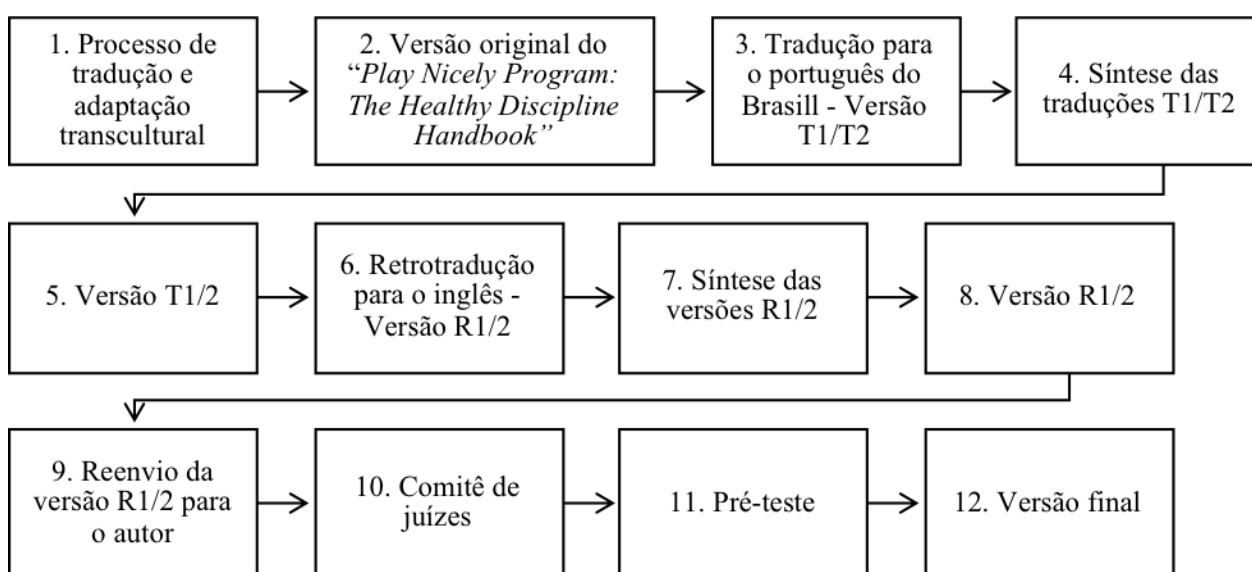
A última etapa consistiu na realização da versão pré-final, com a população-alvo denominada pré-teste com 30 participantes, sendo 10 pais/cuidadores, 10 professores e 10 profissionais de saúde.

Nas escolas de ensino fundamental I selecionaram-se os pais/cuidadores e os professores mediante contato com a diretora. Em seguida, a pesquisadora foi adicionada no grupo do aplicativo de *WhatsApp* (que a escola utiliza como meio de comunicação com os pais/cuidadores e professores para envio de atividades remotas e recados importantes), para que fosse realizado o convite de participação na pesquisa. Aos que aceitaram participar, agendou-se um encontro presencial com a pesquisadora para a explicação do estudo, para que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e respondessem a um questionário de caracterização sociodemográfica. Após o aceite de participação, os professores e os pais/cuidadores receberam uma cópia do programa.

O contato com os profissionais de saúde foi realizado por intermédio das enfermeiras coordenadoras das UBS, que indicaram os profissionais disponíveis no momento. Após o aceite de participação, agendou-se um encontro presencial com a pesquisadora para que assinassem o TCLE e respondessem a um questionário de caracterização sociodemográfica e, em seguida, receberam uma cópia do programa.

Os participantes foram orientados quanto ao preenchimento de uma escala *likert* de 0 a 4, sendo 0: não entendi nada; 1: entendi um pouco; 2: entendi mais ou menos; 3: entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas e 4: entendi perfeitamente e não tenho dúvidas, contendo também espaço disponível para sugestões ou dúvidas, caso a pontuação fosse inferior a 4. Para facilitar o manuseio e não esquecimento do que foi lido, as páginas com a escala foram acrescentadas por seção, ou seja, após cada seção ou assunto abordado, era solicitado o preenchimento da mesma. A figura 1 apresenta o percurso do processo de tradução e adaptação transcultural.

**Figura 1** - Síntese do processo de tradução e adaptação transcultural do *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook*.



Os dados coletados foram estruturados em banco de dados em planilha do *Software Microsoft Excel for Windows®* e, posteriormente, exportados para o IBM SPSS versão 23 para análise estatística. Foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), tanto para a população de juízes como para a população do pré-teste. O IVC foi calculado pela soma da concordância de itens no material que alcançaram uma escala de clareza com pontuação de “3” ou “4” por todos que avaliaram (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; POLIT; BECK, 2006). Os itens que receberam pontuação abaixo de “4” foram revisados, analisados e adaptados conforme sugestões pertinentes. A fórmula utilizada para o cálculo do IVC de cada item foi obtida pelo número de respostas “3” ou “4” dividido pelo total de respostas, que no caso dos especialistas totalizaram sete e, da população alvo 30 participantes. O índice de concordância aceitável foi de, no mínimo, 0,80 e, preferencialmente, maior que 0,90 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Foram analisados 428 campos na etapa do comitê de especialistas e 38 campos com a população do pré-teste. A diferença no número de campos deu-se pela forma de divisão das seções para avaliação, sendo que, para a avaliação do comitê de especialistas, por ser um material extenso, houve necessidade de maior fragmentação.

## RESULTADOS

O *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook* foi adaptado para a cultura brasileira. A versão brasileira do material recebeu o título de “*Brincar Legal: o guia de disciplina saudável*” e está estruturado em três capítulos: 1) Introdução; 2) Os cinco passos, e; 3) Quando procurar ajuda profissional.

Na subseção do capítulo dois, são abordadas cinco recomendações do que fazer diante de atos de agressão: Recomendação 1- Ensine seu filho a não ser uma vítima; Recomendação 2 - Aprenda formas de agir frente aos comportamentos desafiadores como a agressão, não ouvir, comportamento desrespeitoso, mentir e maus hábitos com 20 opções de disciplina; Recomendação 3 - Diminua a exposição à violência e à mídia excessiva; Recomendação 4 - Demonstre amor; Recomendação 5 - Seja firme.

Da primeira etapa das traduções (T1 e T2), foi obtida a síntese, versão T1/2. Para o consenso entre as traduções foram necessários ajustes pelos pesquisadores, que aconteceram em duas rodadas. As traduções possuíam discrepâncias semânticas e foram acordadas a fim que se pudesse seguir para a próxima etapa. Na retrotradução, as versões R1 e R2 resultaram na síntese da versão R1/2. As traduções nessa etapa foram muito semelhantes a versão original e quando analisada pelos pesquisadores, destacaram-se alguns termos distintos, mas sem comprometimento em relação ao contexto. A versão R1/2, foi enviada ao autor do programa, tendo parecer favorável, sem alterações. Da terceira e quarta etapa originou-se o processo de validação de conteúdo.

A etapa seguinte contou com a análise dos especialistas. Os sete juízes eram do sexo feminino, enfermeiras, possuíam pós-graduação nível doutorado, e ministravam aulas na graduação do curso de Enfermagem na área de saúde da criança. Os valores obtidos por meio do IVC foram: dos 428 campos analisados 7 (1,6%) obtiveram valor de 85,7% e 421 (98,4%) de 100,0%. Foi sugerido pelos juízes a mudança no título da palavra “legal” por “saudável” ou “gentil”, no entanto, os pesquisadores optaram por manter a palavra “legal” por refletir melhor o conteúdo do material. Em relação a alteração da palavra “livro” por “guia” de equivalência conceitual, os pesquisadores decidiram por acatar a sugestão, pois a palavra guia tem a intenção de orientação, que corresponde melhoraos objetivos do material. Os itens modificados encontram-se no quadro 1.

**Quadro 1.** Modificações sugeridas pelos juízes. Paraná, Brasil, 2021.

<b>Versão R1/2</b>	<b>Adaptação das sugestões dos juízes</b>
"...têm maior risco de desenvolver problemas de saúde físicos ou mentais <b>na vida futura</b> ".	"...têm maior risco de desenvolver problemas de saúde físicos ou mentais <b>no futuro</b> ".
" <b>Seria melhor</b> se todas as crianças pudessem crescer em lares onde os pais usam opções saudáveis de disciplina".	" <b>Seria ideal</b> se todas as crianças pudessem crescer em lares onde os pais usam opções saudáveis de disciplina".
" <b>Como agir frente a</b> frente a comportamentos desafiadores..."	" <b>A forma de agir frente aos</b> comportamentos desafiadores..."
" <b>hábitos</b> "	" <b>maus hábitos</b> "
"seja <b>consistente</b> "	"seja <b>firme</b> "
"...a amiga lhe sugere <b>que ignore...</b> "	"...a amiga sugere-lhe <b>ignorar...</b> "
"...o que você pode fazer <b>para agir...</b> "	"...o que você pode fazer <b>frente a..</b> "
" <b>...crianças mais pequenas...</b> "	" <b>...crianças menores...</b> "
"Ensine seu filho a contar <b>que foi agredido para um adulto responsável.</b> "	"Ensine seu filho a contar <b>para um adulto responsável que foi agredido</b> ".
"...especialmente as <b>mais pequenas...</b> "	"especialmente as <b>mais novas...</b> "
"...a criança que foi agredida pode querer permanecer <b>ali...</b> "	"...a criança que foi agredida pode querer permanecer <b>onde está...</b> "
"considerando a mesma criança <b>uma forma de agir pode funcionar bem em um dia, mas não no dia seguinte</b> ".	" considerando a mesma criança <b>o que funciona bem para uma criança em um dia, pode não funcionar bem no dia seguinte</b> ".
"...vá à página <b>correspondente</b> e <b>revise</b> as 20 diferentes opções".	"...vá à página <b>seguinte</b> e <b>conheça</b> 20 diferentes opções".
"se você bater neles, eles aprenderão <b>de você...</b> "	"se você bater neles, eles aprenderão <b>com você...</b> "
"...os pastores usavam seus cajados para guiar as ovelhas e <b>não bater nelas</b> ".	"...os pastores usavam seus cajados para guiar as ovelhas e <b>não para bater nelas</b> ".
"Quando seu filho <b>for grande</b> o	"Quando seu filho tiver <b>idade</b> suficiente

suficiente para <b>entender</b> isto, lhe pergunte sobre os sentimentos da pessoa que ele agrediu”.	para <b>compreender</b> isto, pergunte-lhe sobre os sentimentos da pessoa que ele agrediu”.
"... <b>Perguntar</b> a seu filho o que aconteceu...",	"... <b>Pergunte</b> ao seu filho o que aconteceu..."
"...não aceite os comentários do seu filho <b>como desculpa para</b> o comportamento agressivo”.	"...não aceite os comentários do seu filho <b>para justificar</b> o comportamento agressivo”.
“No final das contas, <b>todos nos</b> comportamos mal de vez em quando...”	“No final das contas, <b>nós todos</b> comportamo-nos mal de vez em quando...”
“...e favorecerá um fluxo de comunicação entre você e seu filho que pode <b>perdurar por anos futuros</b> ”.	“...e favorecerá um fluxo de comunicação entre você e seu filho que pode <b>perdurar por muitos anos</b> ”.
“Você pode guiar o seu filho ao ensiná-lo como <b>eles deveriam</b> ter se comportado sem machucar ninguém.”	“Você pode guiar o seu filho ao ensiná-lo como <b>ele deveria</b> ter se comportado sem machucar ninguém.”
“Mentiras prejudiciais são quando as pessoas mentem para se <b>safar</b> de problemas ou obter coisas que não merecem”.	“Mentiras prejudiciais são quando as pessoas mentem para se <b>livrar</b> de problemas ou obter coisas que não merecem”.
“Você gostaria <b>se eu</b> desperdiçasse seu tempo toda vez que você quisesse ir a algum lugar?”	“Você gostaria <b>que eu</b> desperdiçasse seu tempo toda vez que você quisesse ir a algum lugar?”
“Quanto mais você continuar praticando esse hábito, mais tempo levará para <b>parar</b> ”.	“Quanto mais você continuar praticando esse hábito, mais tempo levará para <b>deixa-lo</b> ”.
“...muitos atos violentos mostrados na mídia não <b>trazem informações realísticas com o que aconteceu com as vítimas</b> ”.	“... muitos atos violentos mostrados na mídia não <b>são acompanhados por informações realistas sobre as pessoas envolvidas</b> ”.
“... <b>para crianças pequenas, principalmente as menores de dois anos...</b> ”	“... <b>para crianças menores de 2 anos...</b> ”
“Guarde o seu celular e faça <b>um</b> contato visual com elas”.	“Guarde o seu celular e faça <b>um bom</b> contato visual com elas”.
“Resiliência é aquela força interna que permite às pessoas recuperar-se e	“Resiliência é aquela força interna que permite às pessoas recuperar-se e

<b>vencer</b> situações desafiadoras/difíceis”.	<b>superar</b> situações desafiadoras/difíceis”.
“Contudo, antes de abrir <b>sua boca para dizer</b> qual disciplina você vai usar, reflita consigo mesma...”	Contudo, antes <b>de se comprometer em dizer</b> qual disciplina você vai usar, reflita consigo mesma...”
" <b>É melhor</b> apoiar outros cuidadores...”	“ <b>É preciso</b> apoiar outros cuidadores...”

Das alterações ajustadas, 99,7% foram indicadas como equivalência semântica e 0,3% de equivalência idiomática.

As características sociodemográficas predominantes na população alvo foram 29 participantes do sexo feminino (99%), com a idade variando entre 20 e 62 anos, sendo, 30 a 40 anos (40%). Em relação à escolaridade, a maioria possuía 3º grau completo (76,6%) e tinha 2 filhos (53,3%). O tempo de profissão dos profissionais de saúde e dos professores variou entre 10 e 30 anos (70%). A profissão dos pais/cuidadores foi variada: do lar (2%), professora (2%), manicure (1%), vendedora (1%), empresária (1%), encarregada de departamento pessoal (1%), contador (1%) e auxiliar de escritório (1%).

Da avaliação da população alvo, foram obtidos os seguintes resultados: dos 38 campos analisados, 34 (89,5%) totalizaram 100% de avaliações adequadas. Diante dos resultados optou-se pelas modificações expostas no quadro 2.

**Quadro 2.** Modificações sugeridas pela população alvo. Paraná, Brasil, 2021.

<b>Versão pré teste</b>	<b>Versão final</b>
Disciplina “inapropriada”	Disciplina “inadequada”
Disciplina “apropriada”	Disciplina “adequada”
A “retaliação” geralmente leva ao agravamento da situação	“Revidar” geralmente leva ao agravamento da situação
Os homens fazem “progresso”	Os homens “evoluem”

## **DISCUSSÃO**

Disciplinas inadequadas e agressão na infância são preditores para a manutenção da violência intergeracional, além do aumento do risco no

desenvolvimento de problemas de saúde de ordem física e mental. Neste sentido, o *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook* traz ao conhecimento da população estratégias saudáveis de disciplinar as crianças, o que pode favorecer a interrupção desse ciclo (CHILDREN'S HOSPITAL VANDERBILT, 2021).

Reações negativas dos pais/cuidadores em relação a criança, por não obedecerem aos comandos inapropriados, ineficazes e/ou pouco claros dados por eles, podem contribuir para a ativação inicial dos comportamentos problemáticos da criança. Além disso, o fato do programa ser universal, de intervenção breve e oferecido em âmbito da atenção primária, favorece a desestigmatização dos pais/cuidadores com necessidades identificadas. Programas de intervenção parentais com durabilidade longa têm sido consistentemente relacionados com a baixa adesão e relacionados aos conflitos de prioridades, horários e problemas de transporte dos pais/cuidadores (MOON; DAMMAN; ROMERO, 2020).

A adaptação transcultural e a validação de um material requer um rigor metodológico para que, posteriormente, seja aplicado na população. O processo de tradução, adaptação transcultural e validação do *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook* ocorreu de forma sistemática, seguindo os estágios de referencial metodológico de credibilidade internacional e critérios para assegurar o rigor e a transparência do processo (OLIVEIRA *et al.*, 2018; MOKKINK *et al.*, 2019).

A síntese da primeira etapa de validação implicou na observação de disparidades entre as versões (T1 e T2), e obteve grande êxito pelos pesquisadores, sendo confirmada na etapa da retrotradução. Assim, quando enviada para o autor do programa, para o refinamento da versão final (R1/2), não recebeu indicações de correções ou adaptações. O envio para o autor do programa evidenciou bons resultados nas etapas anteriores.

A análise dos especialistas apontou sugestões que consolidaram o material para uso na versão pré-teste. O fato de atuarem na docência contribuiu, de maneira positiva, para um rigor de correção mais acurado, por ser parte da sua função acadêmica. A validação de conteúdo realizada mostrou, em sua maioria, correções de origem semântica, preservando o significado das palavras contidas no instrumento original (BEATON *et al.*, 2000; BEATON *et al.*, 2007). De forma geral, houve poucos apontamentos considerando a extensão do material e os campos a serem avaliados.

Os apontamentos de equivalência idiomática foram fundamentais como, por exemplo, na recomendação cinco do guia, referente à alteração da palavra “consistente” para a palavra “firme”, que aborda a importância dos pais/cuidadores serem firmes ao determinar uma regra à criança e jamais ignorar um comportamento agressivo.

Estabelecer regras na criação dos filhos está implícito nas necessidades emocionais comuns a todas as crianças, que é o de estabelecer limites realistas, os quais, aliados ao não suprimento de outras necessidades essenciais, podem desencadear repercussões negativas ao longo do desenvolvimento psicológico da personalidade infantil (BASSO *et al.*, 2019). O estabelecimento de regras encaixa-se no estilo parental autoritativo/participativo, no qual os pais/cuidadores apresentam um controle firme e são afetuosos, promovendo a autonomia e a individualidade da criança (GRANJA; MOTA, 2018).

Ser firme é diferente da punição severa. Parentalidade com imposição de poder, parentalidade negligente, métodos parentais de rejeição e abuso infantil estão relacionados aos comportamentos antissociais, agressivos e violentos em adolescentes (JOHNSON, 2016). Em contrapartida, estudos evidenciam que o estilo participativo está relacionado aos níveis mais elevados de autoestima e níveis mais baixos para os estilos autoritário e negligente (PINQUART; GERKE, 2019).

Outra indicação de mudança na equivalência idiomática, evidenciada pelos especialistas, foi da palavra “hábitos”, acrescida da palavra “maus”, tendo como resultado o termo “maus hábitos”. Além de trabalhar a agressão na infância, o programa traz algumas recomendações para outros comportamentos desafiadores, como os maus hábitos. Entre eles encontram-se: chupar o dedo, comer com a boca aberta, mentir, roer unhas, enrolar o cabelo e deixar as pessoas esperando demasiadamente.

O mau hábito de mentir pode se apresentar como um comportamento externalizante. Problemas de externalização de comportamento em crianças pequenas são comuns e têm impactos negativos duradouros ao longo do tempo. Quando deixados sem solução, estes comportamentos estão associados com a angústia familiar, com os problemas de relacionamento entre pais/cuidadores e filhos e com o funcionamento social prejudicado. Em longo prazo, os comportamentos de externalização precoce estão associados ao prejuízo

acadêmico, psicopatologia e custos econômicos significativos (WOLCOTT *et al.*, 2018).

Em relação a população alvo houve prevalência do sexo feminino, refletindo a mãe como principal cuidadora dos filhos. Embora o cenário esteja em evolução no sentido da mudança de um olhar coletivo sobre a quem compete o papel de cuidar, e o papel do pai venha se destacando (SANTOS; ANTUNEZ, 2018), a sociedade ainda possui em seu imaginário coletivo a visão intergeracional da mulher como protagonista no cuidado dos filhos (ASSIS *et al.*, 2020).

O grau de escolaridade e o tipo e o tempo de profissão evidenciam a busca da mulher por diferentes espaços, além da manutenção do seu papel de cuidadora (SANTOS; ANTUNEZ, 2018). Na validação de conteúdo surgiram poucas sugestões, sendo todas de origem semântica, levando os pesquisadores a acatar todos os termos sugeridos para melhor compreensão do texto. Uma das palavras sugeridas foi na abordagem da disciplina: “disciplina apropriada” e “disciplina inapropriada” por “disciplina adequada” e disciplina inadequada”. Disciplinas inadequadas, como o castigo físico, não é permitido por lei em diversos países incluindo o Brasil, que no ano de 2014, promulgou a Lei menino Bernardo, lei nº 13010/2014, proibindo expressamente o castigo físico em crianças e adolescentes (FIGUEIREDO, 2020; BRASIL, 2014). No entanto, embora a lei esteja em vigor, o país possui índices altíssimos de violência física infantil (UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN’S EMERGENCY FUND, 2022).

O castigo corporal é definido como o uso de força física para fazer com que uma criança sinta dor ou desconforto, mesmo que leve, incluindo palmadas. Estudos evidenciam as consequências da utilização de castigo físico na infância. A maioria dos estudos de meta-análises demonstram problemas de comportamento principalmente de externalização e internalização (CUARTAS *et al.*, 2021).

Uma revisão composta por 68 artigos, com o objetivo de analisar as últimas duas décadas de pesquisas sobre o castigo físico ressaltou consequências como diversos problemas de comportamento da criança ao longo do tempo, incluindo a agressão, e, dessa forma, aumentando o índice de comportamentos indesejados. O castigo físico também não prevê melhorias no comportamento pró-social das crianças ou competência social ao longo do tempo. Além disso, contribui para o aumento do risco de maus-tratos infantis, ou seja, em um ambiente em que

se usa a punição como forma de educar, pode-se evoluir para outros tipos de maus-tratos (HEILMANN *et al.*, 2021).

Outra sugestão de alteração foi da palavra “retaliação” por “revidar”. Uma das recomendações que o programa aborda é a importância dos cuidadores ensinarem precocemente à criança, a não ser uma vítima de agressão e a não revidar, caso isso aconteça. O comportamento agressivo na criança pequena é comum de ser observado, como por exemplo, bater, empurrar, chutar, cutucar, beliscar, morder, puxar o cabelo e pegar objetos de outras crianças. Neste sentido, a maneira como o cuidador vai lidar nessa circunstância pode atenuar ou agravar a situação. O primeiro modelo de interação social que a criança tem é sua família e é neste ambiente que será estabelecido sua formação, conceitos e crença no mundo (DA COSTA; LAPORT, 2019).

A base do programa está nas ACEs, que compreendem cinco subtipos de maus-tratos na infância, entre eles a violência física. Nos últimos anos, o objetivo das pesquisas relacionadas as ACEs mudaram seu delineamento de como afetam negativamente a saúde na idade adulta para o desenvolvimento de estratégias para prevenção na infância. Neste sentido, o programa destaca-se por abordar estratégias de práticas parentais que podem contribuir na interrupção da transmissão intergeracional da violência (NARAYAN; LIEBERMAN; MASTEN, 2021). Aliado a isto, a aplicabilidade do programa em realidades como a do Brasil, pode favorecer o conhecimento e a prática sobre o tema.

A tradução do material *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook*, para a língua brasileira pode ser utilizado como ferramenta para auxiliar profissionais de saúde da atenção primária no atendimento a pais/cuidadores de crianças de um a 10 anos, professores em sala de aula, e pais/cuidadores em seus lares. O Programa apresenta um conjunto de ações para diferentes populações que poderão ser multiplicados no ambiente de trabalho e no convívio familiar/comunidade, o que pode favorecer por meio do aprofundamento do conhecimento de disciplinas saudáveis uma parentalidade mais positiva no que tange a educação de crianças.

O estudo possui limitações como a ausência de outros profissionais de saúde tanto na etapa de análise dos especialistas como no pré-teste por dificuldade no recrutamento destes profissionais.

## CONCLUSÃO

A adaptação transcultural e validação do *Play Nicely program: The Healthy Discipline Handbook*, foi considerada satisfatória por apresentar fácil leitura e compreensão, demonstrados pelo Índice de Validade de Conteúdo, tanto de especialistas como da população alvo. Pode ser útil para profissionais de saúde, professores e pais/cuidadores que lidam com a faixa etária de crianças de 1 a 10 anos. Aos profissionais como ferramenta no atendimento infantil, aos professores em sala de aula e aos pais/cuidadores dentro de seus lares. Recomenda-se novos estudos de aplicabilidade do material na população à qual se destina, para verificar a sua usabilidade no país.

## REFERÊNCIAS

- AFIFI, T. O. *et. al.* The relationships between harsh physical punishment and child maltreatment in childhood and intimate partner violence in adulthood. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5442668/>. Acesso em: 12 fev. 2022.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. Acesso em: 12 fev. 2022.
- AMSTERDAM PUBLIC HEALTH RESEARCH INSTITUTE. **The COSMIN Checklist [Internet]**. Amsterdam: The Netherlands, 2018. Disponível em: <https://www.cosmin.nl>. Acesso em: 12 abr. 2022.
- ASSIS, N. D. P. *et. al.* Woman, mother and daughter caregiver: collective imaginary about intergenerational relations. **Psicologia Clínica**, v. 32, n. 2, p. 213-230, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0032n02A01>. Acesso em: 12 fev. 2022.
- BASSO, L. A.; FORTES, A. B.; MAIA, C. P.; STEINHORST, E.; WAINER, R. The effects of parental rearing styles and early maladaptive schemas in the development of personality: a systematic review. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 41, n. 3, p. 301-313, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0118>. Acesso em: 12 fev. 2022.
- BEATON, D. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine (Phila PA 1976)**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>. Acesso em: 12 abr. 2021.

BEATON, D. *et al.* **Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures.** Institute for Work & Health, 2007.

BRASIL. **Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014.** Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único da Saúde (SUS). Brasília-DF: MS, 2015.

BURKHART, K. *et al.* Decreasing Caregivers' Positive Attitudes Toward Spanking. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 32, n. 4, p. 333-339, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2017.11.007>. Acesso em: 24 fev. 2022.

COORE, D. C.; REECE, J.; SHAKESPEARE-PELLINGTON, S. The prevention of violence in childhood through parenting programmes: a global review. **Psychology, Health & Medicine**, v. 22, supl. 1, p. 166-186, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1271952>. Acesso em: 24 fev. 2022.

CUARTAS, J. *et al.* Corporal punishment and elevated neural response to threat in children. **Child Development**, v. 92, n. 3, p. 821-832, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/cdev.13565>. Acesso em: 04 mar. 2022.

DA COSTA, K. A.; LAPORT, T. J. Family and society: an analysis of the human development process. *Revista Mosaico*, v. 10, n. 1, p. 49-55, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rm.v10i1.1784>. Acesso em: 20 fev. 2022.

DE ARAUJO, M. A.; LIMA, L. D. S. C. Violence against children and adolescents attended at the federal university of Uberlândia-MG HC: socioenvironmental issues. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 12, p. 98756-98776, 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/21735>. Acesso em: 21 fev. 2021.

FIGUEIREDO, D. D. O castigo físico em crianças. **Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo**. v. 5, n. 26, p. 175-196, 2020. Disponível em: [https://www.tjpb.jus.br/sites/default/files/anexos/2021/01/infancia\\_e\\_juventude\\_a\\_prioridade\\_absoluta\\_de\\_crianças\\_e\\_adolescentes\\_na\\_defensoria\\_publica.pdf](https://www.tjpb.jus.br/sites/default/files/anexos/2021/01/infancia_e_juventude_a_prioridade_absoluta_de_crianças_e_adolescentes_na_defensoria_publica.pdf). Acesso em: 26 fev 2021.

GRANJA, M. B.; MOTA, C. P. Parenting styles, academic adaptation and psychological well-being in young adults. **Análise Psicológica**, v. 36, n. 3, p. 311-326, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.14417/ap.1415>. Acesso em: 10 abr. 2022.

HEILMANN, A. *et al.* Physical punishment and child outcomes: a narrative review of prospective studies. **The Lancet**, v. 398, n. 10297, p. 355-364, 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00582-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00582-1). Acesso em: 30 mar 2022.

HERRENKOHL, T. I. *et al.* Child maltreatment, youth violence, intimate partner violence, and elder mistreatment: a review and theoretical analysis of research on violence across the life course. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 23, n. 1, p. 314-328, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32723166/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

HUDNUT-BEUMLER, J.; SMITH, A.; SCHOLER, S. J. How to convince parents to stop spanking their children. **Clinical Pediatrics**, v. 57, n. 2, p. 129-136, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0009922817693298>. Acesso em: 9 abr. 2022.

HUNT, T. K. A.; BERGER, L. M.; SLACK, K. S. Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. **Child Abuse & Neglect**, v. 67, p. 391-402, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.chiabu.2016.11.005>. Acesso em: 18 dez. 2021.

JOHNSON, S. Parenting styles and raising delinquent children: Responsibility of parents in encouraging violent behavior. **Forensic Research Criminology International Journal**, v. 3, n. 1, p. 243-247, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.15406/frcij.2016.03.00081>. Acesso em: 18 dez. 2021.

KERNA, N. A. *et al.* SCAN: A succinct and practical guide for recognizing and reporting suspected child abuse and neglect. **EC Paediatrics**, v. 10, n. 7, p. 63-74, 2021. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/352897628\\_SCAN\\_A\\_Succinct\\_and\\_Practical\\_Guide\\_for\\_Recognizing\\_and\\_Reporting\\_Suspected\\_Child\\_Abuse\\_and\\_Neglect](https://www.researchgate.net/publication/352897628_SCAN_A_Succinct_and_Practical_Guide_for_Recognizing_and_Reporting_Suspected_Child_Abuse_and_Neglect). Acesso em: 20 dez. 2021.

LIPPARD, E. T. C.; NEMEROFF, C. B. The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. **American Journal of Psychiatry**, v. 177, n. 1, p. 20-36, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31537091/>. Acesso em: 4 jan. 2022.

MELO, R. A. *et al.* Rede de proteção na assistência às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, e20190380, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190380>. Acesso em: 16 dez. 2021.

MOKKINK, L. B. *et al.* **COSMIN Study Design checklist for Patient-reported outcome measurement instruments [Internet]**. Amsterdam: The Netherlands, 2019. Disponível em: [https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-study-designing-checklist\\_final.pdf](https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-study-designing-checklist_final.pdf). Acesso em: 16 fev. 2021.

MONROE CARELL JR. CHILDREN'S HOSPITAL AT VANDERBILT. **Play nicely: the healthy discipline program [Internet]**. Nashville: Vanderbilt University Medical Center, 2021. Disponível em:

<https://www.childrenshospitalvanderbilt.org/information/play-nicely-healthy-discipline-program>. Acesso em: 25 fev. 2021.

MOON, D. J.; DAMMAN, J. L.; ROMERO, A. The effects of primary care-based parenting interventions on parenting and child behavioral outcomes: A systematic review. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 21, n. 4, p. 706-724, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1524838018774424>. Acesso em: 18 dez. 2021.

NARAYAN, A. J.; LIEBERMAN, A. F.; MASTEN, A. S. Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences (ACE). **Clinical Psychology Review**, v. 85, 101997, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101997>. Acesso em: 05 dez. 2021.

NUNES, A. C. P. *et. al.* Child violence in Brazil and its psychological consequences: a systematic review. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 79408-79441, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjd.v6i10.18453.g14870>. Acesso em: 5 dez. 2021.

OLIVEIRA, F. D. *et. al.* Theoretical and methodological aspects for cultural adaptation and validation of instruments in nursing. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2, e4900016, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004900016> Acesso em: 21 dez. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa sobre COVID-19**. Washington, DC: OPAS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 16 nov. 2022.

PINQUART, M.; GERKE, D. Associations of Parenting Styles with Self-Esteem in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. **Journal of Child and Family Studies**, v. 28, p. 2017–2035, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01417-5>. Acesso em: 29 out. 2021.

POLIT, D. F.L.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nur.20147>. Acesso em: 26 out. 2021.

SANTOS, C. V. M.; ANTUNEZ, A. E. A. Fatherhood affectively imprinted: modalities of interaction in father-baby relations. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 70, n. 1, p. 224-238, 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672018000100016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000100016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 10 out. 2021.

SANTOS, L. F. *et. al.* The experiences of health professionals with the management of violence against children. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 33, p. e33282, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.33282>. Acesso em: 10 out. 2021.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND. **A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents [Internet]**. New

York: UNICEF; 2017. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face/>. Acesso em: 18 dez. 2021.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND. **Nos últimos 5 anos, 35 mil crianças e adolescentes foram mortos de forma violenta no Brasil, alertam unicef e fórum brasileiro de segurança pública.** Brasília, DF: Escritório da Representação do UNICEF no Brasil, 2022. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/nos-ultimos-cinco-anos-35-mil-criancas-e-adolescentes-foram-mortos-de-forma-violenta-no-brasil#:~:text=houve%20um%20aumento%20na%20faixa,%2c%20para%20142%2c%20em%202020>. Acesso em: 25 set. 2022.

WAQUIM, B. B.; COELHO, I. M.; DE MORAES GODOY, A. S. The constitutional history of childhood in Brazil under the Bernardino boy case. **Revista Brasileira de Direito**, v. 14, n. 1, p. 88-110, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18256/2238-0604.2018.v14i1.1680>. Acesso em: 1 dez. 2021.

WOLCOTT, C. S. *et. al.* Approaches to the Management of Young Children's Externalizing Behavior Problems in the Primary Care Setting. **Current Treatment Options in Pediatrics**, v. 4, n. 1, p. 37-48, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40746-018-0113-4>. Acesso em: 1 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **INSPIRE: seven strategies for ending violence against children.** Geneva: World Health Organization; 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>. Acesso em: 12 abr. 2021.

## 6.2 ESTUDO 2

### **PROGRAMA BRINCAR LEGAL: APLICABILIDADE PARA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA INFANTIL BRINCAR LEGAL PROGRAM: APPLICABILITY TO PREVENTION OF CHILD VIOLENCE**

#### **RESUMO**

**OBJETIVO:** Compreender a percepção de professores e profissionais de saúde sobre o Programa Brincar Legal para a prevenção da violência infantil. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo qualitativo descritivo e exploratório realizado por meio de três grupos focais entre fevereiro a abril de 2022, com a população de professores da educação básica e profissionais de saúde da atenção primária, totalizando 20 participantes. A análise de discurso de linha francesa, orientou a análise de dados à luz da teoria de Urie Bronfenbrenner. **RESULTADOS:** Foram identificadas quatro categorias que discorrem sobre: inovação e utilidade; aplicabilidade, como agir frente a comportamentos desafiadores e; dilemas e desafios. **CONCLUSÃO:** A percepção do Programa como uma ferramenta nova, inovadora, útil, aplicável na prática, de acesso rápido e fácil linguagem, agregou conhecimento, possibilitou um aprimoramento e disseminação do conteúdo, além de propiciar atitudes positivas para o desenvolvimento do sistema bioecológico quanto ao enfrentamento e prevenção da violência infantil.

**DESCRITORES:** Proteção da criança; Violência infantil; Responsabilidade parental; Educação infantil; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem pediátrica.

#### **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** to understand the perception of teachers and health professionals about the Brincar Legal Program for the prevention of child violence. **MATERIALS AND METHODS:** Qualitative study carried out through six focus groups from february to april 2022, with a population of basic education teachers and primary health care professionals, totaling 25 participants. Data analysis was carried out by French discourse analysis discussed in the light of Urie Bronfenbrenner's theory. **RESULTS:** Six categories were developed: innovation; utility, directionality, learning, mirror and protection. **CONCLUSION:** The use of this Brief Intervention Program offered directionality to work with parents/caregivers, family members, and children in the work environment and provide positive attitudes for the development of the bio- ecological system regarding coping and prevention of child violence.

**DESCRIPTORS:** Child Welfare; Child abuse; Parenting; Child rearing; Primary Health Care; Pediatric nursing.

#### **INTRODUÇÃO**

A violência infantil impacta negativamente o desenvolvimento físico, cognitivo e socioemocional das crianças, trazendo consequências graves desde a infância até a idade adulta (BLAND; LAMBIE; BEST, 2018; TEMCHEFF *et al.*, 2018).

A prevenção da violência infantil está listada como uma das metas principais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), e prevê a eliminação de todas as formas de abuso, exploração, tráfico e tortura contra as crianças (MARTIN, 2020).

Embora esforços tenham sido direcionados para esse fim, o número de casos notificados em todo o mundo não denota um cenário real, isso se deve aos casos de subnotificação, que escondem o verdadeiro cenário pandêmico desse fenômeno complexo e de difícil solução (SANTOS, 2019). A subnotificação pode estar atrelada a fragilidade da rede de proteção, tanto dos atores que a compõe, como dos estabelecimentos, evidenciado pela desarticulação entre eles (FARAJ; SIQUEIRA; ARPINI, 2016).

Com o início da pandemia do vírus *SARS-CoV2*, as crianças e adolescentes foram expostas ao um maior risco de sofrer violência dentro de suas casas, devido ao isolamento social, sendo obrigados a conviver por tempo prolongado com seus abusadores, que são em sua maioria os próprios pais; além de serem privadas de frequentar ambientes considerados de proteção, como as escolas (PEREDA; DÍAZ-FAES, 2020), agravando os casos de subnotificação já existentes.

Capacitar os envolvidos na proteção dos direitos das crianças e adolescentes, como professores da educação básica e profissionais de saúde da atenção primária se torna primordial. Os professores nos anos iniciais necessitam desenvolver um relacionamento estreito com a criança e a família no ambiente escolar, como parte do processo de aprendizagem (MORENO, 2018); e esta proximidade permite conhecer a vida particular de cada família, conferindo maior sensibilidade à presença ou ausência da violência intrafamiliar (PEREIRA; CONCEIÇÃO; BORGES, 2018).

Já os profissionais de saúde, encontram-se na linha de frente no atendimento de crianças e seu contexto familiar, desempenhando um papel crucial na detecção e notificação da violência infantil (EGRY; APOSTOLICO; MORAIS, 2018).

Programas universais mostram-se como oportunidade para prevenir a violência e os maus-tratos contra crianças (BRANCO; ALTAFIM; LINHARES, 2021). Potencialmente acessíveis, em países de média e baixa renda, e escassos em países como o Brasil; podem trazer grandes benefícios para as crianças que residem em ambientes pobres, já que as intervenções parentais especializadas e de

longo prazo dificultam o acesso nestes contextos (MURRAY *et al.*, 2019). Alguns fatores impeditivos têm se mostrado em programas mais prolongados, com baixa adesão, não atingindo o objetivo ao qual foi proposto (ROSTAD *et al.*, 2018).

O programa Brincar Legal: o guia de disciplina saudável, é um programa universal de intervenção breve, direcionado a pais/cuidadores, professores e profissionais de saúde e tem como objetivo a prevenção e mitigação da violência infantil, com maior foco na agressão. Aqueles que sofreram violência física durante a infância tendem a demonstrar mais agressividade e violência, bem como maior probabilidade de perpetração desse comportamento (LI; ZHAO; YU, 2019).

O Programa apresenta opções de disciplina a serem consideradas diante do comportamento desafiador, por meio da seguinte pergunta: suponha que você veja uma criança batendo em outra, o que você faria? Indicando se a opção escolhida é uma boa opção, uma boa opção depois que outras foram tentadas ou uma opção não recomendada além de não necessitar de treinamento (SCHOLER, 2020). Está estruturado em três capítulos. O capítulo 1 consiste na introdução; o capítulo 2 apresenta cinco recomendações (passos) para serem utilizadas como estratégia na educação disciplinar saudável frente a comportamentos agressivos ou desafiadores de crianças na faixa etária de um a 10 anos; O capítulo 3 aponta quando procurar ajuda profissional especializado (SCHOLER, 2020).

## **OBJETIVO**

Compreender a percepção de professores e profissionais de saúde sobre a aplicabilidade do Programa Brincar Legal para a prevenção da violência infantil.

## **MATERIAIS E MÉTODO**

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório. A primeira etapa deste estudo, consistiu na tradução e adaptação transcultural do *Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook*, e no Brasil, recebeu o nome de Programa Brincar Legal: o guia de disciplina saudável.

O estudo foi realizado em um município de pequeno porte no norte do Paraná, no período de fevereiro a abril de 2022, totalizando 20 participantes.

O recrutamento dos participantes foi feito pela pesquisadora por meio da coordenação de cada equipe, participaram do estudo: nove professores da educação básica do Centro Municipal de Educação Infantil (CEMEI), que atende crianças na faixa etária de seis meses a quatro anos de idade, seis profissionais de saúde do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), que atendem famílias em situação de vulnerabilidade social e inseridas em um programa do governo federal intitulado “Criança Feliz”, na faixa etária de zero a seis anos de idade.

E por fim, cinco profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), não incluída na área de abrangência do CMEI como: enfermeiras, psicóloga, técnica de enfermagem, agente comunitário de saúde, (ACS), que atendem famílias com crianças na faixa etária de um a 10 anos de idade.

Os profissionais de saúde do CRAS, possuem formação em pedagogia e assistência social e atuam como visitadoras; nome este, referente as visitas domiciliares que realizam frequentemente para acompanhamento das crianças inseridas no programa. A visita domiciliar é o meio principal para o desenvolver das atividades propostas. O acompanhamento das atividades são realizadas e fiscalizadas pelo supervisor (a), e o principal objetivo do programa é acompanhar e fortalecer o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, estimulando o vínculo familiar e comunitário (BRASIL, 2021).

O período de desenvolvimento do estudo coincidiu com o desenrolar da pandemia do vírus *SARS-CoV2* o que dificultou o recrutamento dos participantes, bem como a aplicabilidade em outras populações. Para a coleta de dados foram utilizadas todas as recomendações prescritas para evitar a disseminação e contaminação do vírus, como: distanciamento social, máscara e uso de álcool gel (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021).

Os critérios de inclusão para o professor foram: ser professor da educação básica, de crianças na faixa etária de um a 10 anos, e para os profissionais de saúde, estarem atuando diretamente com famílias cuja configuração do núcleo familiar fosse composta por pelo menos um filho, com pais/cuidadores alfabetizados e sem deficiência visual ou cognitiva. Os critérios de exclusão para os professores e profissionais de saúde foram estar usufruindo de férias ou licenças, e

especificamente aos profissionais de saúde, não atuar com famílias cuja as crianças estivessem fora da faixa etária de um a 10 anos.

Para a coleta de dados foram realizados três grupos focais com dois encontros em cada grupo que aconteceram em momentos distintos, desenvolvidos pela própria pesquisadora, que já possuía experiência nesta estratégia de coleta.

Os participantes foram selecionados por conveniência, sendo um grupo focal com nove participantes, um com seis participantes e um com cinco participantes. Não foi realizado diário de campo. Os ambientes escolhidos para a realização da coleta de dados foi o próprio local de trabalho por oferecer maior disponibilidade de encontro. Ambos possuíam mesas retangulares com cadeiras de madeira, ventilação, poucos ruídos externos e apenas a sala da UBS usufruía de ar condicionado. A privacidade dos participantes se deu pelo uso de portas fechadas nas salas.

No primeiro encontro, foram realizados um grupo focal em cada local (CMEI, CRAS e UBS), totalizando três grupos. Após contato com os coordenadores responsáveis de cada equipe, as reuniões foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Após a explanação do objetivo do estudo e assinatura do (TCLE), os participantes responderam a um questionário sociodemográfico anteriormente ao início do grupo focal. O objetivo desse primeiro grupo focal com os participantes foi de conhecer a percepção acerca da violência infantil e entregar o material para a aplicabilidade, em sua rotina diária. Participaram desta etapa 10 professores, seis profissionais de saúde do CRAS e nove profissionais de saúde da UBS, totalizando 25 pessoas.

Após a distribuição individual e a explicação do uso do material, os participantes utilizaram-no por 35 dias. Não havia um número determinado para a quantidade de atendimentos, sendo destinado o programa aos pais no CRAS e na UBS e no CMEI para utilização em sala de aula com as crianças.

O segundo momento deu-se após o término do período de uso do material. Foi realizado um grupo focal em cada local (CMEI, CRAS e UBS), totalizando três grupos. Após ressaltar o objetivo do estudo que nesse momento foi discutir sobre a aplicabilidade do material; e assinatura do TCLE, por meio de um roteiro semiestruturado com perguntas relacionadas a experiência da aplicabilidade, deu-se início às entrevistas coletivas que foram gravadas por dois aparelhos de

áudio, e transcritas na íntegra, imediatamente ao encerramento para maior riqueza de detalhes. A duração dos grupos focais foi de 28 minutos no grupo de professores, 25 minutos no grupo de profissionais de saúde do CRAS e 30 minutos no grupo de profissionais de saúde da UBS.

Houve perda de cinco participantes nesta etapa, um por rescisão contratual e quatro por não terem aplicado o instrumento, resultando em um total de 20 pessoas.

A análise e exploração dos dados foi realizada pela pesquisadora e validada pela pesquisadora orientadora, a partir da análise de discurso de linha francesa de Michel Pêcheux e discutido à luz da teoria bioecológica do desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner.

Bronfenbrenner (1986) evidencia que, para que haja o desenvolvimento humano, que inclui a formação da percepção, é necessário que ocorram interligações entre variados contextos, nos quais se insere o indivíduo, ao longo da vida; dessa forma, cada um percebe e comunica o mundo à sua maneira.

São parte desses contextos: o microsistema (família), mesossistema (escola, igreja, vizinhos), exossistema (trabalho dos pais) e macrosistema (cultura, valores e política), que se interagem em seus diferentes níveis, gerando condições positivas ou negativas que, aliadas ao fator genético, podem perpetuar comportamentos (BRONFENBRENNER, 1986).

A partir da construção do *corpus* (coleta de dados), foram seguidas as seguintes etapas: a dessuperficialização, que consistiu em analisar minuciosamente o texto, definindo marcações linguísticas, sinônimas e propriedades discursivas; na próxima etapa, que é a passagem da superfície linguística para o objeto discursivo, foram observadas as formações discursivas que estavam dominando as práticas discursivas, nesse momento buscou-se desfazer que aquilo que foi dito só poderia ser dito daquela maneira, buscando-se compreender o funcionamento do discurso, e a última etapa, a passagem do objeto discursivo para o processo discursivo, que consistiu-se em relacionar as formações discursivas distintas com a ideologia regente entre as relações (ORLANDI, 2020).

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas de ética em pesquisa nacionais e internacionais, incluindo a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, C.A.A.E: 30307520.1.0000.5231, parecer n°. 3.970.750 e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados por uma letra e um número, sendo, V – visitadoras, E – educadoras, ENF – enfermeira, ACS – Agente comunitário de saúde, P – psicóloga, T -técnica de enfermagem. E, para não expor os participantes foram feitas correções ortográficas e retirados os vícios de linguagem, sem alteração do fluxo.

## RESULTADOS

Dos 20 participantes, a totalidade foi do sexo feminino, a idade variou entre 23 e 56 anos, a maioria eram casadas, com filhos em idade de um a 40 anos e com 3º grau completo. Em relação à profissão participaram nove professoras, três assistentes sociais e três pedagogas, duas enfermeiras, uma Agente Comunitário de Saúde (ACS), uma técnica de enfermagem e uma psicóloga. O tempo de profissão variou de três meses a 20 anos.

Com base na concepção que a linguagem não é transparente, e que todo discurso é interpelado pela história e pela ideologia do sujeito, buscou-se no processo de análise, a compreensão da língua fazendo sentido. Dessa forma, o processo discursivo mostrou, por meio do conhecimento intrínseco e extrínseco de cada pessoa, a percepção que o uso do Programa representou para eles: inovação e utilidade, aplicabilidade, formas de agir frente a comportamentos desafiadores e dilemas e desafios.

### Categoria I – Inovação e Utilidade

O guia se apresentou como uma nova ferramenta de aporte científico; e inovadora no ambiente de trabalho. Tem potencial de proporcionar melhorias práticas e somar às que já existem para prevenção ou combate à violência infantil:

*Você tem mais coisa, mais material para elaborar atividade, para elaborar orientação para os pais, é um material que veio a somar no nosso trabalho (V1).*

*Abre um leque de opções, a gente não fica numa opção só, agora a gente tem mais opções para procurar mais conhecimento (ACS).*

Para que algo se torne útil é necessário que satisfaça uma realidade local, que apresente vantagens e seja proveitoso. Foram expressas variadas maneiras de como os participantes perceberam o uso do material em sua realidade diária, desde a sua abrangência e prioridades, conteúdos, linguagens e orientações.

*Abordagens simples de entender, fácil, uma linguagem fácil que a gente pode estar passando para os pais de uma maneira que eles entendam e que não ofenda (V4).*

O guia foi destacado como um conjunto de conhecimento, e de procedimentos que priorizam orientações aos pais/cuidadores em suas ações cotidianas, relacionadas ao processo disciplinar. Além disso, apresentou um conteúdo útil na elaboração de atividade indireta, ou seja, na impossibilidade de um contato direto com os cuidadores, como em casos de pandemia, pode ser utilizado para atendimento em ambientes virtuais.

*Foi feito um panfleto de orientação, de forma abrangente, para todos, e foi entregue para cada família, e então, depois nos atendimentos remotos, vamos fazendo o feedback (V1).*

A utilização do guia possibilitou novos caminhos para orientações desafiadoras no dia a dia em sala de aula:

*Quando a criança morde, bate na outra, foi muito útil aqui a gente saber o que, como a gente deve lidar (E2).*

*Eu utilizei, porque as minhas crianças têm dois aninhos, eles batem no amiguinho, ficam mordendo, então é, agora eu sei como chegar, conversar, agir (E8).*

Tido como um material que veio para somar no trabalho diário, o guia apresentou outros desdobramentos, como exemplo a possibilidade de novas ideias na abordagem de outros tipos de violência e métodos de alcance de forma indireta, utilizando vídeos e músicas e confecção e orientação de panfletos:

*Tiramos até ideias...a gente não tinha essa ideia de mandar atividade assim, mas depois do guia! Tem um vídeo que mostra, uma musiquinha, mostrando quem pode relar no corpo da criança, então a gente nunca tinha pensando nisso, depois do livrinho a gente está procurando (V4).*

Conhecer mais sobre a visão dos cuidadores foi importante, pois de certa forma, favorece o diálogo sobre o assunto durante o atendimento, além de

permitir a visualização na maneira de educar das gerações passadas, que, em alguns momentos, mostrou-se diferente do que imaginavam:

*Eu achei interessante, eu falei com uma avó e eu até achei que ela fosse responder de bater também, porque ela teve essa educação, mas não...dela não querer passar para menina, a maneira que ela foi criada (P).*

O fato de fornecer argumentos para a discussão durante os atendimentos e, ainda, a possibilidade de discussão sobre a forma de educar entre os profissionais, também se mostrou vantajoso.

## Categoria II – Aplicabilidade

Essa categoria se refere aos desdobramentos e à aplicabilidade pessoal, ou seja, o processo de aprender e apreender algo.

Por ter abordagem e compreensão facilitada, o guia foi de fácil aplicabilidade, propiciou um novo olhar e um novo pensamento para as ações no processo de educar, tornou-se uma fonte de conhecimentos específicos científicos, acrescentou, e aprimorou o conhecimento que já possuíam, possibilitando colocar em prática, visto que, no processo de formação pessoal, aprende-se muito a teoria, sem exemplificar como e quando fazer:

*O conhecimento que eu tinha, era da teoria. A gente não sabe como colocar aquilo ali na prática a hora que você tiver diante de alguma situação. O guia, traz de forma mais prática, sugestões de como fazer. Dá exemplos das situações que a gente pode estar vendo e como conduzir. Eu acho que essa é a grande diferença desse material (V1).*

Durante a aplicabilidade sobrepujou entre os participantes da pesquisa, o fato do guia trabalhar diretamente com as famílias de maneira gentil e sem constranger o cuidador, ajudando como falar, sugerir e orientar. Além disso, a possibilidade de ter acesso imediato ao material para consulta sempre que necessário, tornou a utilização cotidiana facilitada.

Alguns profissionais de saúde mostraram-se surpresos ao ouvirem as respostas dos pais/cuidadores, cogitando a possibilidade de mais respostas como o “bater em seu filho” para corrigir um comportamento desafiador:

*Eu me surpreendi também com as respostas das mães que eu entrevistei. A gente sempre tem aquela mentalidade que a maioria das pessoas é conivente com bater e gritar para educar a criança (E2).*

Foi possível melhorar o senso de observação das famílias e perceber diferenças entre a forma de educar do casal, evidenciando a realidade vivida cotidianamente, com o desenvolvimento de uma percepção mais apurada de entendimento e conhecimento sobre a forma de pensar e agir dos cuidadores. Foi possível observar ainda contradições nos discursos dos cuidadores:

*Eu perguntei para mãe e a criança estava perto, e aí a mãe falava que não batia, e a criança falava “não, a mãe bate sim”.*

*Então aquela controvérsia, quer dizer, a criança realmente está falando a verdade. Aí eu perguntei para ela, ela falou assim: “ah de vez em quando a gente tem que bater, não tem como, não tem (ACS).*

### Categoria III - Formas de Agir Frente aos Comportamentos Desafiadores

Quanto ao conteúdo, os entrevistados destacaram que, por orientar os pais/cuidadores em como proceder nos casos de agressão infantil por meio de uma abordagem legal, bem como o fato de considerar a criança como um ser humano integral e em desenvolvimento, também favorece a empatia e humanização.

*O guia traz pontualmente como falar diante de tal situação, a forma de conduzir, então é mais fácil, ele dá exemplos das situações que podemos encontrar e como proceder (V1).*

Neste sentido, observou-se durante os dizeres dos participantes o destaque pontual de alguns temas e opções de orientações que o guia oferece, tais como a desobediência e o mentir:

*O que escuto bastante é a mãe reclamando da criança desobediente. Então talvez no ponto que fala da desobediência, da criança mentir dê para gente trabalhar mais coisas nesse sentido (V5).*

O entendimento do “não” como uso frequente para interrupção de um comportamento desafiador da criança e o estabelecimento de regras claras, curtas e firmes também foi mencionado:

*Aquela disciplina do não, não basta falar “não” para a criança, você tem que explicar o porquê do não. Achei bem interessante. É uma coisa simples que faz a diferença (E2).*

Por permitir a elaboração de novos pensamentos, o guia mostrou o caminho e deu maior direcionamento de como lidar com as situações, além de despertar um olhar mais atento aos pais/cuidadores no momento do atendimento, facilitando o diálogo com o cuidador da criança. A estratégia de redirecionar o comportamento está representada na fala a seguir:

*Tem uma parte que eu achei interessante, é de como usar o nosso corpo, por exemplo a mão, a criança foi lá e bateu, não, vamos usar a mãozinha para fazer outra coisa; aí chutou um amigo, não pera lá, o seu pé é feito para chutar a bola, vamos chutar a bola, jogar um futebol, pular uma amarelinha...(V4).*

Os entrevistados trouxeram a estratégia de preocupar-se com os sentimentos dos outros, proporcionando maior empatia:

*...ela colocou como primeira opção “perguntar ao seu filho como a outra criança se sente”, a única que respondeu, a única que teoricamente passaria por parte da humanização, da empatia, do ser humano (ENF1).*

Alguns conteúdos destacados do guia remetem à demonstração de amor e de assegurar um tempo de qualidade com os filhos. Nesse sentido, foi abordado a escassez da presença dos pais/cuidadores, muitas vezes, relacionado ao tempo de trabalho dispendido em seus empregos, gerando estresse e comprometimento das relações. E, estas situações relacionam-se com a proteção e a segurança do desenvolvimento e da formação integral da criança.

Foi ainda ressaltado a visibilidade que o guia proporcionou, acerca da importância dos cuidadores terem uma mesma linguagem com a criança, e saber abordar a criança sem assustá-la, pois, muitos cuidadores “gritam” no ato disciplinar, o que contribui para o insucesso do comportamento infantil apropriado e afetam a sua segurança emocional.

Foram citados o controle do tempo de uso diário das mídias e o uso de práticas esportivas:

*Achei legal da televisão, do tablet, que precisamos colocar um limite, a gente sabe que é melhor, e o guia fala sobre práticas esportivas também como opção. Bem legal, achei interessante (E9).*

#### Categoria IV – Dilemas e Desafios

Mesmo diante dos aspectos identificados que conferem um caráter de utilidade ao guia, os entrevistados também trouxeram os dilemas vivenciados no processo educativo, as dificuldades em estabelecer outras regras de disciplina como deixar no quarto, tirar o celular, ou seja, como utilizar outros meios de educar.

*A mãe diz que conversa bastante, mas sempre pune. Não bate, mas coloca de castigo e faz a criança refletir; bater ela é contra, geralmente deixa no quarto, tira celular, enfim, alguma coisa faz (P).*

O “bater em determinadas situações” ainda foi citado como um dilema, situações que dependem do senso de justiça e injustiça, defesa e ataque, que se relacionam com valores pessoais e familiares.

*“se a outra criança bater na minha filha, eu bateria na minha filha”; porque alguma coisa ela fez, então eu vou educar ela, batendo nela” (T).*

Houve ainda dúvidas em relação ao revidar ou não quando acontece uma agressão:

*...incentiva a bater, incentiva a revidar: “se você voltar amanhã e você falar que a menina te bateu de novo, você vai apanhar de mim” (ENF1).*

*Uma mãe falou para mim que ela incentiva a filha dela a revidar, porque ela disse que o filho dela mais velho, de 15 anos, foi “saco de pancada” na escola; então ele chegavachorando muito em casa, e ela não quer que aconteça a mesma coisa com a menina dela, que tem 8 anos hoje; então ela ensina que qualquer coisa que fizer é para menina fazer a mesma coisa (P).*

*E a questão do apanhar também do amiguinho, ela manda bater também, pede para criança, para o filho revidar (ACS).*

Outro dilema no processo da educação parental foi como ter paciência, pois a educação é um processo longo e repetitivo já que a criança não entende tudo na primeira vez:

*Eu acho que a dificuldade é sempre estar ali batendo na mesma tecla com a criança sabe, porque às vezes é uma*

*palavra, igual com meu filho que não é acostumado a ouvir daí você tem que estar sempre batendo na mesma tecla, até eles entenderem (E3).*

*A criança, ela tem aquele comportamento repetitivo, então às vezes, durante o dia ela repete várias vezes o mesmo comportamento, daí a gente tem que, ir reforçando até ela aprender a distinguir, aprender (E4)*

Em relação aos desafios enquanto equipe, os entrevistados relataram dificuldades na pré-abordagem do tema com o cuidador, e também relacionadas com a interferência na discussão depois de iniciada entre pais/cuidadores.

Para alguns profissionais, que trabalham diretamente com as famílias participantes de um programa social de maneira voluntária, houve receio em utilizar o guia em sua totalidade de maneira inicial, por temerem a saída das famílias do programa no qual fazem parte, já que é um tema delicado e dependendo da abordagem, as famílias podem desistir dessa participação, por entenderem como uma invasão incisiva:

*A gente não tem como interferir muito sabe? Esse informativo (panfleto) foi feito de forma abrangente, para todos, como orientação. Se a família percebe que a gente está querendo é palpitar ou falar que ela está fazendo errado, não gostam e falam: “oh não quero mais você aqui” (V1).*

Em contrapartida, alguns entrevistados trouxeram também as dificuldades em lembrar tudo na hora de aplicar, e não conseguir aplicar na prática tudo o que aprenderam.

*Não dá para gente lembrar tudo, mas um pouco dá para gente continuar aplicando, o livro a gente tem que ler, reler e ler de novo, a gente sempre vai consultando (E3).*

Mesmo diante da pontuação destes dilemas que constituem o processo de educar e de amparar e proteger a criança em seu crescimento e desenvolvimento, e alguns desafios na aplicabilidade do material, os entrevistados afirmaram gostar do guia, consideraram-no “legal” e “interessante”, uma ferramenta válida para orientar os pais/cuidadores. Além disso, houve também uma boa aceitação pelos cuidadores, que demonstraram interesse pelo material e também o consideraram interessante.

## DISCUSSÃO

Os programas que ajudam os pais/cuidadores a desempenhar o seu papel parental são centrais para cumprir os objetivos dos serviços de proteção à criança, e garantir seu bem-estar (TEMCHEFF *et al.*, 2018). São recomendados como uma das estratégias principais para prevenir o abuso infantil (FANG; BARLOW; ZHANG, 2022).

Pelo fato de serem escassos em países de média e baixa renda, o Programa Brincar Legal: o guia de disciplina saudável e com base na influência do sistema bioecológico de cada pessoa (BRONFENBREENER, 1986), trouxe a percepção de uma ferramenta nova e inovadora no cotidiano do trabalho dos participantes da pesquisa; propiciando a utilização em diversos contextos ou situações, como por exemplo em famílias que possuem maior vulnerabilidade e em casos em que o atendimento não pode ser feito presencialmente, como em situações de pandemias, em que o distanciamento social é necessário.

O Programa mostrou-se útil por apresentar um método acessível e com linguagem facilitada, contribuindo para um entendimento com clareza daquilo que é orientado a ser feito diante da situação. Permitiu conhecer sobre métodos de educar das gerações passadas, evidenciando a influência do contexto sócio- histórico-cultural da época, com sua ideologia e influência dos contextos ambientais (BRONFENBRENNER, 1986; ORLANDI, 2020).

Observou-se um despertar de ideias sobre outros tipos de violência e de que forma podem ser abordadas em contextos difíceis, direcionando as ações profissionais; demonstrando aprendizado, utilidade e inovação.

Foi destacada a utilidade da aplicação do guia em crianças menores, de um a dois anos, que estão em um momento do desenvolvimento que morder, empurrar, puxar cabelo e bater são frequentes (TAO *et al.*, 2021). Os pais são moduladores desse comportamento e têm a função de ajudar a criança na autorregulação emocional (FRICK *et al.*, 2021). Inferindo diretamente na relação do microsistema, e respeitando as características pessoais de cada criança, (BRONFENBRENNER, 1986), ensiná-la o quanto antes na vida sobre comportamentos inadequados, aumentará as chances de sucesso (SCHOLER, 2020).

A utilização do material significou ainda a obtenção e avanço no conhecimento, sobre como lidar com a agressão na infância além de acrescentar, aprimorar e contribuir para fixação de alguns conteúdos já apreendidos; sendo possível colocar em prática, já que o programa traz exemplos de como fazer.

O fato de terem ficado surpresos com as respostas, e com os discursos contraditórios, pode indicar também certo desconforto por parte do cuidador em expressar sua conduta dentro do contexto familiar. O assunto é complexo; assim, ter em mãos uma ferramenta que possa favorecer o diálogo e a discussão sobre o tema, entre cuidadores e profissionais é algo bastante relevante.

Desatacaram-se no discurso algumas formas de agir frente a comportamentos desafiadores como a desobediência, mentir, gritar, morder e agressão, referente ao capítulo dois do programa: Tais comportamentos se não direcionados, podem evoluir para um transtorno de comportamento antissocial, indo de, bater e gritar na infância, até a violência interpessoal e o crime na adolescência, alargando-se, também, os contextos, de casa para a escola e depois para sociedade (HOMEM *et al.*, 2013; CORTES, 2021).

As formas de agir citadas entre os participantes, são parte das 20 opções de escolha que o programa apresenta frente a esses comportamentos. “Estabelecer uma regra clara ao dizer firmemente “não bata””, é considerada uma ótima opção. As crianças querem e precisam que os pais/cuidadores as ensine o que é permitido. Deve-se ensinar as crianças, o quanto antes na vida, que uma das regras clara é: “não machuque os outros” (SCHOLER, 2020).

Para estabelecer uma regra, respostas curtas funcionam melhor, visto que o desenvolvimento cerebral de uma criança é gradativo, o córtex pré-frontal responsável por comportamentos de controle cognitivo, atinge a maturidade somente na vida adulta, portanto, fazer discursos no momento de um comportamento desafiador, será inútil (KOLK; RAKIC, 2022).

A estratégia de “redirecionar para um comportamento positivo”, também é uma ótima opção, significa a troca do comportamento agressivo por um comportamento útil; e pode ser utilizada com frequência com as crianças (SCHOLER, 2020). A linguagem precisa ser fornecida com uma declaração específica e simples da ação esperada, dizendo claramente o que fazer, em vez do que não deve fazer (SCHOLER, 2020) e deve estar em consonância como a comunicação não verbal (LOHMANN; RANDOLPH; OH, 2021).

Outra opção citada foi a de “perguntar como a outra criança se sente”, uma ótima opção de escolha (SCHOLER, 2020). O desenvolvimento adequado da empatia tem sido considerado vital para a aquisição de habilidades de autorregulação e, como resultado, para o desenvolvimento socioemocional saudável (FRICK *et al.*, 2021).

A recomendação quatro do programa “Demonstre amor” também destacada, traz a importância de demonstrar amor a criança, passando tempo com eles, todos os dias; lendo, conversando e contando histórias (SCHOLER, 2020). Segundo Bronfenbrenner (1986) o microsistema é formado pelas relações diárias entre filhos e cuidadores, as relações face-a-face que precisam ser de forma frequente e contínua para que o desenvolvimento seja saudável.

Nesse sentido, é importante que os pais/cuidadores assumam o mesmo estilo parental. Estilos parentais inconsistentes, com diferentes graus de controle paterno e materno, podem impactar também em diferentes graus o desenvolvimento da empatia, favorecendo comportamentos antissociais (WANG; CHEN; GONG, 2021).

Quanto ao tempo de exposição às mídias, o programa recomenda a diminuição da exposição à violência e à mídia excessiva (SCHOLER, 2020), que está diretamente associado a dificuldades de autorregulação emocional, (MUNZER *et al.*, 2018) e, aliado ao conflito familiar, tem sido relacionada ao aumento da agressão subsequente dos adolescentes (GORDON-HACKER; GUERON-SELA, 2020; MARTINS; MARES; NATHANSON, 2019).

Quanto a opção relacionada à prática de esportes, segundo o programa, é uma boa opção depois que outras foram tentadas. Artes marciais, esportes, brincar de “lutinha”, podem realmente ajudar a criança a adquirir melhor controle do comportamento (SCHOLER, 2020).

Mesmo destacando a utilidade que o guia trouxe para suas atividades, os participantes refletiram sobre os dilemas do processo educativo das crianças. Ensinar para crianças pequenas como se comportar bem não é uma tarefa feita de uma só vez ou de solução rápida; pelo contrário, é um processo de orientação que acontece durante meses e anos (SCHOLER, 2020).

Bronfenbrenner (1986), evidencia a influência de todos os sistemas durante a formação de um indivíduo, que necessariamente são desenvolvidos por meio do ambiente em que a criança se encontra, direta ou indiretamente, o

exossistema é considerado uma forma indireta, afinal, as crianças não estão presentes no ambiente de trabalho dos seus pais, mas o tipo de relação no local e a forma como os adultos lidam com isso pode influenciar diretamente o desenvolvimento da criança.

Considerando que as crianças são dependentes dos pais/cuidadores na condução de comportamentos sociais, sugerir a retaliação ao agressor pode ensinar que essa a violência é uma maneira rápida de resolver um conflito. A recomendação um do programa, é ensinar a criança a não ser uma vítima, para que desde muito cedo consiga defender-se diante do comportamento agressivo de um amigo (HUDNUT-BEUMLER; SMITH; SCHOLER, 2018).

Em relação as dificuldades encontradas no processo de pré-abordagem do cuidador, manejar a discussão depois que ela se inicia e a depender do contexto, o receio em utilizar o material em sua totalidade, pode estar relacionado com a complexidade do assunto e a necessidade de uma maior apropriação, habilidade e experiência tanto no tema como da utilização do Programa.

O estudo contribui como informação inovadora na área da saúde e educação, devido à escassez de programas parentais no país voltados para prevenção da violência infantil; além disso, as percepções demonstradas neste estudo mostram-se relevantes diante de um material novo, e trouxeram possibilidades de repensar o processo de trabalho relacionado ao tema.

## **CONCLUSÃO**

Programas parentais têm se mostrado estratégias promissoras na mitigação e na prevenção da violência infantil. O programa Brincar legal: o guia de disciplina saudável utilizado nesse estudo por professores da educação básica e profissionais de saúde obteve variadas percepções a nível profissional.

Perceber o Programa como uma ferramenta nova, inovadora, útil, aplicável na prática, de acesso rápido e fácil linguagem, agregou conhecimento e possibilitou um aprimoramento, bem como sua disseminação.

O Programa evidenciou vantagens por não abordar o tema de maneira direta, evitando o constrangimento por parte do cuidador, e proporcionou uma imersão na visão educacional dos cuidadores, tanto das gerações passadas

como na atual, de forma que, alguns se demonstraram surpresos com as respostas, além de encontrarem contradições nos discursos.

As dificuldades pontuadas pelos participantes como na pré-abordagem, lembrar do conteúdo e colocar na prática tudo o que se leu e aprendeu, fazem parte da adaptação de algo inovador; no entanto, o processo educativo de uma criança em desenvolvimento exige paciência e entendimento de suas limitações.

As limitações do estudo se referem a necessidade da aplicabilidade em outros cenários, com novos delineamentos de pesquisa para avaliação da efetividade do programa, a exemplo, com a população de pais/cuidadores no contexto dos seus lares, impossibilitada no momento deste estudo devido às restrições referentes a pandemia do vírus SARS-CoV2; sendo assim, sugere-se o desenvolvimento de pesquisas com outros delineamentos e em outros cenários para melhor aprofundamento.

A obtenção de um programa breve e abrangente favorece aos profissionais maior segurança em suas ações, bem como a população geral e a própria criança e pode exercer influência positiva no desenvolvimento do sistema bioecológico.

## REFERÊNCIAS

BLAND, V. J.; LAMBIE, I.; BEST, C. Does childhood neglect contribute to violent behavior in adulthood? A review of possible links. **Clinical Psychology Review**, v. 60, p. 126-135, 2018.

BRANCO, M. S. S.; ALTAFIM, E. R. P.; LINHARES, M. B. M. Universal intervention to strengthen parenting and prevent child maltreatment: Updated systematic review. **Trauma, Violence & Abuse**, p. 15248380211013131, 2021.

BRASIL. **Programa Criança Feliz**. 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz/copy\\_of\\_o-programa](https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz/copy_of_o-programa). Acesso em: 30 set. 2022.

BRONFENBRENNER, U. Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. **Developmental Psychology**, v. 22, n. 6, p. 723, 1986.

CORTES, L. O. C. Transtorno Desafiador Opositor na Infância. **Revista Portuguesa Interdisciplinar**, v. 2, n. 01, p. 25-34, 2021.

EGRY, E. Y.; APOSTOLICO, M. R.; MORAIS, T. C. P. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 83-92, 2018.

FANG, Z.; BARLOW, J.; ZHANG, C. Parenting programs that address physical abuse in childhood for families of children with developmental disabilities in Mainland China: Systematic review and meta-regression. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 23, n. 2, p. 457-475, 2022.

FARAJ, S. P.; SIQUEIRA, A. C.; ARPINI, D. M. Rede de proteção: o olhar de profissionais do sistema de garantia de direitos. **Temas Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 727-741, jun. 2016. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2016000200018&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200018&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 21 mai. 2022.

FRICK, P. J. *et al.* Conduct disorders and empathy development. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 17, n. 1, p. 391-416, 2021.

GORDON-HACKER, A.; GUERON-SELA, N. Maternal use of media to regulate child distress: A double-edged sword? Longitudinal links to toddlers' negative emotionality. **Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking**, v. 23, n. 6, p. 400-405, 2020.

HOMEM, T. C. *et al.* Perturbações de Comportamento Externalizante em Idade Pré-Escolar: O caso específico da Perturbação de Oposição. **Análise Psicológica**, v. 31, n. 1, 2013.

HUDNUT-BEUMLER, J.; SMITH, A.; SCHOLER, S. J. How to convince parents to stop spanking their children. **Clinical pediatrics**, v. 57, n. 2, p. 129-136, 2018. <https://doi.org/10.1177/0009922817693298>

KOLK, S. M.; RAKIC, P. Development of prefrontal cortex. **Neuropsychopharmacology**, v. 47, n. 1, p. 41-57, 2022.

LI, S.; ZHAO, F.; YU, G. A meta-analysis of childhood maltreatment and intimate partner violence perpetra. **Aggression and Violent Behavior**, v. 50, 101362, 2019.

LOHMANN, M. J.; RANDOLPH, K. M.; OH, J. H. Classroom management strategies for Hyflex instruction: Setting students up for success in the hybrid environment. **Early Childhood Education Journal**, v. 49, n. 5, p. 807-814, 2021.

MARTIN, N. B. El ODS 16 en la agenda 2030: de la indefinición a algunas propuestas (iusfilosóficas) para su concreció. **Revista Quaestio Iuris**, v. 13, n. 04, p. 1939-1974, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/51991>. Acesso em: 02 jul. 2022.

MARTINS, N.; MARES, M.; NATHANSON, A. I. Mixed messages: inconsistent parental mediation indirectly predicts teens' online relational aggression. **Journal of Family Communication**, v. 19, n. 4, p. 311-328, 2019.

MORENO, G. L. A relação escola-família e a organização do trabalho pedagógico na educação infantil. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 13, n. 4, p. 1187-1203, 2018. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/9778>. Acesso em: 18 mai. 2022.

MUNZER, T. G. *et al.* Media exposure in low-income preschool-aged children is associated with multiple measures of self-regulatory behavior. **Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP**, v. 39, n. 4, p. 303, 2018.

MURRAY, J. *et al.* Os efeitos de duas intervenções parentais precoces na agressão infantil e risco de violência no Brasil (The PIÁ Trial): protocolo para um estudo controlado randomizado. **Julgamentos**, v. 20, n. 1, p. 1-12, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa sobre COVID-19**. Washington, DC: OPAS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 16 nov. 2022.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 13. ed. Campinas, SP: Pontes, 2020.

ROSTAD, W. L. *et al.* Barriers to participation in parenting programs: the relationship between parenting stress, perceived barriers, and program completion. **Journal of Child and Family Studies**, v. 27, n. 4, p. 1264-1274, 2018.

SCHOLER, S. **Play Nicely**. In: Ending the physical punishment of children: A guide for clinicians and practitioners. American Psychological Association, p. 49-61, 2020.

TAO, S. *et al.* The effects of mindfulness-based interventions on child and adolescent aggression: a systematic review and meta-analysis. **Mindfulness**, v. 12, n. 6, p. 1301-1315, 2021.

TEMCHEFF, C. E. *et al.* Common components of evidence-based parenting programs for preventing maltreatment of school-age children. **Child Abuse & Neglect**, v. 80, p. 226-237, 2018.

VANDERBILT UNIVERSITY MEDICAL CENTER. **Monroe Carell Jr. Children's Hospital at Vanderbilt**. 2020. Disponível em: <https://www.childrenshospitalvanderbilt.org/information/play-nicely-healthy-discipline-program>. Acesso em: 16 fev. 2022.

WANG, J.; CHEN, C.; GONG, X. The impact of family socioeconomic status and parenting styles on children's academic trajectories: A longitudinal study comparing migrant and urban children in China. **New Directions for Child and Adolescent Development**, v. 2021, n. 176, p. 81-102, 2021.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tradução e adaptação transcultural do “*Play Nicely Program: The Healthy Discipline Handbook*” programa Brincar legal: o guia de disciplina saudável”, mostrou-se satisfatória na cultura brasileira. A verificação das equivalências idiomática, semântica, conceitual e cultural pela população de juízes e pela população do pré-teste, apresentou um IVC acima de 80% conforme recomendado na literatura. Após o cumprimento das etapas propostas nesse estudo adquiriu-se o título: “Programa Brincar Legal: o guia de disciplina saudável”.

A aplicabilidade do “Programa Brincar Legal: o guia de disciplina saudável” na população de professores da educação básica e de profissionais de saúde trouxe resultados positivos na prática profissional diária e proporcionou a obtenção de diversos significados como inovação e utilidade, aplicabilidade, formas de agir frente a comportamentos desafiadores e, dilemas e desafios. Tido como uma nova ferramenta de subsídio científico, proporcionou aprimoramento e novos conhecimentos, bem como a possibilidade de colocar em prática, já que o programa traz exemplos de como fazer.

Embora direto, o guia aborda o tema da violência infantil com sutileza e de maneira facilitada, o que o torna utilizável em variados contextos e situações, como no caso de atendimento remoto, além de proporcionar novas ideias e outros desdobramentos do tema. A obtenção de maior proximidade com as famílias permitiu maior conhecimento de conceitos e crenças familiares relacionados com a punição corporal e o estilo parental utilizado.

Foram elencadas várias formas de agir frente a comportamentos desafiadores: “estabelecer uma regra clara ao dizer firmemente “não bata”, “redirecionar para um comportamento positivo”, “perguntar como a outra criança se sente”, demonstrar amor, diminuição da exposição à violência e à mídia excessiva e práticas esportivas.

Foi possível observar uma reflexão pessoal e profissional das ações utilizadas no cotidiano, e, neste sentido, surgiram alguns dilemas e desafios referentes a educação da criança e aplicabilidade do Programa.

Por se tratar de um material voltado à proteção e à mitigação da violência infantil, o guia favoreceu aos profissionais maior segurança em suas ações, bem como para os cuidadores e crianças.

Recomenda-se o empreendimento de esforços políticos direcionados para a capacitação profissional, tanto em casos em que a violência infantil está instalada como em sua prevenção, bem como a capacitação de pais e cuidadores. Nesse sentido, programas parentais constituem-se uma boa estratégia, a fim de contribuir para uma maior e melhor garantia de proteção dos direitos da criança.

Sugere-se novos estudos com diferentes delineamentos para aquisição de novos conhecimentos sobre a temática.

## REFERÊNCIAS

AAS, M. *et al.* Reduced brain-derived neurotrophic factor is associated with childhood trauma experiences and number of depressive episodes in severe mental disorders. **Schizophrenia Research**, v. 205, p. 45-50, 2019.

AAS, M. *et al.* The role of childhood trauma in bipolar disorders. **International Journal of Bipolar Disorders**, v. 4, n. 1, p. 1-10, 2016.

ADU, J.; OUDSHOORN, A. The deinstitutionalization of psychiatric hospitals in Ghana: An application of Bronfenbrenner's social-ecological model. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 41, n. 4, p. 306-314, 2020.

AFIFI, T. *et al.* Child abuse and physical health in adulthood. **Health Reports**, v. 27, n. 3, p. 10, 2016.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3061-3068, 2011.

ANDA, R. F.; PORTER, L. E.; BROWN, D. Inside the adverse childhood experience score: Strengths, limitations, and misapplications. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 59, n. 2, p. 293-295, 2020.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara. 1981.

ARKAN, B. *et al.* The efficacy and acceptability of the Triple P: Positive Parenting Program with Turkish parents. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, v. 33, n. 3, p. 148-156, 2020.

ATLAS DA VIOLÊNCIA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (org); **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2019.

BARRETO, J. E. F. *et al.* Sistema límbico e as emoções. **Revista Neurociências**, v. 18, n. 3, p. 386-394, 2010.

BEATON, D. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine (Phila PA 1976)**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>. Acesso em: 12 abr. 2021.

BEATON, D. *et al.* **Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures**. Institute for Work & Health, 2007.

BENETTI, I. C. *et al.* Fundamentos de la teoría bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Pensando Psicología**, v. 9, n. 16, p. 89-99, 2013.

BERGAMASCHI, J. P. M. *et al.* Análise de fraturas diafisárias do fêmur em crianças menores de 3 anos de idade. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 15, n. 2, p. 72-75, 2007.

BERMUDEZ, B. E. B. V. **Violência e saúde de adolescentes e jovens – Como o pediatra deve proceder?** 2018. Disponível em: [http://www.ufrgs.br/pediatria/Repositorio/med02008-pediatria-estagio/seminarios-de-atencao-primaria-1/bibliografia-suplementar/sbp\\_violencia\\_e\\_saude\\_de\\_adolescentes\\_e\\_jovens\\_2018](http://www.ufrgs.br/pediatria/Repositorio/med02008-pediatria-estagio/seminarios-de-atencao-primaria-1/bibliografia-suplementar/sbp_violencia_e_saude_de_adolescentes_e_jovens_2018). Acesso em: 30 set. 2022.

BERNASKI, J; SOCHODOLAK, H. História da violência e sociedade brasileira. **Oficina do Historiador**, v. 11, n. 1, p.43-78, 2018.

BHATIA, A. *et al.* Violence against children during the COVID-19 pandemic. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 99, n. 10, p. 730, 2021.

BORSA, J. C.; DAMASIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 22, n. 53, p. 423-432, 2012.

BOSAIPO, N. B.; BORGES, V. F.; JURUENA, M. F. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. **Revista FMRP-USP**, p. 72-84, 2017.

BOTELHO, M. J.; CRUZ, G. A. V. **Metodologia científica**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2013, 131 p.

BOULLIER, M.; BLAIR, M. Adverse childhood experiences. **Paediatrics and Child Health**, v. 28, n. 3, p. 132-137, 2018.

BRAHAM, M. Y. *et al.* Caregiver-fabricated illness in a child: A case report of three siblings. **Journal of Forensic Nursing**, v. 13, n. 1, p. 39-42, 2017.

BRANCO, M. S. S.; LINHARES, M. B. M. The toxic stress and its impact on development in the Shonkoff's Ecobiodevelopmental Theoretical approach. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 35, n. 1, p. 89-98, 2018.

BRASIL, L. L. Michel Pêcheux e a teoria da análise de discurso: desdobramentos importantes para a compreensão de uma tipologia discursiva. **Linguagem: estudos e pesquisas**, v. 15, n. 1, 2011.

BRASIL. **81% dos casos de violência contra crianças e adolescentes ocorrem dentro de casa**. 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/81-dos-casos-de-violencia-contra-criancas-e-adolescentes-ocorrem-dentro-de-casa>. Acesso em: 30 set. 2022.

BRASIL. Agência Senado. **Avanço na legislação marca os 20 anos de combate à exploração sexual de crianças**. 2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/05/15/avanco-na-legislacao->

marca-os-20-anos-de-combate-a-exploracao-sexual-de-criancas. Acesso em: 30 set. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Conheça o trabalho da Frente Parlamentar Mista de Enfrentamento à Pedofilia**. 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/tv/629613-conheca-o-trabalho-da-frente-parlamentar-mista-de-enfrentamento-a-pedofilia/>. Acesso em: 30 set. 2022.

BRASIL. Código Penal Brasileiro. **Maus tratos - definição do artigo 136**. Decreto Lei 2840 de 07 dez. 1940. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/busca?q=Art.+136+do+Decreto+Lei+2848%2F40> Acesso. em: 30 set. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). **Resolução nº 213, de 20 de novembro de 2018**. Dispõe sobre estratégias para o Enfrentamento da Violência Letal contra crianças e adolescentes. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. 1988.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama> Acesso em: 30 set. 2022

BRASIL. **Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009**. Diário Oficial da União. Brasília-DF, 2009b. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=12015&ano=2009&ato=13fQTWU90dVpWTAaf>. Acesso em: 30 set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.435, DE 6 DE JULHO DE 2011**. Diário Oficial da União. Brasília-DF, 2011. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=12435&ano=2011&ato=d5clTVE1UMVpWT52b>. Acesso em: 30 set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013**. Diário Oficial da União. Brasília-DF, 2013. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=12845&ano=2013&ato=59eMTVU50MVpWTb6e>. Acesso em: 30 set. 2021

BRASIL. **Lei nº 13.010, 26 de junho de 2014**. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial da União. Brasília-DF, 2014. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13010&ano=2014&ato=7e3ITWE9ENVpWTA52>. Acesso em: 30 set. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.431, de 04 de abril de 2017**. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial da União. Brasília-DF, 2017. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13431&ano=2017&ato=c57oXQU5EeZpWT7de>. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8242, de 12 de outubro de 1991**. Cria Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília-DF, 1991. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8242.htm#:~:text=Cria%20o%20Conselho%20Nacional%20dos,Conanda\)%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8242.htm#:~:text=Cria%20o%20Conselho%20Nacional%20dos,Conanda)%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs). Acesso em: 30 set. 2022.

BRASIL. **Lei nº 9.455, de 07 de abril de 1997**. Define os crimes de tortura e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília-DF, 1997. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=9455&ano=1997&ato=b5alzYU90MjPWTa42>. Acesso em: 30 set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 9.970, de 17 de maio de 2000**. Institui o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Combate do Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Diário Oficial da União. Brasília-DF, 2000. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=9970&ano=2000&ato=a03MzYq1kMNPWT882>. Acesso em: 30 set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022**. Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente. Diário Oficial da União. Brasília-DF, 2022. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=14344&ano=2022&ato=5d4kXR61kMZpWT289>. Acesso em: 30 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Guia para visita domiciliar**: manual. 1. ed. rev. atual. Brasília, DF: Ministério da Cidadania, 2019. 110p. 30 cm.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Lei Menino Bernardo completa quatro anos**. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/junho/lei-menino-bernardo-completa-quatro-anos>. Acesso em: 30 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis**. 2015. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estudos/violencia/>. Acesso em: 08 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. 2021a. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Listar\\_Mantidas.asp?VCnpj=76331941000170](http://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=76331941000170). Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/cebas/cnes-cadastro-nacional-de-estabelecimentos-de-saude>. Acesso em: 10 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único da Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). **Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências.** Brasília, DF: MS/SVS, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.** 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def>. Acesso em: 30 set. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 9, de 15 de abril de 2014.** Ratifica e reconhece as ocupações e as áreas de ocupações profissionais de ensino médio e fundamental do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, em consonância com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOB-RH/SUAS. 2014.

BRASIL. **Programa Criança Feliz.** 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz/copy\\_of\\_o-programa](https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz/copy_of_o-programa). Acesso em: 30 set. 2022.

BRONFENBRENNER, U. Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. **Developmental Psychology**, v. 22, n. 6, p. 723, 1986.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. **The bioecological model of human development.** EM DAMON, W.; LERNER, R. M. (ed). Handbook of child psychology, v. 1: Theoretical models of human development (993-1028). New York: John Wiley. 2006.

BURKHART, K. *et al.* Decreasing Caregivers' Positive Attitudes Toward Spanking. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 32, n. 4, p. 333-339, 2018.

BURKHART, K.; KNOX, M.; HUNTER, K. Changing health care professionals' attitudes toward spanking. **Clinical Pediatrics**, v. 55, n. 11, p. 1005-1011, 2016.

CAMPBELL, K. A. *et al.* Nurse-Family Partnership and Geography: An Intersectional Perspective. **Global qualitative nursing research**, v. 7, p. 2333393619900888, 2020.

CATTANE, N. *et al.* Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. **BMC psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 221, 2017.

CAVALCANTI, A. F. C. *et al.* Lesões Maxilofaciais em Crianças e Adolescentes Brasileiros Vítimas de Violência Física: Uma Análise Única do Centro Forense. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 20, 2020.

CEBC. **California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare**. 2014. <https://www.cebc4cw.org/program/the-incredible-years/detailed> Acesso em: 15 fev. 2021

CECI, S. J. Urie Bronfenbrenner (1917-2005). **American Psychologist**, v. 61, n. 2, p. 173-174, 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **CDC-Kaiser ACE Study**. 2021. Disponível em: [https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html?CDC\\_AA\\_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Facestudy%2Fabout.html](https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Facestudy%2Fabout.html). Acesso em: 30 set. 2022.

CONTI, T. V. **Os tipos de violência e suas interações**. 2016. Disponível em: <http://thomasvconti.com.br/2016/os-conceitos-de-violencia-direta-estrutural-e-cultural/>. Acesso em: 10 nov. 2022.

CHAVIS, A. *et al.* A brief intervention affects parents' attitudes toward using less physical punishment. **Child Abuse & Neglect**, v. 37, n. 12, p. 1192-1201, 2013.

CHILDHOOD. **Dia Nacional do Enfrentamento ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes**. 2019. Disponível em: <https://www.childhood.org.br/18-de-maio>. Acesso em: 30 set. 2020.

CONNOLLY, M.; KATZ, I. Typologies of child protection systems: an international approach. **Child abuse review**, v. 28, n. 5, p. 381-394, 2019.

CONTI, T. V. **Armas, Guerras e Instituições: os Estados Unidos, 1840-1940**. Campinas: IE/UNICAMP, 2019.

COORE DESAI, C.; REECE, J.; SHAKESPEARE-PELLINGTON, S. The prevention of violence in childhood through parenting programmes: a global review. **Psychology, Health & Medicine**, v. 22, n. sup1, p. 166-186, 2017.

COSCIONI, V. *et al.* Pressupostos teórico-metodológicos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano: uma pesquisa com adolescentes em medida socioeducativa. **Psicologia USP [online]**, v. 29, n. 3, p. 363-373, 2018.

COSTA, J. M. **A evolução histórica dos Direitos Humanos**. 2015. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/41048/a-evolucao-historica-dos-direitos-humanos> Acesso em: 04 nov. 2020

COWLEY-MALCOLM, E. **Perceptions of Samoan parents from a small town in New Zealand on parenting, childhood aggression, and the CD-ROM'Play Nicely'**. 2013.

DA SILVA PASSOS, J. D. Evolução histórica dos Direitos Humanos. **Unisul de Fato e de Direito: revista jurídica da Universidade do Sul de Santa Catarina**, v. 7, n. 13, p. 231-244, 2016.

DE CARVALHO BARRETO, A. Paradigma sistêmico no desenvolvimento humano e familiar: a teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Psicologia Revista**, v. 22, n. 2, p. 275-293, 2016.

DE CARVALHO SOARES, A. M. Construção social da violência e a negação da civilidade. **Latitude**, v. 8, n. 1, 2018.

DE CASTRO BINS, H. D. *et al.* Childhood trauma, psychiatric disorders, and criminality in women: Associations with serum levels of brain-derived neurotrophic factor. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 71, p. 101574, 2020.

DE CHECCHI, M. H. R.; FRANCESQUINI JÚNIOR, L.; TENANI, C. F. (org.) **Manual instrutivo - uma problemática em saúde pública: violência infantil**. Coari, AM: ISB/UFAM; Piracicaba, SP: FOP/UNICAMP, 2021. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=110751>. Acesso em: 19 mai. 2021.

DE MACEDO BERNARDINO, Í. *et al.* Physical violence against Brazilian children and adolescents: a 4-year study. **Journal of Public Health**, v. 24, n. 2, p. 135-140, 2016.

DE SOUZA, L. K. Recomendações para a realização de grupos focais na pesquisa qualitativa. **Psi Unisc**, v. 4, n. 1, p. 52-66, 2020.

DIGIÁCOMO, M. J; DE AMORIM DIGIÁCOMO, I. Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado. **Ministério Público do Estado do Paraná**. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, v. 6, 2013.

DOS SANTOS, B. R. *et al.* **Desenvolvimento de paradigmas de proteção para crianças e adolescentes brasileiros**. 2009.

DUARTE, A. Poder, violência e revolução no pensamento político de Hannah Arendt. **Cadernos de filosofia alemã: crítica e modernidade**, v. 21, n. 3, p. 13-27, 2016.

DURRANT, J. E.; ENSOM, R. Twenty-five years of physical punishment research: what have we learned? **Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 28, n. 1, p. 20-24, 2017.

EDWARDS, K. M.; NEAL, A. M.; RODENHIZER-STÄMPFLI, K. A. **Domestic violence prevention**. In: Preventing crime and violence. Springer, Cham, 2017. p. 215-227.

EPSTEIN, J.; SANTO, R. M.; GUILLEMIN, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. **Journal of clinical epidemiology**, v. 68, n. 4, p. 435-441, 2015.

FANG, X. *et al.* The economic burden of violence against children in South Africa. **International journal of environmental research and public health**, v. 14, n. 11, p. 1431, 2017.

FERRARI, E. A. *et al.* Plasticidade neural: relações com o comportamento e abordagens experimentais. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 17, p. 187-194, 2001.

FINKLER, A. Síndrome da criança espancada: uma reflexão acerca da história, causas e consequências das sevícias infantis. **Unisul de Fato e de Direito: revista jurídica da Universidade do Sul de Santa Catarina**, v. 2, n. 4, p. 177-185, 2012.

FLECKMAN, J. M. *et al.* Role of direct and indirect violence exposure on externalizing behavior in children. **Journal of urban health**, v. 93, n. 3, p. 479-492, 2016.

FONT, S. A.; CAGE, J. Dimensions of physical punishment and their associations with children's cognitive performance and school adjustment. **Child abuse & neglect**, v. 75, p. 29-40, 2018.

GARDNER, F.; LEIJTEN, P. Intervenções parentais de anos incríveis: pesquisa de eficácia atual e direções futuras. **Opinião atual em psicologia**, v. 15, p. 99-104, 2017.

GROGAN-KAYLOR, A; MA, J; GRAHAM-BERMANN, S. A. The case against physical punishment. **Current opinion in psychology**, v. 19, p. 22-27, 2018.

GUERRA, V. N. A. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisada**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

GUISSO, L.; BOLZE, S. D. A.; VIERA, M. L. Práticas parentais positivas e programas de treinamento parental: uma revisão sistemática da literatura. **Contextos Clínicos**, v. 12, n. 1, p. 226-255, 2019.

HUDNUT-BEUMLER, J.; SMITH, A.; SCHOLER, S. J. How to convince parents to stop spanking their children. **Clinical Pediatrics**, v. 57, n. 2, p. 129-136, 2018.

HUGHES, K. *et al.* The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Public Health**, v. 2, n. 8, p. e356-e366, 2017.

HUNT, T. K. A.; SLACK, K. S.; BERGER, L. M. Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. **Child Abuse & Neglect**, v. 67, p. 391-402, 2017.

ISOHOOKANA, R. *et al.* O impacto de experiências adversas na infância sobre a obesidade e comportamentos não saudáveis de controle de peso entre adolescentes. **Comprehensive Psychiatry**, 71, p. 17-24, 2016.

KAVURMA, C. *et al.* Do serum BDNF levels vary in self-harm behavior among adolescents and are they correlated with traumatic experiences? **Psychiatry research**, v. 258, p. 130-135, 2017.

KEHOE, P.; SHOEMAKER, W. **Infant stress, neuroplasticity, and behavior.** In: *Developmental Psychobiology*. Springer, Boston, MA, 2001. 551-585 pp.

KNOW VIOLENCE IN CHILDHOOD. **Ending Violence in Childhood.** Global Report 2017. Know Violence in Childhood. New Delhi; India. 2017.

LESTER, S.; LAWRENCE, C.; WARD, C. L. What do we know about preventing school violence? A systematic review of systematic reviews. **Psychology, Health & Medicine**, v. 22, n. sup1, p. 187-223, 2017.

LINHARES, M. B. M. Early childhood stress: Impacts on health and protective mechanisms/Estresse precoce no desenvolvimento: impactos na saúde e mecanismos de proteção. **Estudos de Psicologia**, v. 33, n. 4, p. 587-600, 2016.

LINO, C. R. M. *et al.* Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa conduzida pela enfermagem do Brasil: uma revisão integrativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, e1730017, 2017.

LOUREIRO, A. J. C.; SILVA, A. C. F. Concepções de Infância ao Longo da História e a Evolução Jurídica do Direito da Criança. **Boletim Jurídico (Uberaba Online)**, v. XIII, p. 01, 2019.

MACHADO, R. S. *et al.* Métodos de adaptação transcultural de instrumentos na área da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, e2017-0164, 2018.

MANTELL, D. M. *et al.* State-by-State Analysis of Child Fatality Reporting: a 21-Year Review. **International Journal on Child Maltreatment: Research, Policy and Practice**, v. 3, p. 409-419, 2020.

MATHEWS, B. *et al.* Improving measurement of child abuse and neglect: A systematic review and analysis of national prevalence studies. **PLoS one**, v. 15, n. 1, p. e0227884, 2020.

MEINCK, F. *et al.* Physical, emotional and sexual adolescent abuse victimisation in South Africa: prevalence, incidence, perpetrators and locations. **Journal of Epidemiology Community Health**, v. 70, n. 9, p. 910-916, 2016.

MEJIA, A. *et al.* Protecting children in low-and middle-income countries from abuse and neglect: critical challenges for successful implementation of parenting programmes. **The European Journal of Development Research**, v. 29, n. 5, p. 1038-1052, 2017.

MELO, R. A. *et al.* Rede de proteção na assistência às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020.

MENDES, P. B.; DE MELO, S. R. Origem e Desenvolvimento da Mielina no Sistema Nervoso Central-Um Estudo de Revisão. **Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 1, 2011.

MINAYO, M. C. S. **Apresentação**. In: Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection, pp. 7-10.

MISKOLCZI, C.; HALÁSZ, J.; MIKICS, É. Changes in neuroplasticity following early-life social adversities: the possible role of brain-derived neurotrophic factor. **Pediatric Research**, v. 85, n. 2, p. 225-233, 2019.

NEELY, J. A. *et al.* The effect of primary care interventions on children's media viewing habits and exposure to violence. **Academic Pediatrics**, v. 13, n. 6, p. 531-539, 2013.

NODARI, P. C. **Razão e violência**. In: GRIOT, E. W. Revista de Filosofia, v. 16, n. 2, p. 188-204, 2017.

NURSE-FAMILY PARTNERSHIP. **Benefits and Costs**. 2020. Disponível em: <https://www.nursefamilypartnership.org/wp-content/uploads/2020/08/NFP-Benefits-and-Costs.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

OLIVEIRA, F. D. *et al.* Aspectos teóricos e metodológicos para adaptação cultural e validação de instrumentos na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2, e4900016, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **A cada ano, 55 milhões de crianças são vítimas de algum tipo de violência na Europa**. 2020. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/01/1700572>. Acesso em: 05 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002. 380p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **INSPIRE. Sete estratégias para por fim à violência contra crianças**. Washington, D.C: OPAS, 2017.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 13. ed. Campinas, SP: Pontes, 2005.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 13. ed. Campinas, SP: Pontes, 2020.

PAL, R.; ELBERS, J. Neuroplasticity: The other side of the coin. **Pediatric neurology**, v. 84, p. 3-4, 2018.

PALHARES, M. F. S.; SCHWARTZ, G. M. **A violência**. In: Não é só a torcida organizada: o que os torcedores organizados têm a dizer sobre a violência no futebol? São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. 11-26 pp.

PARANÁ. Governo do Estado do Paraná. Secretaria da Saúde. Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). 2022. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Vigilancia-de-Violencias-e-Acidentes-VIVA>. Acesso em: 20 set. 2022.

PARANÁ. Ministério Público do Estado do Paraná. **Criança e adolescente**. 2019. Disponível em: <http://crianca.mppr.mp.br/pagina-3.html> Acesso em: 30 set. 2022

PEREDA, N.; DÍAZ-FAES, D. A. Family violence against children in the wake of COVID-19 pandemic: a review of current perspectives and risk factors. **Child and adolescent psychiatry and mental health**, v. 14, n. 1, p. 1-7, 2020.

PEREIRA, A. B. M; CONCEIÇÃO, M. I. G.; BORGES, L. F. F. Reflexões sobre formação de professores para o enfrentamento da violência intrafamiliar contra crianças. **Tecnia**, v. 2, n. 2, p. 63-83, 2018.

PEREIRA, F. G.; VIANA, M. C. Adaptação transcultural do Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021.

PEREIRA, A. S. M.; SOUZA, S. T. B. Lutas corporais indígenas: um estudo com professores de educação física do município de Fortaleza – CE. **Corpo consciência**, v. 25, n. 3, p. 34-48, 2021. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/corpoconsciencia/article/view/12153>. Acesso em: 25 out. 2022.

PERINE, M. **Filosofia e violência: sentido a intenção da filosofia de Éric Weil / Marcelo Perine**. 2. ed. rev. São Paulo: Edições Loyola, 2013.

PERRY, B. D. **The Neurodevelopmental Impact of Violence in Childhood**. Textbook of Child and Adolescent Forensic Psychiatry. Washington, D. C., 2001.

PINHEIRO, M. Fundamentos de neuropsicologia—o desenvolvimento cerebral da criança. **Vita et Sanitas**, v. 1, n. 1, p. 34-48, 2007.

PIQUERO, A. R. *et al.* Domestic violence during the COVID-19 pandemic—Evidence from a systematic review and meta-analysis. **Journal of criminal justice**, v. 74, n. C, 2021.

POLIT, D.; BECK, C. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

REDE NACIONAL DA PRIMEIRA INFANCIA (RNPI). **Frente Parlamentar Mista da criança e do adolescente é relançada em Brasília**. 2019. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/frente-parlamentar-mista-da-crianca-e-do-adolescente-e-relancada-em-brasilia/>. Acesso em: 05 nov. 2020.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 665-673, 2007.

RENNER, J. A. Desobediência Civil e Não Violência. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, v. 6, n. 11, p. 328-353, 2018.

RIBEIRO, B. R.; SANTOS, M. F. P. **Evolução das leis que regulamentam as infrações praticadas por adolescentes**. Boletim Jurídico. 2018. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/69847/evolucao-das-leis-que-regulamentam-as-infracoes-praticadas-por-adolescentes>. Acesso em: 05 nov. 2020.

RIBEIRO, K. P. Violência e Poder em Hannah Arendt. **Cadernos Arendt**, v. 1, n. 2, 2020.

RICHARDS, T. N.; JUSTIN, N. **Domestic violence calls for help increased during the pandemic - but the answers haven't gotten any easier**. The Conversation. 2021. Disponível em: <https://theconversation.com/domestic-violence-calls-for-help-increased-during-the-pandemic-but-the-answers-havent-gotten-any-easier-156683>. Acesso em: 05 nov. 2021.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999, 329 p.

ROBERTI JUNIOR, J. P. Evolução jurídica do Direito da criança e do adolescente no Brasil. **Revista Eletrônica da Unifebe**, v. 1, p. 105-122, 2012.

ROSEMBERG, F.; MARIANO, C. L. S. A convenção internacional sobre os direitos da criança: debates e tensões. **Cadernos de pesquisa**, v. 40, n. 141, p. 693-728, 2010.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, F. C.; LUCIO, B. P. **Metodologia da pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006, 569 p.

SANTOMÉ, L. M. *et al.* Crianças hospitalizadas por maus-tratos em UTI de um Serviço Público de Saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 1420-1427, 2018.

SANTOS, B. R. **Guia de referência: construindo uma cultura de prevenção à violência sexual** / Benedito Rodrigues dos Santos, Rita Ippolito. São Paulo:

Childhood - Instituto WCF-Brasil: Prefeitura da Cidade de São Paulo. Secretaria de Educação, 2009.

SCHOLER, S. J *et al.* A brief intervention facilitates discussions about discipline in pediatric primary care. **Clinical pediatrics**, v. 54, n. 8, p. 732-737, 2015.

SCHOLER, S. J. *et al.* A brief intervention may affect parents' attitudes toward using less physical punishment. **Family & Community Health**, v. 33, n. 2, p. 106-116, 2010.

SCHOLER, S. J.; HUDNUT-BEUMLER, J.; DIETRICH, M. S. The Effect of Physician—Parent Discussions and a Brief Intervention on Caregivers' Plan to Discipline: Is it Time for a New Approach? **Clinical Pediatrics**, v. 50, n. 8, p. 712-719, 2011.

SCHOLER, S. J.; HUDNUT-BEUMLER, J.; DIETRICH, M. S. Why parents value a brief required primary care intervention that teaches discipline strategies. **Clinical pediatrics**, v. 51, n. 6, p. 538-545, 2012.

SCHOLER, S. **Play Nicely**. In: Ending the physical punishment of children: A guide for clinicians and practitioners. American Psychological Association, p. 49-61, 2020.

SHANAHAN, M. E.; AUSTIN, A. E.; BERKOFF, M. C. Prevalence of Injuries Among Medicaid Enrolled Infants Prior to Child Abuse and Neglect. **Child Maltreat**, v. 27, n. 2, p. 218-224, 2021.

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

SMITH, A. E.; HUDNUT-BEUMLER, J.; SCHOLER, S. J. Can discipline education be culturally sensitive? **Maternal and child health journal**, v. 21, n. 1, p. 177-186, 2017.

SONU, S.; POST, S.; FEINGLASS, J. Adverse childhood experiences and the onset of chronic disease in young adulthood. **Preventive medicine**, v. 123, p. 163-170, 2019.

SOUSA FILHO, D. *et al.* Síndrome de Munchausen e síndrome de Munchausen por procuração: uma revisão narrativa. **Einstein (São Paulo)**, v. 15, n. 4, p. 516-521, 2017.

SOUSA, V.; ROJJANASRIRAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 17, n. 2, p. 268-274, 2011.

SOUZA, J. S. R. *et al.* Política, segurança e saúde pública no Brasil: combatendo a violência. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 14, e244226, 2020.

STANTON, K. J. *et al.* Childhood Trauma and Psychosis: An Updated Review. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics**, v. 29, n. 1, p. 115-129, 2020.

THIEL, E. **How to Promote Neuroplasticity Following Trauma**. 2019.

TOGA, A. W.; THOMPSON, P. M.; SOWELL, E. R. Mapeamento da maturação cerebral. Tendências em neurociências. **National Institute of Health**, v. 29, n. 3, p. 148-159, 2006.

TRIPLE P INTERNATIONAL. **Small Changes, Big Differences**. 2020. Disponível em: <https://www.triplep.net/glo-en/home/>. Acesso em: 20 set 2021.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (UNICEF). **Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children**. New York, NY: UNICEF, 2014.

VANDERBILT UNIVERSITY MEDICAL CENTER. **Monroe Carell Jr. Children's Hospital at Vanderbilt**. 2020. Disponível em: <https://www.childrenshospitalvanderbilt.org/information/play-nicely-healthy-discipline-program>. Acesso em: 16 fev. 2021.

ZAMBON, M. P. *et al.* Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 4, p. 465-471, 2012.

ZEANAH, C. H.; HUMPHREYS, K. L. Abuso e Negligência Infantil. **Jornal da Academia Americana de Psiquiatria Infantil e Adolescente**, v. 57, n. 9, p. 637-644, 2018.

ZIOBROWSKI, H. N. *et al.* Using latent class analysis to empirically classify maltreatment according to the developmental timing, duration, and co-occurrence of abuse types. **Child Abuse & Neglect**, v. 107, p. 104574, 2020.

ZVARA, B. J. *et al.* Intimate partner violence, maternal gatekeeping, and child conduct problems. **Family Relations**, v. 65, n. 5, p. 647-660, 2016.

## APÊNDICES



**APÊNDICE B**  
Questionário na Plataforma *Google Forms*

Play Nicely: The Healthy Discipline Handbook - \*

BRINCAR LEGAL: O Guia de Disciplina Saudável

	1	2	3	4
Eq. Semântica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eq. Idiomática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eq. Cultural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eq. Conceitual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se sua pontuação foi menor que 4, faça seu comentário abaixo:

Texto de resposta longa

---

## APÊNDICE C

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - online) – Juízes

Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “**Adaptação transcultural e aplicabilidade do *Play Nicely Program* para uso no Brasil**”, que faz parte do Programa de Pós-graduação nível Doutorado em enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina. O objetivo da pesquisa é desenvolver o processo de tradução e adaptação transcultural do *Play Nicely Program* para a cultura brasileira. Para isto, sua participação é muito importante. Caso o senhor (a) aceite participar, deverá avaliar a tradução quanto às equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, o(a) senhor(a) pode se recusar a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos, ainda, que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo, de modo a preservar a sua identidade. Pode ser que haja alguns momentos de estresse durante o processo da avaliação, pela dificuldade em identificar e selecionar corretamente a palavra a ser utilizada para o contexto. Pretende-se com esse estudo contribuir para o desenvolvimento de práticas parentais positivas entre os pais e cuidadores infantis, proporcionando uma ferramenta universal para professores e profissionais de saúde atuarem estrategicamente, o que pode favorecer à prevenção da violência doméstica infantil. Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa. Caso tenha dúvidas ou necessite de mais esclarecimentos pode nos contactar ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, no LABESC - Laboratório Escola de Pós-Graduação - sala 14.Campus Universitário - Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445), Londrina- Pr - CEP: 86057-970, Telefone: 43-3371-5455, e-mail: [cep268@uel.br](mailto:cep268@uel.br).



**APÊNDICE E**

## Questionário para Caracterização da População – Pré-Teste

## Caracterização população pré-teste – pais/cuidadores

- 1) Idade:
- 2) Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
- 3) Escolaridade: 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau ( )
- 4) Renda: menos de 1 salário mínimo ( ) entre 1 e 2 salários mínimos ( ) acima de 2 salários mínimos ( )
- 5) N° de filhos:
- 6) Profissão:

Informações para contato: Nome:

Telefone – whatsapp:

Endereço:

## Caracterização população pré-teste – professores/educadores

- 1) Idade:
- 2) Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
- 3) Escolaridade: 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau ( )
- 4) Renda: menos de 1 salário mínimo ( ) entre 1 e 2 salários mínimos ( ) acima de 2 salários mínimos ( )
- 5) N° de filhos:
- 6) Há quanto tempo na profissão:

Informações para contato: Nome:

Telefone – whatsapp:

Endereço:

Nome da escola em que trabalha:

## Caracterização população pré-teste – profissionais de saúde

- 1) Idade:
- 2) Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
- 3) Escolaridade: 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau ( )
- 4) Renda: menos de 1 salário mínimo ( ) entre 1 e 2 salários mínimos ( ) acima de 2 salários mínimos ( )
- 5) N° de filhos:
- 6) Profissão:
- 7) Há quanto tempo na profissão:

Informações para contato: Nome:

Telefone – whatsapp:

Endereço:

Nome da unidade em que trabalha:

## APÊNDICE F

### Exemplo da Escala *Likert* para o Pré-Teste

#### Brincar legal: o guia de disciplina saudável

*Brincar legal – o guia de disciplina saudável* foi desenvolvido em 2010, nos Estados Unidos da América (EUA), com o objetivo de redução do estresse tóxico e prevenção da violência infantil. Em 2020, seguindo todo rigor metodológico e com a autorização do autor e comitê de ética deu-se início ao processo de tradução do guia para a língua portuguesa. Abaixo está apresentada a versão das questões após tradução e ajustes. Leia as questões abaixo e assinale de acordo com o seu entendimento, sendo:

0: não entendi nada

1: entendi um pouco

2: entendi mais ou menos

3: entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas

4: entendi perfeitamente e não tenho dúvidas

Se sua resposta for menor que a pontuação 4, deixe um comentário e/ou sugestão.

Seções	O que você entendeu?				
	Não entendi nada	Entendi um Pouco	Entendi mais ou menos	Entendi quase tudo	Entendi perfeitamente e não tenho dúvidas
<b>Capa do guia “Brincar legal”</b>	0	1	2	3	4
Se menor que 4, faça seu comentário:					
<b>Prefácio</b>	0	1	2	3	4
Se menor que 4, faça seu comentário:					
<b>Sumário:</b>	0	1	2	3	4
Se menor que 4, faça seu comentário:					





## **APÊNDICE I**

### **Roteiro de Perguntas Semiestruturadas do Grupo Focal com Professores e Profissionais de Saúde na Percepção da Violência Infantil – Etapa I**

- 1) Conte pra mim como seus pais/cuidadores educavam você quando desobedeciam?
- 2) Conte-me como disciplinam seus filhos quando desobedecem?
- 3) O que é violência física infantil para você?
- 4) Conte-me sobre a rede de apoio para prevenção da violência física infantil.
- 5) Quais ações considera necessárias para que a violência seja combatida e prevenida?

## **APÊNDICE J**

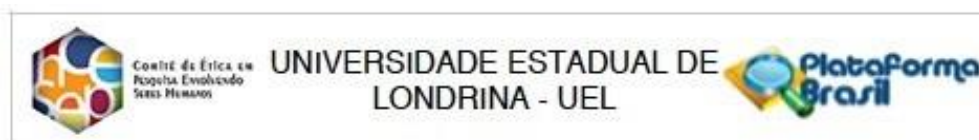
Roteiro de Perguntas Semiestruturadas do Grupo Focal com Professores e Profissionais de Saúde na Aplicabilidade do Programa Brincar Legal – Etapa 2

- 1) O que significou para você utilizar o guia Brincar legal? Já tinha ouvido sobre disciplinas saudáveis?
- 2) Quais foram as contribuições que o guia trouxe para sua prática profissional?
- 3) Qual a sua percepção em relação ao seu conhecimento prévio e ao conhecimento adquirido após a utilização do guia?
- 4) Houve dificuldades na aplicabilidade do material?

**ANEXOS**

## ANEXO A

### Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E APLICABILIDADE DO PLAY NICELY PROGRAM PARA USO NO BRASIL

**Pesquisador:** Janaina Recanello Begui

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 30307520.1.0000.5231

**Instituição Proponente:** CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.970.750

##### Apresentação do Projeto:

Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável contém um apelo ousado e ambicioso para acabar com a violência contra as crianças, que tem aumentado ano a ano mundialmente. O Brasil é o país com as maiores estimativas de maus-tratos e de negligência infantil, apesar da existência de marcos legais que assegurem a proteção integral à criança e ao adolescente. O Play Nicely Program é um programa de multimídia de intervenção breve desenvolvido para evitar maus-tratos infantis, concentrando-se na redução de práticas parentais não saudáveis (por exemplo, punição física).

Trata-se de um estudo metodológico com abordagem quantitativa-qualitativa. O estudo metodológico tem como objetivo elaborar métodos para coleta e organização dos dados, tais como, desenvolvimento e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011). Esse tipo de estudo lida com fenômenos complexos e utiliza estratégia sistemática relacionada aos conhecimentos existentes com o

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br



Conselho de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.970.750

intuito de construir ou

melhorar significativamente aquilo que está proposto, ou ainda, elaborar ou melhorar um instrumento, um dispositivo ou um método de medição (NASCIMENTO,2012). A abordagem quantitativa-qualitativa tem sido uma crescente na área da saúde e da enfermagem e permite além de uma análise mais acurada de fenômenos complexos, a possibilidade de inferências mais profundas (SANTOS et al., 2017; OLIVEIRA; MAGALHÃES; MISUEMATSUDA, 2018).

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Desenvolver o processo de tradução, adaptação transcultural e aplicabilidade do Play Nicely Program para uso no Brasil.

##### Objetivo Secundário:

Traduzir para a cultura brasileira os vídeos, textos e o manual do Play Nicely Program. Verificar a equivalência semântica, idiomática, cultural, conceitual e operacional do Play Nicely Program. Realizar a adaptação Play Nicely Program para a cultura brasileira. Verificar a aplicabilidade do Play Nicely Program aos pais/cuidadores, educadores e profissionais de saúde brasileiros.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, afirma que durante a realização do grupo focal poderá haver desconforto emocional devido ao tema trabalhado. Nesse caso, a pesquisadora oferecerá suporte emocional de um profissional capacitado e apresenta a declaração de concordância da profissional.

Como Benefícios informa Diretos e indiretos sobre prevenção de violência infantil e que Programas universais para prevenção da violência são promissores em países inseridos em um contexto de desenvolvimento, o que pode favorecer a oportunidade de formação psicoeducacional de pais e cuidadores, bem como, educadores e profissionais de saúde que trabalham com o público infantil além da potencialização de comportamentos parentais positivos. O programa Play Nicely tem como foco a redução de práticas parentais não saudáveis (por exemplo, punição física) que constituem experiências adversas na infância

(ACEs). As intervenções do programa tem como objetivo fornecer um método eficaz, eficiente e

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Centro de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.970.750

barato para educar os pais sobre estratégias de disciplina saudáveis e alternativas ao castigo físico para evitar a incidência de comportamentos parentais negativos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Abordagem quantitativa-qualitativa. Apresenta como ETAPAS DO ESTUDO: TRADUÇÃO DOS VÍDEOS, TEXTOS E MANUAL DO PLAY NICELY PROGRAM, APRECIÇÃO PELO COMITÊ DE JUÍZES, RETROTRADUÇÃO, PRÉ-TESTE E APLICABILIDADE DO PROGRAMA. COLETA DOS DADOS: Tal etapa consistirá em aplicar o programa a três núcleos da população em estudo e será realizada em duas fases. A primeira fase acontecerá em três momentos: No primeiro momento será aplicado o programa para um grupo de pais, com filhos que contemplem a faixa etária do programa (1 a 7 anos). Os pais serão selecionados e convidados por meio de uma escola pública onde seus filhos lecionam. Anteriormente à explanação do programa, será realizado um questionário sociodemográfico contendo também algumas questões referentes ao conhecimento do tema. O encontro acontecerá em horário facilitado para a população e a reunião será realizada em

uma sala de aula de forma que os pais possam ter acesso ao conteúdo do programa via computador. No segundo momento será realizada a aplicação do programa Play Nicely para um grupo de professores que ministram aulas em escola pública para a faixa etária selecionada de 1 a 7 anos. O grupo receberá um questionário para preenchimento prévio à explanação do programa. O encontro acontecerá em acordo com o grupo de forma a adequar o melhor horário e dia em local onde possam ter acesso ao programa via computador. E por fim o terceiro momento acontecerá com um grupo de profissionais de saúde (pediatras e enfermeiros), em uma Unidade Básica de Saúde. Os profissionais receberão um questionário antes (Apêndice E) à aplicabilidade do programa Play Nicely. Além disso, terão acesso ao manual do Play Nicely Program para auxiliar no processo de orientação e sanar dúvidas. Para esse encontro os profissionais terão acesso ao programa via computador com data e

horário acordados conforme disponibilidade dos mesmos. A coleta de dados da segunda fase que também acontecerá em três tempos, será por meio de grupo focal, com a população de pais, com os professores e o terceiro e último grupo focal com os profissionais de saúde, que participaram da primeira fase da coleta de dados. Os pais e professores serão recrutados por meio de convite via telefone ou WhatsApp. Os profissionais de saúde

além dos meios acima, serão contactados via e-mail.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A folha de rosto está devidamente preenchida e assinada pela vice-coordenadora do programa de Pósgraduação em enfermagem.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep269@uel.br



Comitê de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.970.750

Apresenta o TSC devidamente assinado.

Apresenta autorização para a tradução e uso do instrumento, com compromisso de não comercialização do mesmo.

Apresenta autorização do Núcleo Regional de Educação de Cornélio Procópio/PR.

Apresenta autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Cornélio Procópio/PR.

Apresenta autorização da Secretaria Municipal de Educação de Cornélio Procópio/PR.

No cronograma, prevê a coleta de dados de agosto a dezembro de 2020.

No orçamento prevê um total de R\$ 16.726,00, sendo 6 mil reais em publicações científicas e financiamento próprio.

Apresenta os TCLEs devidamente preenchidos.

Apresenta no projeto anexado a plataforma os instrumentos a serem aplicados junto aos participantes, sem que haja qualquer problema quanto a ética.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nesta versão não há pendências.

#### Considerações Finais e critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresentá-lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.970.750

publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1522112.pdf	11/04/2020 14:48:01		Aceito
Outros	DECLARACAO.docx	11/04/2020 14:47:29	Janaina Recanello Begui	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PLAY_NICELY_CEP.docx	11/04/2020 13:55:07	Janaina Recanello Begui	Aceito
Outros	APENDICE_E.docx	11/04/2020 12:47:35	Janaina Recanello Begui	Aceito
Outros	APENDICE_C.docx	11/04/2020 12:47:17	Janaina Recanello Begui	Aceito
Outros	APENDICE_B.docx	11/04/2020 12:46:51	Janaina Recanello Begui	Aceito
Outros	APENDICE_A.docx	11/04/2020 12:46:30	Janaina Recanello Begui	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	11/04/2020 12:42:27	Janaina Recanello Begui	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_APLICABILIDADE.docx	11/04/2020 12:41:11	Janaina Recanello Begui	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PRETESTE.docx	11/04/2020 12:40:55	Janaina Recanello Begui	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COMITEJUIZES.docx	11/04/2020 12:40:38	Janaina Recanello Begui	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TRADUTORES.docx	11/04/2020 12:40:20	Janaina Recanello Begui	Aceito
Folha de Rosto	folharosto1.pdf	16/03/2020 14:47:11	Janaina Recanello Begui	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 96.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.970.750

Declaração de Pesquisadores	TERMOSIGILO.jpg	11/03/2020 10:58:37	Janaina Recanello Begui	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_PLAY_NICELY.pdf	11/03/2020 10:23:33	Janaina Recanello Begui	Aceito
Outros	Nucleo_educacao.jpg	11/03/2020 10:21:38	Janaina Recanello Begui	Aceito
Outros	Secretaria_Saude.jpg	11/03/2020 10:21:06	Janaina Recanello Begui	Aceito
Outros	SECRETARIA_EDUCACAO.jpg	11/03/2020 10:20:33	Janaina Recanello Begui	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	11/03/2020 10:00:07	Janaina Recanello Begui	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

LONDRINA, 14 de Abril de 2020

Assinado por:

**Adriana Lourenço Soares Russo**  
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

## ANEXO B

### Autorização do Autor para a Tradução e Adaptação Transcultural

#### Permission Request and Declaration for Non-Commercial Translation of Copyrighted Material

<b>Copyrighted Material</b>	Play Nicely™ The Healthy Discipline Handbook (English) and Play Nicely™ multimedia program video and audio files (www.PlayNicely.org)
<b>Lead Author</b>	Seth J. Scholer, M.D., M.P.H., Vanderbilt University Medical Center (seth.scholer@vumc.org)

#### Contact information of the Requester

<b>Name</b>	Janaina Recanello Begui
<b>Degree</b>	PhD student, RN, MN
<b>Position</b>	Assistant Professor
<b>Organization</b>	State University of Northern Paraná
<b>Address</b>	Rua Aliomar Baleeiro n35 Bloco 8 apto 34 Vila Independência – Cornélio Procópio – PR
<b>Email</b>	janaina@uenp.edu.br
<b>Telephone</b>	+55 43 99971-1105

#### Language and Purpose

<b>Language and Country</b>	Portuguese/ Brazil
<b>Purpose</b>	Study title: Cross-cultural adaptation and applicability of the Play Nicely program for use in Brazil Purpose: To develop the process of translation and cross-cultural adaptation of the Play Nicely program. Geographical location: City: Cornélio Procópio - State: Paraná (northern), Country: Brazil. Duration: 2 years, number of participants: to be defined. The study will be financed by the researcher.

#### Declaration

- i. I request permission from Vanderbilt University to make a derivative work (as defined by the U.S. Copyright Laws at 17 U.S.C. §101) of the Copyrighted Material by translating the Copyrighted Material to the Language listed above and to culturally adapt ("Derivative Work") said Copyrighted Material only for the Purpose described above.

2. I acknowledge that this declaration, once recommended by the Lead Author and approved by Vanderbilt University will grant me permission to make printed copies of similar quality and format of the Derivative Work of the Copyrighted Materials for the Purpose in the Country listed.
3. I agree to provide Vanderbilt University and the Lead Author with a digital version of the translated material and a copy of the printed handbook before the research (i.e. before printing large orders) to ensure the integrity and appropriateness of the translation and cultural adaptation of the Copyrighted Material. I agree to work with the Lead Author to reconcile changes to the material.
4. I acknowledge that the Copyrighted Material is protected by United States copyright law, international treaty provisions and other applicable law.
5. I acknowledge that the copyrights for the Derivative Work, whether created by Vanderbilt University or by me, shall be owned by Vanderbilt University and I hereby agree to execute any documents necessary to perfect ownership in Vanderbilt University.
6. I acknowledge that I may not rent, lease, lend, sell, sublicense or distribute the Copyrighted Materials or its Derivative Works to another person, company or other entity that result in any sale, lease, license, or transfer of the Copyrighted Material or its Derivative Works without the written consent from Vanderbilt University. I agree to contact Vanderbilt University Center for Technology Transfer & Commercialization for all commercial license enquiries (email: [cttc@vanderbilt.edu](mailto:cttc@vanderbilt.edu)).
7. I acknowledge that the Copyrighted Material is provided "as-is" and Vanderbilt University disclaims all warranties with regard to this Copyrighted Material, including all implied warranties of merchantability and fitness. In no event shall Vanderbilt University be liable for any special, indirect or consequential damages or any damages whatsoever resulting from loss of use, data or profits, whether in an action of contract, negligence or other tortious action, arising out of or in connection with the use or performance of this Copyrighted Material or its Derivative Works.
8. I agree to include a citation in any reports or publications using the Copyrighted Work and Derivative Work as listed: Scholer SJ. Play Nicely: The Healthy Discipline Handbook and Multimedia Program. Vanderbilt University. 2015.
9. I agree to provide Vanderbilt University with an annual update on the use and printing of the Copyrighted Material.

10. I acknowledge that this permission commences on 02/22/2020 and, unless renewed, will end 02/22/2030

\*\*\*\*\*

REQUESTER

Signature: Janaina Recanello Begui

Name: Janaina Recanello Begui

Title: Assistant Professor

Date: 02/22/2020

Recommended by LEAD AUTHOR:

Approved by VANDERBILT UNIVERSITY:

Signature: Seth J. Scholer

Signature: Alan Bentley

Name: SETH SCHOLER

Name: Alan Bentley

Title: Professor of Pediatrics

Title: Director - Tech Transfer

Date: 2/24/2020

Date: 2/26/2020