UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

FRANCINE BELOTTI DA SILVA OLIVEIRA

Intervenção preventiva em práticas educativas parentais aplicada a mães de crianças nascidas pré-termo na primeira infância

Ribeirão Preto, SP
2018

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

FRANCINE BELOTTI DA SILVA OLIVEIRA

Intervenção preventiva em práticas educativas parentais aplicada a mães de crianças nascidas pré-termo na primeira infância

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

Orientadora: Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares

Ribeirão Preto – SP
2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Oliveira, Francine Belotti da Silva

Intervenção preventiva em práticas educativas aplicada a mães de crianças nascidas pré-termo na primeira infância. Ribeirão Preto, 2018.

146 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia da Saúde e Desenvolvimento.

Orientador: Linhares, Maria Beatriz Martins.

1. Prevenção. 2. Práticas Parentais. 3. Programa de Intervenção. 4. Comportamento 5. Prematuridade.

Nome: OLIVEIRA, Francine Belotti da Silva

Título: Intervenção preventiva em práticas educativas aplicada a mães de crianças nascidas pré-termo na primeira infância

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Psicologia

Aprovado em: _____ / _____ / _____

Banca Examinadora

Prof(ª). Dr(ª). _____

Instituição: _____

Julgamento:_____

Prof(ª). Dr(ª). _____

Instituição: _____

Julgamento:_____

Prof(ª). Dr(ª). _____

Instituição: _____

Julgamento:_____

Prof(ª). Dr(ª). _____

Instituição: _____

Julgamento:_____

Apoio Financeiro:

O presente estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), mediante concessão de bolsa de Mestrado, processo nº 131953/2016-8.

DEDICO ESTE TRABALHO

Aos meus pais, Valter (*in memorian*) e Cidinha, pelo zelo e dedicação de todos os anos. Por tornarem possível minha existência e me humanizarem. Pelo investimento na minha formação e por sempre colocarem a educação como prioridade. Por estimularem em mim a curiosidade e a vontade de aprender. Por me ensinarem a olhar ao próximo e a buscar sempre o bem comum.

Ao meu marido Leandro, pelo companheirismo e pareceria. Por estar sempre ao meu lado, me auxiliando no meu crescimento e desenvolvimento, por acreditar nos meus sonhos e topar junto essa caminhada. Obrigada por fazer de mim uma pessoa melhor.

Aos meus irmãos Lucas, Viviane e Marcela, por dividirem a vida comigo, por toda a riqueza e aprendizado da infância, que me faz ter um encantamento por essa fase. Por serem meu elo mais importante com a minha história e meu futuro.

À Clarice, sobrinha amada que trouxe tanta vida para nossa família. Que seu desenvolvimento seja pleno de amor e aprendizados.

Amo todos vocês!

Agradeço especialmente

À Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares,

Pela dedicação, paciência e firmeza. Pelo suporte especialmente nos momentos de maior dificuldade. Por despertar a paixão pelo desenvolvimento humano e por todo aprendizado envolvido nesse processo. Que as sementes desse trabalho e de todos os outros produzidos no laboratório se espalhem e possam continuar a dar frutos, para que muitas crianças e famílias possam usufruir de todo o conhecimento gerado.

AGRADEÇO

À Deus e à força divina que guia e ampara.

A todos os meus familiares pelo apoio e incentivo.

Às amigas de perto e de longe, Rafaella, Luísa, Patrícia, Bruna Morgado, Inaê, Bruna Silveira, Samira, Larissa e Camila Monti, pelas conversas que revigoram, pelo apoio e torcida de sempre.

À psicóloga Marystella, por promover pensamento e me ajudar a manter minha condição de mente, mesmo diante de tantos acontecimentos da vida.

Às companheiras de LAPREDES, pelas trocas e por todo enriquecimento desse grupo de pesquisa.

Às minhas parceiras de mestrado Juliana, Carolina e Doane, especialmente à Juliana por todas as trocas e pela cumplicidade.

À Cláudia por toda dedicação e solicitude. Pela generosidade e humildade com que ensina e acolhe. Minha admiração por você!

Às companheiras de pesquisa do Programa ACT. À Elisa e Maria Eduarda por toda troca e aprendizado, por terem sido meus modelos e por me ajudarem a trilhar o caminho de facilitadora. À Marília e Camila pela parceria, dedicação, engajamento e toda ajuda que viabilizou a concretização desse trabalho.

Às mães participantes. Agradeço a confiança e as ricas trocas, que me enriqueceram como profissional e como pessoa e que tornaram possível esse trabalho.

Às professoras Gimol e Luciana Carla, pelas ricas contribuições no exame de qualificação.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

RESUMO

Oliveira, F.B.S. (2018). Intervenção Preventiva em Práticas Educativas aplicada a mães de crianças nascidas pré-termo na primeira infância. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

O presente estudo teve por objetivo avaliar a efetividade do Programa ACT – Para educar crianças em ambientes seguros, em amostras de mães de crianças nascidas pré-termo em condição de vulnerabilidade, em relação às práticas educativas das mães e aos comportamentos das crianças. Participaram do estudo 30 mães de crianças nascidas pré-termo com idade entre um e sete anos. Além das mães, mais 30 cuidadores participaram da pesquisa, respondendo a um questionário sobre o comportamento da criança. As mães passaram pela intervenção do Programa ACT, que é um programa de prevenção universal da *APA* para fortalecimento de práticas educativas positivas, redução de violência intrafamiliar contra crianças e redução de problemas emocionais e de comportamento das crianças, com avaliações pré- e pós-intervenção. As práticas educativas maternas foram avaliadas pela escala que consta no próprio programa ACT e pelo PAFAS- *Parenting and Families Adjustment Scales*. Os indicadores emocionais e de comportamento das crianças foram medidos a partir da percepção das mães e de outro cuidador, avaliados pelo SDQ - *Strengths and Difficulties Questionnaire*. O temperamento materno também foi avaliado pelo ATQ - *Adult Temperament Questionnaire*. Os dados foram processados pelo *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 25.0), a partir de análises de estatística descritiva e inferenciais de comparação intra-grupo (pré- e pós-intervenção), por meio de testes não-paramétricos (teste de Wilcoxon). Em todas as análises o nível de significância adotado foi de 5%. Os resultados mostraram que, na percepção das mães, houve melhora nos fatores de Comunicação e Regulação Emocional e Comportamental, medidos pela Escala ACT, e melhora na Consistência Parental, Encorajamento Positivo e Ajustamento parental, e diminuição do uso de Práticas Coercitivas, avaliados pela escala PAFAS, no momento pós-intervenção em relação ao momento pré-intervenção. Quanto aos indicadores de dificuldades e capacidades de comportamento das crianças, medidos pelo SDQ, houve mudanças estatisticamente significativas no total de dificuldades, e nas subescalas de sintomas emocionais, problemas de conduta e problemas de relacionamento com os colegas, com diminuição desses comportamentos, além de melhora no comportamento pró-social na percepção das mães. Na percepção do outro cuidador, as crianças tiveram a maioria dos comportamentos classificados como normal no total de dificuldades e na maioria das subescalas tanto no momento pré- quanto no momento pós-intervenção, não havendo diferenças significativas entre os dois momentos. Conclui-se que o Programa ACT foi efetivo na modificação das práticas parentais e redução de dificuldades de comportamentos das crianças, na percepão das mães. Evidencia-se a importância de programas de práticas educativas para pais e cuidadores de crianças nascidas pré-termo, o que pode ajudá-los a atuarem como correguladores do comportamento das crianças, contribuindo no seu processo de autorregulação. Desta forma, auxilia na prevenção de problemas de comportamento nas crianças, o que mostra a relevância desse tipo de intervenção como fator de proteção ao desenvolvimento das crianças em condição de vulnerabilidade.

Palavras-chaves: prevenção; práticas parentais; programa de intervenção; comportamento; prematuridade.

ABSTRACT

Oliveira, F.B.S. (2018). Preventive Intervention in Parental Practices applied to mothers of preterm infants in early childhood. Master Dissertation. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

The aim of the present study was to examine the effectiveness of the ACT – Rasing Safe Kids Program to improve parental practices in mothers of preterm infants at 1-7 years of age in vulnerable conditions, assessing the mother's parental practices and child behavior outcomes. The sample comprised 30 young adult mothers of preterm infants at 1-7 years and another 30 child's family caregivers (predominantly, the fathers), who participated only answering the child behavior questionnaire. Mothers were submited to the ACT Program intervention, which is a universal APA prevention program to strengthen positive parenting practices, reduce intrafamily violence against children, and reduce children's emotional and behavioral problems. The mothers answered the *ACT Questionnaire* and the *Parenting and Family Adjustment Scale* (PAFAS) for parental practices assessment. The mothers and another informant caregiver answered the *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), for child behavior assessment. All evaluations were performed at pre- and post- ACT intervention. The maternal temperament was also evaluated by the ATQ - Adult Temperament Questionnaire. The data were processed by the Statistical Package for Social Sciences (SPSS, version 25.0), using descriptive statistics and inferences of intra-group comparison (pre- and post-intervention), using Wilcoxon non-parametric tests). The level of significance was 5%.The results showed that, in the mothers' perception, there was an improvement in Communication and Emotional/ Behavioral Regulation, assessed by ACT Scale, and an improvement in Parental Consistency, Positive Encouragement and Parental Adjustment, and a decrease in the use of Coercive Practices assessed by the scale PAFAS, post-intervention in comparison to the pre-intervention. In SDQ evaluation there were statistically significant changes in the total of difficulties, and in the subscales of emotional symptoms, conduct problems and problems of relationship with colleagues, with decrease of these behaviors, besides improvement in the pro-social behavior in the mothers' perception. In perception of another caregivers, child was classified as normal in the most of behavioral assessment in the pre-and post- intervention moment; thus, there was no statistically significant differences within moments. It was concluded that the ACT Program was effective in modifying parental practices and reducing the difficulties of children's behaviors in the mothers' perception. The importance of programs of parental practices for parents and caregivers of preterm infants is highlighted, which can help them act as a coregulator of children's behavior, contributing to their self-regulation process. In this way, it aids in the prevention of behavioral problems in children, which shows the relevance of this type of intervention as a protective factor for the development of children in vulnerable conditions.

Keywords: prevention; parental practices; intervention program; behavior; prematurity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fluxograma da composição da amostra do estudo 52

Quadro 1 - Conteúdo das oito sessões semanais do *Programa ACT - Para Educar Crianças em Ambientes Seguros.* 63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Métodos de recrutamento da amostra 60

Tabela 2 – Características sociodemográficas da amostra de mães, participantes principais do estudo (n=30). 70

Tabela 3 – Características sociodemográficas da amostra de crianças, filhos das participantes do estudo (n=30). 71

Tabela 4 – Características sociodemográficas da amostra dos outros cuidadores informantes participantes do estudo (n=30). 72

Tabela 5 – Práticas educativas maternas na Escala de Avaliação ACT (fatores), de acordo com a percepção das mães, nos momentos Pré- e Pós- intervenção ACT (n=30). 73

Tabela 6 – Práticas parentais avaliadas pela escala de avaliação PAFAS (escores), de acordo com a percepção das mães nos momentos Pré- e Pós- intervenção ACT (n=30)..... 74

Tabela 7 – Fatores e dimensões do temperamento das mães, avaliados pelo ATQ 75

Tabela 8 – Correlações estatisticamente significativas entre os escores das Práticas Parentais avaliadas pelo questionário ACT (Regulação Emocional, Disciplina Positiva e Comunicação) e fatores do temperamento materno e suas respectivas dimensões 76

Tabela 9 – Indicadores de dificuldades e capacidades de comportamento das crianças, avaliado pelo SDQ (escores total e sub-escalas), de acordo com a percepção das mães e do outro cuidador, nos momentos Pré- e Pós-intervenção ACT (n=27[1]). 77

Tabela 10 – Indicadores de dificuldades e capacidades de comportamento das crianças, avaliado pelo SDQ (classificação total e sub-escalas), de acordo com a percepção das mães e do outro cuidador, nos momentos Pré- e Pós-intervenção ACT (n=27[1]). 79

Tabela 11 – Categorias de conteúdo verbal materno na atividade da Caixa dos sonhos do Programa ACT, em termos de frequência e prevalência (n=28[1]) 81

Tabela 12 – Conteúdos verbais maternos relacionados ao tema do nascimento prematuro dos filhos que emergiram ao longo das sessões do Programa ACT.**Erro! Indicador não definido.**

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **25**

I. INTRODUÇÃO **27**
1.1 O impacto do nascimento prematuro no desenvolvimento de crianças 27
1.2 Interação mãe-criança no cuidado das crianças prematuras 33
1.3 Temperamento materno 37
1.4 Práticas educativas parentais 39
1.5 O Programa ACT– Para educar crianças em Ambientes seguros 43
1.6 Objetivo 49
1.7 Hipóteses do estudo 50

II. MÉTODO **51**
2.1 Delineamento do Estudo 51
2.2 Participantes 51
2.3 Cuidados Éticos 53
2.4 Locais da Pesquisa 53
2.5 Instrumentos 54
2.6 Materiais 58
2.7 Procedimentos 59
2.7.1 Grupo Piloto 59
2.7.2 Recrutamento 59
2.7.3 Intervenção: *Programa ACT- Para educar crianças em ambientes seguros* 61
2.7.4 Coleta de Dados 64
2.7.5 Preparação de Dados 66
2.7.6 Análise de Dados 67

III. RESULTADOS **69**
3.1 Características da amostra 69
3.2 Práticas Educativas Maternas 73
3.3 Temperamento Materno 74
3.4 Comportamento das crianças nascidas pré-termo 76
3.5 Relatos maternos na atividade da Caixa dos sonhos, atividade do Programa ACT 80

3.6 Conteúdos verbais maternos relacionados ao tema "nascimento prematuro", identificados durante as sessões do Programa ACT 81

IV. DISCUSSÃO 87

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS 105

VI. CONCLUSÃO..... 107

REFERÊNCIAS 109

APÊNDICES..... 127

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – versão para mães participantes 127

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – versão para outros familiares informantes participantes 129

APÊNDICE C - Ficha de caracterização da criança e da família 131

APÊNDICE D - Ficha de interesse para participação no Programa ACT 133

APÊNDICE E - Panfleto de divulgação para recrutamento de mães 134

APÊNDICE F - Sistema de categorias dos relatos maternos sobre a prematuridade do nascimento 135

ANEXOS 139

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) 139

ANEXO B - Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa | ABEP (2015) 140

ANEXO C - Matéria de divulgação da pesquisa no Jornal "A Cidade de Ribeirão Preto"... 141

ANEXO D - Sistema de categorias da Caixa dos Sonhos 142

APRESENTAÇÃO

O presente estudo, intitulado "*Intervenção preventiva em práticas educativas parentais aplicado a mães de crianças nascidas pré-termo na primeira infância"*, vincula-se ao Laboratório de Pesquisa em Prevenção de Problemas de Desenvolvimento e Comportamento da Criança (LAPREDES - http://lapredes.fmrp.usp.br/) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), coordenado pela Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares. No LAPREDES são desenvolvidos diversos estudos sobre fatores de risco e mecanismos de proteção ao desenvolvimento de crianças, em especial de crianças nascidas prematuras. Ademais, o LAPREDES se constitui como centro de treinamento para novos facilitadores do Programa ACT – Para educar crianças em ambientes seguros. Um dos projetos ligados ao LAPREDES foi o projeto de extensão intitulado "*Promoção do desenvolvimento de crianças de 0 a 6 anos: intervenções educativas para pais e profissionais da saúde*", coordenado pela Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares, do qual pude participar na função de Treinamento Técnico. O foco do projeto consistia em ações de promoção do desenvolvimento de crianças na fase de zero a seis anos de idade, por meio de intervenção educativa para pais e profissionais da saúde em duas modalidades de intervenção, sendo uma voltada para mães de crianças de zero a seis anos de idade e outra para profissionais da saúde que trabalham com crianças desta faixa etária. Com as mães foi aplicado o *Programa ACT - Para Educar Crianças em Ambientes Seguros (American Psychological Association* - APA; versão brasileira) em grupos focalizados em práticas educativas parentais para prevenção de violência e maus tratos. Neste projeto tive a oportunidadede participar ativamente dos grupos de mães e estar envolvida em atividades de extensão universitária associada ao ensino e a pesquisa. Foi experimentado a inserção social da pesquisa na construção de modelos preventivos na área de desenvolvimento infantil e prevenção de violência intra-familiar contra à criança, por meio de discussão e propostas de soluções de problemas sociais. O presente projeto de Mestrado trata-se de um desdobramento de outros dois projetos concluídos, um de Doutorado, da aluna Elisa Rachel Pisani Altafim (PG em Saúde Mental- FMRP-USP, bolsista FAPESP), intitulado: "*Avaliação da eficácia de um programa de intervenção preventiva em práticas educativas parentais*"; e outro de Mestrado da aluna Maria Eduarda Andre Pedro (PG em Psicologia- FFCLRP-USP, bolsista FAPESP), intitulado como *"Programa ACT - para educar crianças em ambientes seguros: adaptação do programa preventivo de práticas educativas parentais em amostra brasileira"*. Ambos os projetos foram orientados pela Profª Drª Maria Beatriz Martins Linhares. Destaca-

se que a mestranda, pesquisadora deste estudo, participou ativamente como pesquisadora auxiliar dos referidos projetos. No presente estudo, pretende-se avançar na avaliação da aplicabilidade e da efetividade do Programa ACT para fortalecimento de práticas educativas maternas positivas e redução de violência e maus tratos, além da redução de problemas de comportamento das crianças, em amostras de mães de crianças nascidas pré-termo em condição de vulnerabilidade.

I. INTRODUÇÃO

A introdução do presente estudo abordará os seguintes tópicos: O impacto do nascimento prematuro no desenvolvimento de crianças; Interação mãe-criança no cuidado das crianças prematuras; Temperamento materno; Práticas educativas parentais; O Programa ACT– Para educar crianças em Ambientes seguros.

1.1 O impacto do nascimento prematuro no desenvolvimento de crianças

O nascimento pré-termo, caracterizado pelo nascimento de bebês com idade gestacional (IG) menor do que 37 semanas, contribui para elevadas taxas de morbimortalidade neonatal (Minde, 2000). No Brasil, as condições perinatais são as maiores responsáveis pelo óbito infantil, estando o nascimento pré-termo associado a 61,4% das causas de sua ocorrência, com crescente aumento no decorrer dos anos (Silveira et al., 2008).

Segundo o último levantamento estatístico realizado pelo Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos [SINASC] do Ministério da Saúde (2016), referente aos dados do ano-base de 2016, o índice de nascimentos prematuros no contexto brasileiro, é atualmente de 11,11%, em um total de 2.857.800 bebês nascidos vivos. Em relação às regiões brasileiras, as regiões Norte (11,49%) e Nordeste (11,28%) são as que concentram a maior proporção de nascidos vivos prematuros, sendo que nas demais regiões a média de nascimentos prematuros é de aproximadamente 11% (Ministério da Saúde, 2016). No Estado de São Paulo e, especificamente na cidade de Ribeirão Preto, no interior do Estado, esse índice se mantém equivalente a 11% dos nascimentos (Ministério da Saúde, 2016).

Em decorrência dos avanços na área de Neonatologia e Perinatologia, as taxas de sobrevivência dos neonatos pré-termo tem aumentado consideravelmente, fazendo-se necessário então o acompanhamento dessas crianças (Linhares, Carvalho, Correia, Gaspardo, & Padovani, 2006). Dessa forma, à medida que os desafios para a sobrevivência são vencidos, devem-se concentrar esforços para reduzir os danos e sequelas a curto e longo prazo, fazendo-se necessário compreender como se dá o desenvolvimento dessa população vulnerável.

Na compreensão do desenvolvimento humano é necessário considerar todo o sistema bioecológico que envolve o indivíduo. A perspectiva teórica sobre o desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (2011) apresenta a importância da relação existente entre a pessoa em desenvolvimento, o ambiente e a interação entre os dois, levando em consideração como a pessoa percebe e lida com o seu ambiente. A efetividade dessa interação depende de que ela

ocorra a partir de padrões duradouros, denominados processos proximais, que são a força motriz primária do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 2011).

De acordo com a teoria Bioecológica, o desenvolvimento humano ocorre baseado em quatro componentes dinâmicos que se interrelacionam: pessoa, processo, contexto e tempo (cronossistema), denominadas de "Modelo PPCT" (Bronfenbrenner, 2005). A dimensão pessoa refere-se às características determinadas por fatores biológicos e também àquelas características do indivíduo que foram construídas na interação com o ambiente (Bronfenbrenner & Morris, 1998), podendo-se citar como exemplo o nascimento pré-termo. O processo, como citado anteriormente, caracteriza-se pelas formas particulares de interação entre o indivíduo e o ambiente ao longo do tempo, denominado processos proximais (Bronfrenbrenner & Morris, 1998). O contexto diz respeito aos contextos de vida do organismo, caracterizando-se por qualquer evento ou condição externa que possa influenciar ou sofrer as influências da pessoa em desenvolvimento, apresentando-se por quatro subsistemas: microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema (Bronfenbrenner, 1993).

O microssistema é o ambiente no qual o organismo está inserido, onde se estabelecem as relações interpessoais, envolvendo a natureza dos vínculos, os papéis desempenhados, os objetos materiais e o espaço físico. Como exemplo de microssistema temos a família. O mesosistema é constituído pela interação entre dois ou mais microssistemas do qual o indivíduo participa, como a família e o hospital. O exossistema representa ambientes dos quais a criança não tem participação direta, mas que tem influência sobre ela, como o local de trabalho dos pais da criança. O macrossistema, por sua vez, engloba as crenças, valores e costumes dominantes na sociedade, que são transmitidas e assimiladas de uma geração a outra através da cultura e das estruturas governamentais, influenciando e sendo influenciado pelos outros três subsistemas. Por fim, o cronossistema vincula-se aos atributos da pessoa, aos processos proximais e aos parâmetros do contexto e mostra os efeitos do tempo nesses outros quatro sistemas (Bronfenbrenner & Morris, 2006). De acordo com Bronfenbrenner (1996) esses sistemas se organizam como estruturas concêntricas, compondo o que ele chama de meio-ambiente-ecológico. Dessa forma, o desenvolvimento da criança está no centro de um grupo de contextos interconectados.

Para bebês imaturos nascidos pré-termo, o contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é o primeiro ambiente no qual se estabelecem esses processos proximais no contexto ambiental. Neste ambiente o bebê é tratado clinicamente para ajudá-lo a sobreviver. A UTIN é o primeiro microssistema ao qual o bebê nascido pré-termo está exposto e,

portanto, essa hospitalização é parte integrante e atuante nos seus diferentes contextos do desenvolvimento inicial (Linhares, Gaspardo, & Klein, 2012).

A partir de uma releitura da teoria Bioecológica de Bronfreenbrenner, Evans e Wachs (2010) formularam a Teoria do Caos, ampliando a compreensão do desenvolvimento de pessoas em situações de alto nível de estresse. Segundo os autores, alguns contextos de desenvolvimento podem ser considerados caóticos, quando ambientes físicos e humanos apresentam grande instabilidade diária, desordem e falta de regularidade temporal e estrutural, podendo se apresentar tanto nos microssistemas, quanto no macrossistema. Nesse sentido, a UTIN pode ser considerada um ambiente caótico na medida em que expõe o bebê nascido pré-termo a uma série de adversidades, tais como procedimentos invasivos e dolorosos, excesso de estimulação luminosa e sonora, falta de regularidade na rotina e privações de contato com a mãe, mesmo sendo um ambiente preparado para proteger o bebê (Linhares et al., 2012).

De acordo com Sameroff (2010), seguindo a linha dos autores apresentados, o desenvolvimento humano pode ser estudado em quatro modelos, sendo eles: pessoal, contextual, de regulação e representacional. O modelo pessoal compreende o progresso de competências sensório-motoras, cognitivas, afetivas e sociais, desde a infância, e os desempenhos nessas áreas. O contextual integra diferentes níveis de sistemas ambientais e as influências entre a pessoa e diversos contextos. A regulação ocorre quando há um contexto social que contribui e se engaja na corregulação do outro, favorecendo o processo de autorregulação. A representação corresponde às experiências individuais representadas no âmbito cognitivo-abstrato, que fornecem assim, uma estrutura interpretativa para experiências futuras, bem como um senso de si próprio e do outro. O ambiente de caos tem efeito nesses quatro modelos do desenvolvimento, afetando principalmente os processos regulatórios do sistema dinâmico de desenvolvimento do indivíduo (Sameroff, 2010). O processo de regulação do desenvolvimento envolve inicialmente regulação fisiológica durante o período neonatal, a regulação emocional durante a primeiríssima infância, regulação atencional e, por fim, a autorregulação durante os anos pré-escolares (Sameroff, 2009).

A regulação fisiológica inclui a manutenção da temperatura, os ciclos de vigília e sono, a regulação da respiração, além da reatividade aos estímulos e resposta de cortisol frente a estressores, intensidade e duração do choro, tempo de recuperação e capacidade de se acalmar (Olson, Sameroff, Lunkenheimer, & Kerr, 2009; Feldman, 2009). A regulação emocional diz respeito à capacidade da criança de controlar e ajustar as respostas afetivas, de atenção e comportamentos motores com finalidade planejada. A regulação do comportamento

é a capacidade de ajustar o comportamento de acordo com as demandas sociais, a partir do amadurecimento de habilidades cognitivas e motoras. A regulação da atenção acontece a partir da presença do pensamento simbólico e da memória, o que favorece a habilidade de inibir impulsos e adiar gratificações. Finalmente, desenvolve-se a autorregulação, na qual a criança apresenta condições de automonitorar seu comportamento, adaptando-se às diferentes demandas de acordo com os contextos sociais (Olson et al., 2009; Linhares et al., 2012).

No caso dos bebês prematuros, pode haver uma interferência no processo regulatório ainda na fase da regulação fisiológica. Em razão da sua imaturidade biológica, há uma maior dificuldade para gerenciar estímulos externos, apresentando respostas hiperativas e com baixa tolerância a estímulos mínimos, o que acaba por interferir na sua condição de regulação no desenvolvimento (Linhares et al., 2012; Als et al., 2004).

Além disso, a UTIN é o primeiro microcontexto fora do útero materno no qual se dá o amadurecimento do bebê nascido pré-termo. Ali ele fica exposto a estímulos estressores (procedimentos invasivos e dolorosos, excesso de estimulação sonora e luminosa, além da privação da amamentação e do contato pele a pele com a mãe). Este estresse precoce altera a descarga endócrina e autonômica, afetando ainda os processos autorregulatórios, levando a comportamentos de risco (Linhares, 2016). Essas experiências iniciais estressoras exercem influência na etiologia desses processos regulatórios iniciais que embasam os processos regulatórios subsequentes (Feldman, 2009; Linhares et al., 2012). Neste sentido, crianças nascidas prematuras podem ser mais agitadas, impacientes ou inquietas, agarradas à mãe e com mais recusa escolar, do que as crianças nascidas a termo (Linhares et al., 2000). Por este motivo, abordagens de atenção ao desenvolvimento dos recém-nascidos prematuros são importantes porque a autorregulação é negativamente influenciada tanto pela imaturidade biológica, quanto pelos eventos estressantes inerentes ao ambiente da UTIN (Silva, Linhares, & Gaspardo, 2018).

Os indicadores clínicos neonatais associados à prematuridade aumentam o risco de problemas comportamentais e emocionais na infância. Sepse, tratamento perinatais com esteróides e tempo de internação foram associados a problemas comportamentais totais e problemas internalizantes; hemorragia periventricular foi identificada como um fator preditivo para problemas comportamentais totais, reinternação para cirurgia e dor neonatal foram preditores de problemas de comportamento internalizante; peso ao nascimento foi preditivo de problemas emocionais e hiperatividade, aumentando o risco para problemas de comportamento em crianças pré-escolares e escolares. O estado clínico neonatal também pode

estar associado a variáveis psicossociais, aumentando o risco de comportamentos e problemas emocionais (Cassiano, Gaspardo, & Linhares, 2016).

O baixo peso e a idade gestacional também exercem influência na trajetória desenvovlimental da criança nascida pré-termo. Crianças nascidas pré-termo extremo (menos de 28 semanas de IG) estão mais expostas a experiências mais elevadas de estresses do que os bebês prematuros moderados e tardios (entre 32 e 37 semanas de IG). No entanto, prematuros moderados podem se apresentar mais vulneráveis em relação aos demais em outros aspectos, como em relação à resposta motora e vigor (Gorzilio, Garrido, Gaspardo, Martinez, & Linhares, 2015).

Pesquisas que comparam o desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo com o de crianças nascidas a termo mostram que as primeiras são mais propensas a apresentar problemas no desenvolvimento. Em revisão de literatura que avalia os efeitos do nascimento pré-termo no desenvolvimento e qualidade de vida de crianças nas fases pré-escolar e escolar, Vieira e Linhares (2011) identificaram estudos que avaliavam indicadores globais do desenvolvimento (neurológico, neurodesenvolvimento e qualidade de vida) e outros que avaliavam indicadores específicos de desenvolvimento (cognição, motor, comportamento, linguagem, desempenho escolar, atenção e memória). Os achados mostraram que as crianças nascidas pré-termo apresentaram pior desempenho em todos os indicadores de desenvolvimento avaliados na comparação com grupos de crianças a termo, revelando o impacto que o nascimento pré-termo tem nas diversas idades e áreas do desenvolvimento.

Em particular, os problemas de comportamento das crianças nascidas pré-termo podem ser identificados nos três primeiros anos da criança (Delobel-Ayoub et al., 2006), na fase pré-escolar (Jones, Champion, & Woodward, 2013) e escolar (Linhares et al., 2000; Treyvaud, Lee, Doyle, & Anderson, 2013), aparecendo com mais frequência nessa população, quando comparadas às crianças nascidas a termo. As crianças nascidas pré-termo são também mais propensas a apresentar critérios para o diagnóstico de doenças psiquiátricas, incluindo os transtornos de ansiedade, déficit de atenção e hiperatividade e transtornos do espectro autista (Treyvaud et al., 2013).

Nos anos pré-escolares especificamente, fase focada neste estudo, evidenciam-se problemas regulatórios e de atenção e, na infância, identificam-se desatenção, problemas de relacionamento e sintomas emocionais, com distúrbios psiquiátricos identificados em torno de 25% dos casos, aumentando o risco de transtornos na vida adulta (Johnson & Marlow, 2014). Identifica-se que crianças nascidas extremamente pré-termo, podem apresentar mais problemas comportamentais aos 6 anos de idade do que crinaças nascidas a termo e esta

dificuldade pode permanecer durante a adolescência e vida adulta. As difculdades podem refletir na vida familiar, nas amizades, na escola ou trabalho, ou em atividades de lazer, sendo que a hiperatividade, a desatenção e problemas entre pares são problemas que se destacam e impactam na vida diária (Linsell et al., 2018).

Nesta fase, ainda se apresentam importantes problemas no desenvolvimento e funcionalidade, mesmo em crianças com baixo índice de risco clínico, quando comparadas a uma amostra normativa. Crianças prematuras apresentaram pior desempenho em domínios de qualidade de vida relacionados ao comportamento e saúde mental, como problemas psicossociais e comportamentais, estados negativos de saúde mental (ansiedade ou depressão) e dificuldades no controle emocional e na capacidade de lidar com os outros, o que dificulta a interação na escola e com amigos (Vieira, Formiga, & Linhares, 2017).

Os aspectos da regulação também podem ser influenciados pelo temperamento e pela qualidade das interações com os pais no processo de socialização (Kochanska & Aksan, 2006). Os cuidadores, especialmente a mãe no início da vida, também são correguladores no processo de desenvolvimento da criança, influenciando nas suas capacidades autorregulatórias (Linhares & Martins, 2015). Crianças com risco genético e dificuldades comportamentais caracterizadas por má regulação fisiológica, quando expostas a uma parentalidade sensível e não intrusiva no início do desenvolvimento, podem se beneficiar dela, mostrando-se menos vulneráveis a tais dificuldades (Rothbart, 2012; Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger, & Muller-Nix, 2006). Por outro lado, a má qualidade da interação pode, além do nascimento pré-termo, ser um fator de risco ao desenvolvimento humano.

De acordo com a abordagem da Psicopatologia do Desenvolvimento, fatores de risco consistem em variáveis (individuais, ambientais, ou resultantes da combinação entre ambas) que, quando presentes, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas de desenvolvimento, sejam de ordem física ou psicológica (Luthar, Sawyer, & Brown, 2006). Os fatores de risco podem ser divididos em três categorias: riscos biológicos, riscos contextuais e riscos derivados de características individuais pessoais. Como riscos biecológicos pode-se citar o nascimento prematuro, como risco contextual a violência intrafamiliar e a prática parental negativa; e como risco derivado de características individuais o temperamento. Por outro lado, existem também os mecanismos de proteção, que consistem em variáveis que influenciam um resultado positivo no desenvolvimento de um grupo de alto risco, apresentando efeito interativo entre variáveis (Gutman, Sameroff, & Cole, 2003). Os mecanismos de proteção modificam os efeitos adversos do risco favorecendo desfechos adaptativos no desenvolvimento (Luthar et al., 2006). No entanto, fatores de risco e

mecanismos de proteção não devem ser analisados isoladamente, mas sim ser compreendidos na sua interação.

Em crianças nascidas pré-termo podem ser identificados sinais de vulnerabilidade, o que caracteriza esse grupo como um grupo de risco, porém também podem ser identificados sinais de resiliência advindos de mecanismos de proteção dos processos mediadores e do suporte psicossocial, o que minimiza os impactos das adversidades experimentadas precocemente (Linhares et al., 2000). Nesse sentido, é importante compreender o nascimento pré-termo e as variáveis psicossociais que podem interagir com esse fator de risco, a fim de promover intervenções preventivas. A fundamentação teórica e conceitual apresentada até este ponto será a base deste estudo que focalizará o problema da prematuridade no desenvolvimento de crianças e as relações com as interações maternas e práticas educativas.

1.2 Interação mãe-criança no cuidado das crianças prematuras

A qualidade da interação mãe-criança pode sofrer influências tanto de características da criança, quanto de características maternas (Sameroff, 2010). Entre as características da criança que impactam nessa relação podemos citar os fatores de risco biológico, como a prematuridade (Poehlmann et al., 2011), além de fatores psicológicos, como o comportamento (Lipscomb et al., 2012), e temperamento, que pode facilitar ou dificultar essa interação, podendo atuar como um fator protetor ou de risco ao desenvolvimento infantil (Kim & Kochanska, 2012). Algumas características do temperamento da criança levam a resultados melhores ou piores, dependendo da parentalidade, e alguns comportamentos parentais levam a resultados melhores ou piores, dependendo do temperamento (Schermerhorn & Bates, 2012). Por exemplo, a resposta emocional positiva da criança, medo e autorregulação provocam maior receptividade dos pais, enquanto crianças mais reativas eliciam maior controle parental negativo. Ainda, crianças com altos níveis de medo são menos propensas a ter problemas internalizantes e externalizantes se seus pais são mais calorosos e usam estratégias de disciplina positivas (Rothbart, 2012).

Entre as características maternas, por sua vez, que podem influenciar essas interações, encontram-se indicadores de responsividade (Kim & Kochanska, 2012), sensibilidade, sincronia (Feldman, 2007), intrusividade e diretividade (Taylor, Eisenberg, Spinrad, & Widaman, 2013). Além disso, pode-se citar a presença de transtornos psiquiátricos na mãe, como depressão (Feng et al., 2008), ocupação e escolaridade materna (Klein, 2005), assim

como fatores como emprego, nível intelectual, renda familiar e estresse emocional materno (Klein & Linhares, 2006).

A responsividade diz sobre como o cuidador modifica seu comportamento e o ambiente físico em reposta às demandas da criança (Gartstein, Crawford, & Robertson, 2008); sensibilidade materna se refere às sugestões dadas em resposta aos esforços e ações da criança de acordo com o momento (Szabó et al., 2008). A sincronia é relativa à interação mutuamente regulada, harmoniosa e recíproca (Feldman, 2007). A intrusividade, por sua vez, diz respeito às intervenções desnecessárias por parte da mãe, que interferem na autonomia da criança (Szabó et al., 2008). Por fim, a diretividade indica o uso de comportamentos verbais e não-verbais para controlar ou dirigir ações da criança (Sigolo, 2000), podendo ser adaptativa ou mal adaptativa. A diretividade é adaptativa quando oferecida à criança se solicitada, ou em sinal de apoio às suas dificuldades, sendo interrompida quando não mais necessária; e mal adaptativa quando os sinais e as iniciativas da criança não são considerados (Potharst et al., 2012).

Os estressores que acompanham as mães de bebês pré-termo, como medo do risco da morbimortalidade, hospitalização prolongada na UTIN e separação do filho em decorrência da internação são fatores que permeiam as representações iniciais sobre o filho e as expectativas futuras de sua evolução (Linhares et al., 2000; Pinto, Padovani & Linhares, 2009). Comparando-se a qualidade da interação entre grupos de famílias com crianças nascidas pré-termo e famílias com crianças nascidas a termo, com crianças com média de dois anos, constatou-se que o grupo de família com crianças pré-termo apresentava desempenho inferior ao grupo de família com crianças a termo em relação à postura e contato visual, implicação no papel parental, suporte dos pais, envolvimento com a criança, validação e afeto familar (Gatta et al. 2017).

Mães de bebê pré-termo apresentam sinais de ansiedade do tipo estado/ situacional (Klein & Linhares, 2006; Pinto et al., 2009) e a vivência de estresse relacionada à experiência do nascimento pré-termo pode ter influência duradoura na interação mãe-criança, o que pode interferir no cuidado destinado à criança no curso do seu desenvolvimento (Linhares et al., 2000; Muller-Nix et al., 2004; Forcada-Guex, Borghini, Pierrehumbert, Ansermet, & Muller-Nix, 2011). Mães de crianças nascidas prematuras com menos de 32 semanas de IG, avaliadas quando as crianças tinham entre 1,6 e 3,9 anos, apresentaram mais ansiedade de traço do que as mães de crianças nascidas a termo, sendo verificado que a ansiedade estava relacionada ao parto prematuro e as consequências médicas, de desenvolvimento e/ ou neurológicas da prematuridade, as quais podem afetar a interação mãe-criança (Karabekiroğlu et al., 2015).

As mães de crianças nascidas pré-termo são caracterizadas por serem menos suportivas em relação ao desenvolvimento de autonomia nas crianças e mais intrusivas do que as mães de crianças nascidas a termo (Feldman, 2007; Potharst et al., 2012). A intrusividade de mães de crianças nascidas pré-termo é considerada como condição de risco, podendo ainda interagir com o temperamento infantil que, por sua vez, também é influenciado pela qualidade dessa interação (Cassiano & Linhares, 2015). Na idade escolar das crianças, as mães de crianças nascidas pré-termo, apresentaram maior interferência na autonomia de seus filhos em comparação com mães de crianças nascidas a termo, sendo que mães com nível educacional mais baixo apresentaram maior dificuldade de estabelecer uma interação com qualidade, especialmente se a criança prematura apresentava alguma deficiência severa (Potharst et al., 2012).

A condição de risco da prematuridade quando associada a poucas qualidades interativas da mãe e pobres capacidades autorregulatórias da criança, resultam em uma interação com um pior desempenho, quando comparadas a outras díades pré-termo e a termo (Cassiano & Linhares, 2015). Por outro lado, a responsividade/sensibilidade materna pode atuar como variável moderadora do risco biológico do nascimento prematuro, sendo preditora de melhores habilidades sociais (Assel et al., 2002).

Ao avaliar díades de mães de crianças nascidas pré-termo e díades de crianças nascidas a termo aos 6 e 18 meses foram identificados 2 padrões recorrentes de interação, sendo um de mãe sensível e um bebê cooperativo e um "padrão controlador" com uma mãe controladora e um bebê compulsivo. (Forcada-Guex et al., 2006). Foi identificado que os padrões de interação podiam atuar de forma protetiva (padrão cooperativo) ou como um risco (padrão controlador) no desenvolvimento e no comportamento da criança, independente dos fatores de risco perinatais e do contexto socioeconômico da família. O "padrão controlador" foi mais prevalente nas díades mãe-bebê pré-termo do que nas díades a termo o que mostra a importância da qualidade da relação mãe-bebê nos desfechos desenvolvimentais do bebê (Forcada-Guex et. al., 2006).

Analisando a qualidade e estabilidade da interação mãe-bebê e pai-bebê ao longo dos dois primeiros anos pós-parto em famílias com bebês a termo ou prematuro, foram observados aspectos do comportamento dos pais (sensibilidade, intrusividade, e negligência) e das crianças (humor positivo, humor negativo, nível de atividade e sustentação da atenção) (Hall et al., 2015). Encontrou-se que a prematuridade não teve efeitos significativos sobre o comportamento interativo dos pais, mas efeitos sobre os comportamentos das crianças. No entanto, foi observado um nível moderado de estabilidade nos comportamentos parentais

tanto dos pais de crianças nascidas prematuras, quanto dos pais de crianças a termo, ou seja, pais que se apresentavam relativamente sensíveis no início do estudo permaneciam relativamente sensíveis ao longo do tempo, ao passo que pais que exibem níveis relativamente altos de negligência no início do estudo mantiveram este comportamento ao longo do tempo (Hall et. al., 2015). Esses dados mostram que a qualidade da interação dos pais não é algo que se modifica pela simples passagem do tempo, sendo importante trabalhar com intervenções que possam promover uma interação mais sensível e recíproca.

Algumas intervenções podem ser realizadas ainda no ambiente da UTIN. Intervenções não-farmacológicas que minizam a exposição do bebê ao ambiente tóxico da UTIN, como controle dos estímulos do ambiente da UTIN, redução do manejo excessivo do bebê, promoção do contato pele-a-pele, auxiliam os bebês a alcançarem uma regulação fisiológica, emocional e comportamental mais organizada, o que facilita que as mães estejam mais próximas dos bebês durante os estados de vigília, facilitando e promovendo a relação de apego da dupla mãe-bebê (Linhares & Gaspardo, 2017). O contato pele-a-pele é uma das intervenções com resultados benéficos comparáveis entre diferentes estudos, como uma das abordagens que buscam desenvolver cuidados que minimizem os indicadores de estresse em recém-nascidos pré-termo admitidos na UTIN (Silva et al., 2018).

É possível ainda, realizar intervenções durante o período de hospitalização. Diferentes intervenções psicológicas com e sem materiais de apoio (vídeo e manual de orientação) com mães de bebês nascidos pré-termo com muito baixo peso ao nascer, hospitalizadas na UTIN, mostraram uma redução nos níveis de ansiedade de estado ou traço e depressão após intervenção e alta do bebê do hospital, sendo que o grupo que recebeu a intervenção com material de apoio apresentou uma redução estatisticamente significativa em relação aos sintomas emocionais em nível clínico de ansiedade-estado (Carvalho, Linhares, Padovani, & Martinez, 2009). O apoio psicológico às mães de bebês prematuros permite que a mãe esteja mais disponível para se conectar com as necessidades do bebê.

Outras intervenções podem ser feitas após a alta da criança, nos seus anos iniciais. Após uma intervenção de parentalidade responsiva no primeiro ano da criança dois grupos foram organizados para receber uma intervenção diferente, sendo que um recebeu um cuidado usual e outro recebeu uma intervenção adicional, que consistia em visitas domiciliares de quatro a seis vezes entre 18 e 22 meses de idade gestacional corrigida da criança (Flierman et al., 2016). Os pais foram apoiados a interagir de forma responsiva durante atividades diárias e estabelecer brincadeiras cada vez mais complexas. A intervenção pós-alta durante o primeiro ano se associou a resultados positivos como melhora na parentalidade responsiva, e

diminuição de problemas externalizantes e desregulação do comportamento, e desenvolvimento motor nas crianças (Flierman et al., 2016).

Uma revisão sistemática que analisou estudos de ensaios clínicos randomizados ou quase-randomizados de intervenções parentais para mães de bebês prematuros, avaliando a qualidade da relação mãe-bebê, encontrou algumas características comuns associados a melhoria na interação. As intervenções foram feitas durante a internação ou combinaram cuidado hospitalar e visita domiciliar, variando de oito semanas pós-alta até visitas aos cinco meses de idade da criança. Foram realizados por enfermeiras e um deles por um psicólogo e incluíam informações sobre cuidados baseados na maternidade responsiva e sensível aos comportamentos do bebê, e sobre o contato pele-a-pele (Evans, Whittingham, Sanderse, & Boyd, 2013). Os efeitos mais duradouros das intervenções foram obsevados em mães de alta escolaridade, não permanecendo nas mães de baixa escolaridade, indicando a necessidade de uma intervenção mais prolongada para este grupo (Evans et al., 2013).

Em suma, a interação mãe-bebê prematuro é influenciada pela condição e riscos do nascimento pré-termo, que permeiam as representações iniciais sobre o bebê, e por características constitucionais do bebê, que interferem na parentalidade da mãe. A parentalidade e o tipo de interação estabelecida influenciam, por sua vez, o desenvolvimento de aspectos sócio-emocionais do bebê. A interação da díade mãe-bebê prematuro ainda pode ser influenciada por outra característica da mãe, qual seja o temperamento materno.

1.3 Temperamento materno

O temperamento refere-se a características individuais de base constitucional que influenciam as respostas afetivas, atencionais e motoras do indivíduo em situações diversas, sendo relativamente duradoura e influenciada ao longo do tempo pela hereditariedade, maturação e experiência (Rothbart, 2012; Rothbart, Ahadi, & Evans, 2000). Compreende as diferenças individuais aparentes desde a infância, incluindo a atividade e intensidade emocional, sendo que estas dimensões permanecem relativamente estáveis no decurso do desenvolvimento, constituindo a base para a futura personalidade (Else-Quest, Hyde, Goldsmith, & Van Hulle, 2006). Ele inclui três grandes fatores, a saber: afeto negativo, incluindo dimensões de desconforto, medo, frustração, tristeza e escore invertido da capacidade de se acalmar; extroversão, composto por dimensões de prazer de alta intensidade, nível de atividade, impulsividade; e controle com esforço, composto por dimensões do tipo de controle inibitório, focalização da atenção e prazer de baixa intensidade (Rothbart, 2011).

O temperamento materno vem sendo estudado, ainda em poucos estudos, para compreender se há alguma correlação com as práticas educativas adotadas e influência no comportamento da criança. Um recente estudo avaliou 196 crianças entre os três e os cinco anos e suas respectivas mães, a fim de compreender a relação entre o temperamento e as práticas educativas maternas, e o temperamento materno e os problemas de adaptação da criança (Amorim, 2016). As associações encontradas entre as dimensões do temperamento materno e as práticas educativas utilizadas foram fracas, encontrando-se, porém, correlação entre o traço extroversão do temperamento materno e a disciplina rígida e inconsistente. Ainda, quanto à relação entre o temperamento materno e os problemas de adaptação da criança, foi encontrada que a dimensão do afeto negativo tinha relação com os problemas de adaptação da criança, como problemas externalizantes e internalizantes, reatividade emocional, problemas de sono e comportamento agressivo, sendo verificado também que o maior controle com esforço da mãe associava-se a menores níveis de reatividade emocional na criança (Amorim, 2016).

Nas interações entre mães e crianças nascidas prematuras, pode-se observar a associação entre características do temperamento materno e os problemas de comportamento das crianças na fase dos três primeiros anos de idade. O estudo de Gracioli (2013) analisou crianças na faixa etária entre 18 e 36 meses nascidas pré-termo e identificou que os problemas de comportamento, quando apresentados, se relacionavam com características do temperamento da criança e características do temperamento da mãe, especialmente menor controle inibitório do controle com esforço, e tempo de internação na UTIN, apontando que o temperamento difícil das mães pode refletir na emotividade negativa e nas habilidades regulatórias das crianças. A autora sugere que sejam feitas intervenções preventivas de orientação de pais, para que possam atuar como mediadores no processo de regulação do comportamento ao longo do desenvolvimento das crianças nascidas pré-termo (Gracioli, 2013).

Assim, o fator de risco biológico do nascimento prematuro quando associado a fatores psicossociais de risco, do tipo interação mãe-criança de baixa qualidade e práticas educativas parentais negativas, constituem-se em uma situação de múltiplo risco. O efeito aditivo do múltiplo risco leva a um efeito “em cascata” no desenvolvimento da criança (Linhares et al., 2012). Faz-se necessário compreender como as práticas educativas maternas podem atuar no desenvolvimento dessas crianças.

1.4 Práticas educativas parentais

Considerando, os achados sobre o impacto do nascimento pré-termo e as interações maternas no desenvolvimento das crianças, deve-se considerar a relevância das práticas educativas maternas como fator de proteção ao desenvolvimento dessas crianças. Práticas parentais se referem às ações, técnicas e métodos específicos usados pelos pais para ensinar um determinado valor ou orientar a criança a adotar ou corrigir certas atitudes e comportamentos (Macana & Comin, 2015), sendo denominado de estilo parental o conjunto dessas práticas, utilizadas com o objetivo de educar, socializar e controlar o comportamento das crianças (Gomide, 2006).

As práticas educativas parentais podem ser positivas ou negativas. As positivas são quando os pais conseguem estabelecer regras de convívio social e desenvolver comportamentos pró-sociais nas crianças, por meio do afeto, comportamento moral e supervisão (Gomide, 2006), favorecendo o desenvolvimento cognitivo e socioemocional das crianças na primeira infância (Macana & Comin, 2015). As negativas, por sua vez, são quando há negligência, abandono, coerção, abusos físicos e psicológicos, que favorecem o desenvolvimento de comportamentos antissociais, como uso de drogas, comportamentos infratores e agressivos (Gomide, 2006).

As práticas parentais consistem em um processo de ação e interação entre pais e crianças, podendo mudar em resposta às suas necessidades, sofrendo essas mudanças até que as crianças cresçam e atinjam a vida adulta (Brooks, 2013). Além dessa interação, as práticas parentais também sofrem influência da sociedade que, por sua vez, também pode ser alterada por ela (Brooks, 2013). Nesse sentido, as escolhas das práticas educativas e, consequentemente a caracterização do estilo parental, podem ser influenciadas pela dinâmica intrafamiliar, que se refere a relação afetiva entre os membros familiares; e da dinâmica extra familiar, como pobreza, privações socioculturais, entre outros (Minetto, Crepaldi, Bigras, & Moreira, 2012).

No ambiente familiar, especialmente na primeira infância, é que se encontram as oportunidades de interação e aprendizagens entre pais e filhos que contribuem para a construção da personalidade, das regulações emocionais e comportamentais, assim como para o processo de socialização das crianças (Linhares, 2015). Dessa forma, dependendo das relações estabelecidas entre pais e filhos e das práticas educativas adotadas, esse ambiente pode atuar como mecanismo de proteção ou fator de risco ao desenvolvimento da criança.

Em relação aos pais de crianças nascidas pré-termo, as vivências de ansiedade e estresse presentes no nascimento dessa criança podem dificultar a implementação de práticas educativas eficientes (Linhares et al., 2000). Muitas vezes, por considerar que a criança sofreu o suficiente na sua história de vida, os pais acreditam que a criança merece ser poupada de outros sofrimentos, tendo dificuldade em estabelecer limites, além de muitas vezes superproteger a criança, o que pode dificultar o desenvolvimento da competência social no seu repertório comportamental, assim como não prepará-la para enfrentar as demandas internas e externas que se impõem no curso da vida (Linhares et al., 2000).

Ao examinar a relação entre nascimento prematuro, comportamento parental durante a primeira infância, desenvolvimento cognitivo e sócio-emocional na entrada do jardim de infância, foi avaliado qual impacto a parentalidade tinha no desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo em comparação com crianças nascidas a termo, medindo o comportamento parental aos nove e 24 meses da criança (Maupin & Goldenring, 2014). Foi constatado que a parentalidade positiva teve uma influência direta e resultou em melhores desfechos no desenvolvimento cognitivo e sócio-emocional para o grupo pré-termo; enquanto que no grupo a termo houve uma influência direta da parentalidade positiva em melhores desfechos sócio-emocionais, e indireta na função cognitiva precoce, evidenciando-se que a parentalidade positiva prevê bons resultados em relação ao desenvolvimento cognitivo e sócio-emocional. No entanto, crianças nascidas prematuras estão mais expostas a cuidados menos sensíveis, o que oferece menos possibilidades de um desenvolvimento cognitivo, exacerbando os riscos biológicos (Maupin & Goldenring, 2014).

Crianças com altos riscos neonatais, muito prematuros e muito baixo peso ao nascer e um grupo controle de crianças nascidas a termo foram avaliadas no nascimento até os 13 anos, sendo medido o sucesso escolar aos 6 e 13 anos e a parentalidade aos 6 anos. Foi constatado que a parentalidade cognitivamente estimulante promoveu o sucesso escolar de todas as crianças, sendo que a sensibilidade paterna aos 6 anos foi parcialmente protetiva nos resultados acadêmicos apesar dos efeitos adversos do nascimento pré-termo, incluindo deficiências neurodesenvolvimentais associadas (Wolke, Jaekel, Hall, & Baumann, 2013).

Os resultados do modelo de desenvolvimento sugerem caminhos múltiplos para os desfechos cognitivos e sócio-emocionais da criança nascida prematura, inclusive por meio do comportamento dos pais na primeira infância (Maupin & Goldenring, 2014). A qualidade da forma como os pais educam e cuidam de seus filhos, que pode contribuir para o desenvolvimento de problemas comportamentais e emocionais em crianças, está entre os fatores de risco potencialmente modificáveis (Sanders, 2012; Linhares, 2015). Isso é

promissor porque a parentalidade é passível de mudança através de intervenções de alta qualidade. Assim, programas de intervenção para mães de crianças prematuras poderiam otimizar as trajetórias de desenvolvimento (Maupin & Goldenring, 2014).

A parentalidade positiva é fundamental para proporcionar à criança cuidado e desenvolvimento em um ambiente seguro. Assim, programas de intervenção preventiva para pais podem atuar como um mecanismo de proteção ao desenvolvimento das crianças (Linhares, 2015). Especificamente com a criança nascida pré-termo e suas famílias, a realização de programas de intervenção que envolve medidas preventivas de cuidado e atenção são importantes, pois favorecem a neutralização do impacto negativo dos riscos que podem desencadear problemas no desenvolvimento (Linhares et al., 2012). Esses programas proporcionam experiências e oportunidades que favorecem a aprendizagem e o desenvolvimento, para que os pais cumpram de maneira eficaz suas responsabilidades na educação de seus filhos, podendo variar a forma de intervenção, mas com o objetivo comum de melhorar a qualidade de vida das crianças e de seus pais (Trivette & Dunst, 2009). Além disso, possibilitam às famílias da sociedade um senso de dignidade, finalidade e atividades que sejam significativas (Bronfenbrenner, 2011).

Os programas disponibilizam conhecimentos sobre desenvolvimento infantil e práticas parentais adequadas e proporcionam reflexões sobre a forma como os cuidadores se relacionam e educam seus filhos (Bolsoni-Silva, Salina-Brandão, Versuti-Stoque, & Rosin-Pinola, 2008). Em recente estudo de revisão da literatura, Altafim e Linhares (2016) analisaram estudos sobre programas que trabalham a prevenção da violência e maus tratos infantis através de intervenções para promoção de práticas parentais positivas. Identificaram que estes estudos foram realizados majotitariamente em países desenvolvidos e não necessariamente procuravam prevenir diretamente a violência e os maus-tratos, mas sim promover práticas parentais efetivas e positivas e conseqüentemente prevenir a violência infantil. Concluiram que os programas demonstraram ser efetivos para melhorar as estratégias parentais e o comportamento das crianças (Altafim & Linhares, 2016).

Sendo assim, os programas de práticas educativas parentais são de extrema importância, uma vez que possibilitam aos pais adquirir habilidades regulatórias para manejar seu próprio comportamento, inclusive na relação com a criança. Além disso, promovem estratégias para o desenvolvimento de competências parentais básicas e práticas educativas parentais adequadas que auxiliam na regulação do comportamento da criança (Sameroff & Fiese, 2000; Linhares & Martins, 2015).

No Brasil, estes programas de intervenções têm atuado com o objetivo de minimizar e prevenir problemas de comportamento infantil e desenvolver habilidades parentais (Cia, Williams & Aiello, 2005; Ormeño & Williams, 2006; Santos & Williams, 2008; Williams, Santini & D´Affonseca, 2012; Pereira, D'Affonseca & Williams, 2013). Esses estudos demonstraram resultados favoráveis em relação a melhoras do comportamento da criança e da interação mãe-criança (Cia, Williams & Aiello, 2005), redução de comportamentos agressivos por parte da criança (Ormeño & Williams, 2006), diminuição de agressão física pelos pais e prevenção de problemas de comportamento na infância (Santos & Williams, 2008) e melhora do comportamento da criança e diminuição do risco potencial para abuso e depressão (Williams, Santini, & D´Affonseca, 2012). Além disso, há melhora no estilo parental e redução dos problemas de comportamento das crianças (Pereira, D'Affonseca, & Williams, 2013).

No panorama internacional, alguns programas de intervenção com pais têm se destacado, aparecendo em grande número de estudos. São eles: "*Incredible Years*" (Webster-Stratton, Reid, & Hammond, 2004); "*Triple P- Positive Parenting Program*" (Sanders, 2008); e o *ACT "Raising Safe Kids Parenting Program",* traduzido no Brasil com o nome de Programa "*ACT* - Para Educar Crianças em Ambientes Seguros" (Silva, 2009). O programa *ACT* trata diretamente de temas sobre violência e suas relações com práticas parentais, com foco em uma abordagem preventiva, que visa desenvolver práticas educativas positivas e prevenir maus tratos (Knox, Burkhart, & Cromly, 2013). O seu objetivo é habilitar as famílias a criarem ambientes seguros, estáveis e saudáveis que protejam as crianças da violência e de suas consequências (Silva, 2007).

No que tange intervenções que trabalhem a parentalidade com famílias que tenham crianças nascidas prematuras, alguns estudos são encontrados. O programa *Baby Triple P* (BTP) é uma intervenção que foi desenvolvida para melhorar o conhecimento, confiança e habilidades de pais que esperam ou tem novos bebês nascidos a termo (Spry et al. 2009), mas foi adaptada para pais de bebês muito prematuros (Ferrari, Whittingham, Boyd, Sanders, & Colditz, 2011). Esta adaptação incluiu informações como características do desenvolvimento infantil, como calcular idade corrigida da criança, marcos do desenvovlimento e estratégias para parentalidade de um recém-nascido prematuro. A aceitação do programa por parte de pais de crianças prematuras ou muito prematuras foi testada, mostrando boa aceitação (Ferrari et al., 2011). Um estudo investigou os efeitos dessa intervenção para pais de bebês nascidos muito pré-termo na qualidade da relação mãe-bebê prematuro, apego e responsividade do bebê às seis semanas e 12 meses de idade corrigida (Evans, Boyd, Colditz, Sanders &

Whittingham, 2017). As famílias receberam quatro sessões durante a internação de duas horas enquanto seu bebê estava na UTIN, no entanto, não foram encontradas evidências de que o BTP melhorou os aspectos investigados (Evans et al., 2017).

Outra intervenção é o programa *Primary Care Triple P* que consiste em um treinamento de habilidades ativas durante quatro sessões para pais de crianças com sintomas emocionais de leves a moderados ou problemas comportamentais, com o obejteivo de melhorar a competência e autoconfiança dos pais em termos de parentalidade e reduzir problemas de comportamento das crianças (Schappin et al., 2013). Em um estudo randomizado controlado, com um grupo de intervenção e outro de lista de espera com pais de crianças de dois a cinco anos, não foram encontradas diferenças significativas intra e entre grupos, ou o grupo de intervenção apresentou piroes resultados, em relação a problemas de comportamento da criança, estilo parental, estresse parental e percepção dos pais da vulnerabilidade da criança, não sendo considerada uma intervenção eficaz (Schappin et al., 2013). Dessa forma, não é conhecido por nós algum programa de práticas parentais voltado para pais de crianças nascidas prematuras em idade pré-escolar que seja efetivo para melhorar as práticas educativas e reduzir os problemas de comportamento da criança.

Apesar de o Programa ACT não ser um programa voltado especificamente para se trabalhar com as questões da prematuridade, este foi selecionado para ser investigado neste estudo. Destaca-se que o Programa ACT apresenta alguns diferenciais: trabalha em uma perspectiva de prevenção universal, o que permite flexibilidade para implementação em diversos contextos; evidências científicas sobre sua efetividade comprovada em estudos internacionais e nacionais; baixo custo e duração breve (dois meses); além de possuir sessões específicas sobre controle da raiva e estratégias de disciplina, temas importantes para ajudar os pais no controle inibitório e autorregulação.

1.5 O Programa ACT– Para educar crianças em Ambientes seguros

O Programa ACT é um programa de intervenção que foi desenvolvido pela Divisão de Prevenção da Violência da Associação Americana de Psicologia (APA, EUA), com foco nas práticas educativas parentais para fortalecer práticas positivas e prevenir violência e maus-tratos. Busca difundir conhecimentos e habilidades aos pais e cuidadores, a fim de fortalecer as famílias e melhorar ou mudar competências parentais para que assim eles possam ensinar e ajudar as crianças a agir de maneira não agressiva (Silva, 2007; Silva, 2009). Os conhecimentos difundidos se referem à disciplina não violenta, desenvolvimento infantil,

fatores de risco e de proteção presentes na vida da criança, manejo da raiva, habilidades para resolução de conflitos, efeitos da mídia nas crianças, métodos para protegê-las da exposição à violência, bem como a importância da participação na comunidade para prevenir a violência (Silva, 2009; Knox, Burkhart, & Hunter, 2010).

O Programa ACT tem sido reconhecido por grandes instituições como um programa educativo efetivo de prevenção universal para pais. Ele já foi recomendado duas vezes pela Organização Mundial da Saúde para prevenir maus-tratos contra a criança (Hardcastle et al., 2015, World Healh Organization, 2018). As agências *California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare* (2015) e *National Institute of Justice* (2015) também avaliam o programa positivamente pelas suas evidências científicas, considerando-o promissor, ainda que mais pesquisas sejam necessárias. O "*Compendium of Parenting Interventions"* cita o programa como uma intervenção efetiva para famílias de crianças pequenas baseada em evidência (National Center for Parent, Family and Community Engagement, 2015), sendo reconhecido ainda pelo *Centers for Disease Control and Prevention, Division of Violence Prevention* (Fortson, Kleven, Merrick, Gilbert, & Alexander, 2016) como um programa que melhora as habilidades parentais e promove o desenvolvimento infantil saudável.

O ACT é aplicado em diversos países do mundo, como Estados Unidos, Japão, Peru, Colômbia, Grécia, Turquia, Guatemala, Bósnia, Portugal e também no Brasil. Tem como foco a intervenção primária e universal abarcando principalmente pais e outros cuidadores, sendo realizado também com educadores e profissionais, com relatos ainda de sua expansão para outros públicos, tendo sido realizado, por exemplo, em um presídio estadual de média complexidade nos EUA (Cynkar, 2007).

O programa é embasado na teoria da aprendizagem social de Bandura (1977) e enfatiza a importância do modelo parental, tanto em relação aos comportamentos adaptativos, incluindo o não uso da violência, quanto em relação a comportamentos maladaptivos que as crianças imitam, dando-se ênfase aos adultos como os mais influentes professores (Silva, 2011). Além disso, os estudos ressaltam a importância do Programa ACT por difundir informações sobre prevenção da violência, desenvolvimento infantil e impacto da mídia na vida das crianças (Silva & Williams, 2015), dando ênfase na fase dos zero aos oito anos, fase sensível para o desenvolvimento com impacto duradouro na vida das crianças (Guttman, Mowder, & Yasik, 2006).

Diversas pesquisas foram realizadas nos Estados Unidos da América (EUA) a fim de avaliar os efeitos do Programa ACT (Knox et al., 2010; Portwood, Lambert, Abrams, &

Nelson, 2011; Knox et al., 2013; Knox & Burkhart, 2014). Os estudos indicam que pais que participaram do *ACT* utilizaram-se menos da palmada e da violência instrumental, quando comparados a pais que não participaram (Knox et al., 2010). Foi também constatado alterações positivas na parentalidade, com redução do uso de disciplina física e verbal severas, diminuição da violência física e psicológica, além de aumento de práticas positivas, como comportamento mais carinhoso (Portwood et al., 2011; Knox et al., 2013). Nesse mesmo sentido, Knox & Burkhart (2014), evidenciaram que pais que participaram da intervenção *ACT* apresentaram aumento de comportamento afetuoso, redução de práticas parentais negativas e severas, assim como a diminuição de problemas de comportamento da criança.

Sendo conhecidas as evidências do Programa ACT nos EUA, um estudo investigou como o Programa ACT se aplica em diferentes países, com diversos contextos culturais e econômicos (Howe et. al., 2017). Dando um panorama geral, apresenta estudos realizados no Brasil, Japão, Taiwan e Portugal, apresentando quais adequações foram necessárias para que o Programa ACT se ajustasse aos contextos culturais, mas mantendo a fidelidade ao programa original.

No Brasil, as intervenções foram feitas em centros comunitários de saúde e em um presídio. As adaptações para os centros comunitários incluíram inserção de vídeos e brindes para a adesão das participantes, enquanto que, no presídio, em decorrência do baixo nível socioeducacional das participantes, uma das principais adaptações foi trabalhar o programa principalmente por via oral, ao invés de usar materiais escritos. Além disso, como as participantes não tinham contato regular com os filhos eram incentivadas a utilizarem as estratégias que estavam sendo aprendidas nas próprias relações dentro do ambiente prisional (Howe et al., 2017).

Em Lisboa a amostra incluiu uma população de classe média, altamente escolarizada. Assim, todos os tópicos do programa puderam ser trabalhados, sem omissão dos elementos centrais do programa. No Japão, optou-se por reordenar as sessões. Levando-se em consideração que culturalmente leva-se um tempo maior para o processo de vinculação, a sessão sobre violência foi transferida mais para o final do Programa. Além disso, para incentivar os participantes nas encenações em algumas atividades do programa, os facilitadores se apresentavam antes de solicitarem aos participantes. Em Taiwan poucas adaptações foram necessárias, sendo incluídas fotos, vídeos e exemplos que se adequassem ao contexto cultural, não havendo mudanças nos componentes e estrutura geral do programa (Howe et. al., 2017). Os pesquisadores concluem que o Programa ACT pode se adequar a contextos diversos, com melhoria nos principais comportamentos trabalhados no programa,

como monitoramento de mídia eletrônica, uso de disciplina positiva de acordo com a idade e regulação das emoções, além de redução da coeção e práticas parentais punitivas em todas as culturas (Howe et al., 2017).

No Brasil, o programa foi viabilizado a partir de uma parceria entre a APA, o Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (LAPREV), na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), e o Laboratório de Pesquisa em Prevenção de Problemas de Desenvolvimento e Comportamento da Criança (LAPREDES), na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), a fim de que fossem desenvolvidos estudos voltados para sua avaliação na realidade brasileira (Silva & Willians, 2015). Após workshop de treinamento, iniciaram-se as pesquisas com o Programa ACT nessas duas universidades no ano de 2013 e posteriormente, no ano de 2015, teve início estudo de mestrado na cidade de Curitiba, vinculado à Universidade Tuiuti do Paraná (Camargo, 2016). Posteriormente, novas pesquisas tiveram início também nas cidades de Florianópolis (SC), Vila Velha (ES) e Botucatu (SP), e se encontram em andamento.

Em Ribeirão Preto, as pesquisas tiveram início a partir de um estudo de doutorado, recém finalizado, com a finalidade de avaliar a eficácia do Programa ACT em contextos públicos de saúde e educação, incluindo Núcleos do Programa de Saúde da Família e escolas públicas e filantrópicas de Ribeirão Preto (Altafim, 2017). Resultados parciais da pesquisa demonstraram a efetividade do programa ACT no que se refere à melhora nas práticas educativas maternas, ou seja, no estilo e comportamento parental e controle e monitoramento da mídia eletrônica, demonstrando ainda redução dos problemas de comportamento de crianças de três a oito anos (Altafim, Pedro, & Linhares, 2016).

Foi realizado também um estudo randomizado controlado de lista de espera, com um grupo de intervenção (GI) e um grupo controle (GC) (Altafim, 2017). Ambos os grupos participaram do Programa ACT, porém em momentos distintos. O objetivo foi comparar as práticas educativas maternas do grupo que participou da intervenção ACT (GI), em relação ao grupo controle de lista de espera (GC). Além disso, inclui-se uma avaliação de *follow-up* com o GI, em um período de três a quatro meses após a intervenção, a fim de verificar se as mudanças positivas apresentadas nas práticas educativas e no comportamento das crianças se mantinham. Os resultados indicaram que, após a participação no programa ACT, as mães do GI relataram melhora nas práticas educativas maternas em relação a disciplina positiva, comunicação e regulação emocional/comportamental, além dos relatos de diminuição de problemas de comportamento, tanto do ponto de vista da mãe, quanto do outro cuidador informante que também respondeu a questionário sobre indicadores de capacidades e

dificuldades da criança. Durante a espera, o GC não relatou mudanças nas práticas educativas e no comportamento da criança, ao passo que, após a participação, este grupo também relatou melhoras nas práticas educativas e nos comportamentos da criança. Em relação à avaliação de *follow-up* do GI, verificou-se que as mudanças das práticas educativas e do comportamento da criança foram mantidas após três a quatro meses.

Outro estudo realizado em Ribeirão Preto avaliou a efetividade do programa em famílias diferenciadas pelo nível socioeconômico B e C, de acordo com a classificação da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (Pedro, 2016). A intervenção feita com mães de crianças matriculadas em escolas públicas e particulares do município de Ribeirão Preto demonstrou que, independentemente do nível socioeconômico, o Programa ACT foi efetivo para melhorar as práticas educativas maternas e comportamentos das crianças, com redução dos problemas de conduta e aumento de comportamento pró-social em comparação ao momento pré-intervenção (Pedro, Altafim, & Linhares 2016).

Paralelamente, foi realizado um estudo transversal que analisou as relações entre nível socioeconômico (NSE), práticas parentais e problemas de comportamento internalizantes e externalizantes de crianças no Brasil (Altafim, McCoy & Linhares, 2018). Para isso, foi realizada uma análise fatorial exploratória e confirmatória da escala ACT para uso no contexto brasileiro. Essa análise revelou três práticas parentais latentes no contexto brasileiro: regulação emocional e comportamental, comunicação e disciplina positiva. O estudo apresentou que o nível socioeconômico mais baixo estava diretamente relacionado a níveis mais altos de problemas de comportamento internalizantes nas crianças e práticas parentais mais negativas nos domínios de comunicação e disciplina positiva. Ainda, embora a regulação emocional e comportamental das mães não estivesse relacionada ao nível socioeconômico, era um preditor negativo para problemas de comportamento das crianças. As autoras sugerem que os resultados fornecem evidências de que a escala ACT pode ser usada para medir essas três dimensões distintas das práticas parentais no Brasil.

Em São Carlos também foram realizados estudos para contribuir com a análise da efetividade do Programa ACT para a realidade brasileira. Um estudo observacional e de autorrelato visou avaliar a interação entre pais e filhos em amostra composta por 10 pais de crianças de um a oito anos, sendo cinco do grupo que recebeu a intervenção e cinco do grupo controle, que não recebeu a intervenção (Pontes, 2015). As observações foram conduzidas em uma casa-laboratório com espelho unidirecional e equipamentos de filmagem, porém sem gravação em áudio. Não houve diferenças entre os grupos nas medidas observacionais do comportamento não verbal avaliado nas díades mãe-criança, sendo sugerido que a ausência de

áudio pode ter prejudicado essa análise. No entanto, em relação ao autorrelato materno, houve aumento significativo das habilidades de resolução de conflitos somente com o grupo de intervenção.

Um estudo de caso que descreveu a intervenção com o Programa ACT com uma mãe de uma criança de seis anos com medidas de pré-teste, pós-teste e *follow-up* (Silva & Williams, 2016). Os instrumentos utilizados avaliaram a mãe em relação ao estilo parental, ao funcionamento adaptativo, e satisfação em relação ao programa, além de avaliar o comportamento da criança. Os instrumentos foram respondidos pela participante e também pelo seu marido, eleito por ela como informante, em todas as fases do estudo. Os resultados indicaram mudanças em relação ao estilo parental que variou de "Regular Acima da Média" para "Ótimo", após a intervenção, segundo relato da mãe, o que não foi observado pelo relato do marido. Segundo as autoras, essa discordância pode ter sido influenciada pelo fato do casal ter decidido se separar durante a participação da mãe no programa (Silva & Williams, 2016).

Em um segundo estudo participaram da intervenção com Programa ACT 13 cuidadores de uma escola particular de uma cidade do interior paulista, sendo subdivididos em um grupo experimental (sete participantes) e um grupo controle (cinco participantes), além de treze informantes que avaliaram o comportamento das crianças e dos cuidadores (Silva, 2015). Na perspectiva de ambos os informantes, no momento pós-teste houve melhora tanto no comportamento da mãe, quanto no da criança, em comparação ao grupo controle.

Na cidade de Curitiba, também foi realizada pesquisa com o Programa ACT, porém com mães em ambiente carcerário (Camargo, 2016). Em decorrência da dificuldade de implementação do programa, o estudo foi dividido em um relato de experiência e em um estudo de intervenção com mães detentas em um presídio feminino de segurança máxima. No primeiro estudo (relato de experiência) a intervenção iniciou com oito participantes em uma unidade carcerária de regime semiaberto. No entanto, a partir da terceira sessão todas as participantes receberam alvará de soltura e não concluíram o programa. No segundo estudo, a intervenção foi realizada no próprio presídio e os resultados descritivos, demonstraram que segundo o relato das participantes houve aumento nos conhecimentos trabalhados no programa, como desenvolvimento infantil, impacto da violência, manejo a raiva, disciplina positiva, impacto da mídia no comportamento das crianças, dentre outros, demonstrando a viabilidade de aplicação do programa em instituições carcerárias femininas (Camargo, 2016).

De maneira geral, os estudos apontam para benefícios do Programa ACT, mostrando resultados diretamente positivos para as práticas educativas maternas e comportamentos das crianças. Isso tem sido possível a partir da disseminação de achados da Psicologia sobre desenvolvimento infantil e divulgação de informações quanto aos estágios de desenvolvimento infantil, exposição da criança à violência na mídia, além do ensino de estratégias de disciplina e manejo da raiva, contribuindo assim para a prevenção de violência contra crianças (Silva & Willians, 2015). Cabe destacar que este programa oferece estratégias para que os pais aprendam sobre o manejo da raiva deles mesmos e dos filhos, sendo estimulado assim o foco da autorregulação bidirecional, o que facilita os processos interacionais e permite moderar as regulações emocionais e comportamentais das crianças (Linhares & Martins, 2015).

Considerando o exposto até então, algumas lacunas ainda são identificadas na literatura mostrando: a) a escassez de estudos sobre a intervenção preventiva com pais no seguimento de crianças nascidas pré-termo após a alta hospitalar; b) os efeitos de uma intervenção com mães de crianças nascidas prematuras na fase pré-escolar; c) a necessidade de avaliar o efeito do Programa ACT com mães de crianças nascidas prematuras, a fim de regular o comportamento dos pais e das crianças; d) a necessidade de examinar a relação entre o temperamento materno e as práticas parentais utilizadas no cuidado da criança nascida pré-termo.

1.6 Objetivo

O presente estudo teve por **objetivo geral** avaliar a efetividade de um programa de intervenção de práticas educativas maternas, estruturado para fortalecer práticas positivas, visando prevenir e melhorar problemas emocionais e de comportamento das crianças, em amostras de mães de crianças nascidas pré-termo em condição de vulnerabilidade.

Os **objetivos específicos** foram os seguintes: a) comparar as práticas educativas maternas antes e após a intervenção do *Programa ACT – Para educar crianças em ambientes seguros*; b) comparar os indicadores emocionais e de comportamento das crianças antes e após a intervenção de acordo com a percepção das mães e de outro cuidador familiar; c) avaliar a correlação existente entre as características do temperamento e as práticas educativas maternas; d) avaliar os conteúdos verbais maternos relacionados aos sonhos das mães sobre o futuro das crianças e sobre as vivências da prematuridade do nascimento.

1.7 Hipóteses do estudo

As hipóteses principais do estudo foram as seguintes: H1 - mães de crianças nascidas pré-termo apresentariam indicadores de práticas educativas mais positivas e menos negativas após a intervenção do Programa ACT, em comparação à fase de pré-intervenção; H2 - as crianças apresentariam menos indicadores de problemas emocionais e de comportamento, na percepção das mães e de outro cuidador familiar, após a intervenção ACT, em comparação à fase de pré-intervenção.

II. MÉTODO

2.1 Delineamento do Estudo

Estudo experimental, com comparação intra-grupo (pré- e pós-intervenção do programa ACT).

2.2 Participantes

A amostra de conveniência foi composta por 30 mães de crianças nascidas pré-termo, de ambos os sexos, na fase de um a sete anos de idade, residentes na cidade de Ribeirão Preto – SP e região. Neste estudo, denominou-se mãe, as cuidadoras principais que exercem a função materna. Além da mãe, mais 30 cuidadores principais, pertencentes às famílias das crianças, participaram como informantes, respondendo a questionário sobre o comportamento das crianças. As crianças nasceram no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP) e em outros hospitais da cidade e da região.

Os critérios de inclusão do estudo foram os seguintes: mães de crianças entre um e sete anos nascidas com idade gestacional < 37 semanas; mães, cuidadoras principais das crianças e que tinham a sua guarda legal. Os critérios de exclusão, por sua vez, foram os seguintes: crianças nascidas com malformação congênita que impactam no desenvolvimento cognitivo, ou que tiveram hemorragia periventricular graus III ou IV, com sequelas no Sistema Nervoso Central; mães e/ou crianças com deficiência cognitiva aparente; mães sob uso de medicações, que pudessem alterar o nível de consciência; mães que estivessem participando de algum outro tipo de programa estruturado de práticas educativas parentais. Para a composição da amostra de outros cuidadores principais, além das mães, o critério de inclusão estabelecido foi atuar regularmente na educação e cuidados da criança.

A Figura 1 apresenta o fluxograma de composição da amostra.

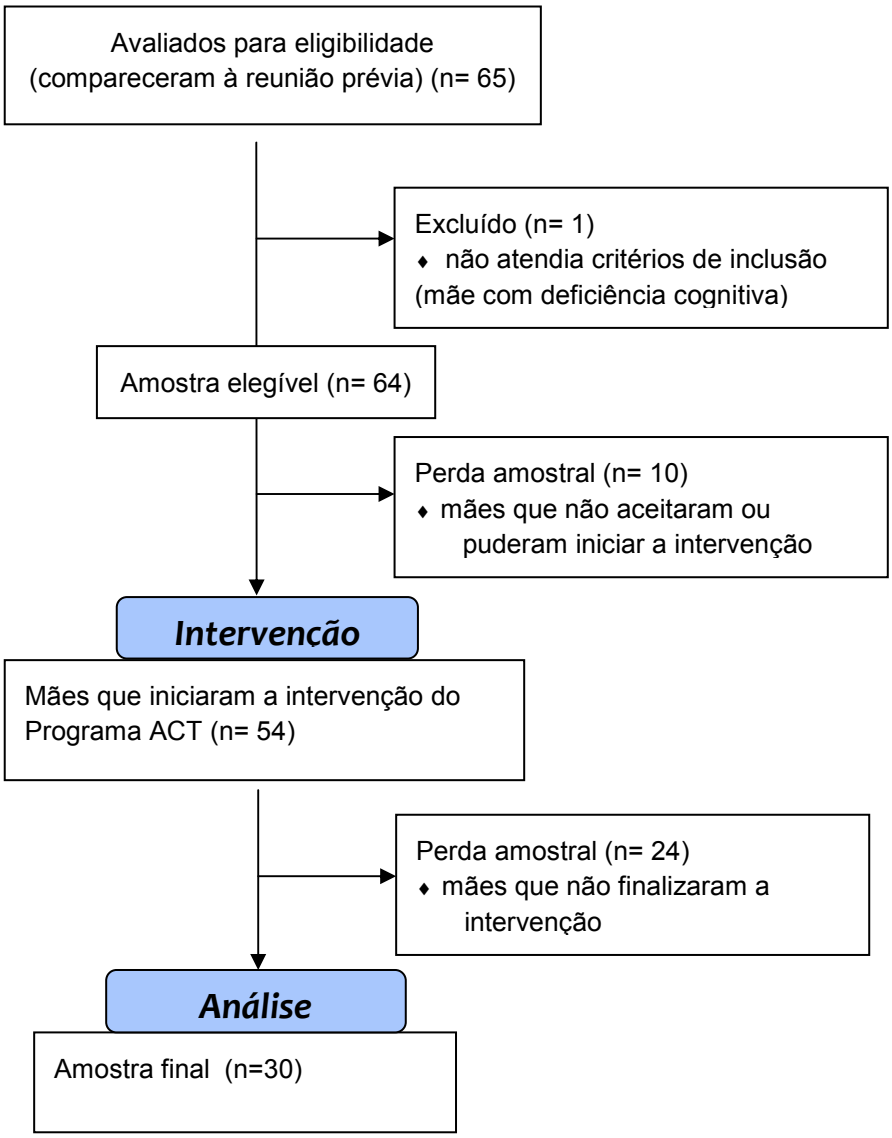

Figura 1: Fluxograma da composição da amostra do estudo

Nota-se na Figura 1 que das mães convidadas, 65 mães compareceram à reunião prévia para exposição do Programa ACT e do projeto de pesquisa, sendo que uma delas, convidada por carta para participar do estudo, precisou ser excluída, pois não atendia a todos os critérios de inclusão (possuía deficiência cognitiva), restando 64 mães. Das 64 mães restantes, 10 não aceitaram ou não puderam iniciar a intervenção, em decorrência de dificuldades de se ausentar do trabalho (40%), problemas pessoais (20%), distância e horário (10% cada). Dessas 10 mães, cinco mães haviam sido convidadas por carta e cinco foram convidadas pessoalmente. Das 55 mães que iniciaram a intervenção com o Programa ACT, 24 desistiram (44%). Os motivos das desistências foram relacionados a: dificuldades de conseguirem autorização no trabalho para participarem dos grupos (46%), dificuldades por

problemas pessoais ou com algum membro da família (17%), dificuldades com a distância do local da intervenção (12%) e dificuldades com os horários em que a intervenção era feita (8%). Quatro mães (17%) pararam de frequentar o grupo de intervenção sem apresentar justificativa da desistência. Das participantes desistentes, 16 (67%) eram da cidade de Ribeirão Preto e as outras 8 (33%) provenientes de cidades da região, a saber: Barrinha, Bebedouro, Brodowski, Cravinhos, Dumont, Orlândia e Sertãozinho. A maior parte das desistências se deu no início da intervenção, sendo que 10 mães (42 %) desistiram na segunda sessão, sete mães (30%) desistiram na primeira sessão e sete mães (28%) desistiram entre a terceira e quinta sessão. Portanto, um total de 30 mães finalizou a intervenção ACT, compondo a amostra final do estudo.

2.3 Cuidados Éticos

O desenvolvimento desse estudo atende às orientações propostas nas diretrizes da Resolução nº 466, de 12.12.2012. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, bem como dos benefícios e riscos envolvidos, e foram convidados a participar do mesmo. Após esclarecimentos e concordância em participar, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A e B). Este estudo foi inserido como adendo (ofício nº1253/2016) em um projeto amplo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP, sob processo de número 16609/ 2012 (Anexo A). Considerando a temática do estudo, após o programa de intervenção em grupo, foram realizadas entrevistas individuais de devolutiva com as mães como um cuidado ético.

2.4 Locais da Pesquisa

O presente estudo foi desenvolvido na cidade de Ribeirão Preto/SP. O Programa foi conduzido durante nove semanas (o que inclui a Reunião Prévia e as oito sessões do programa). Os encontros aconteceram uma vez na semana, no período da manhã ou da tarde, de acordo com a disponibilidade das participantes, em uma sala de treinamento de pais do Laboratório de Pesquisa em Prevenção de Problemas de Desenvolvimento e Comportamento da Criança (LAPREDES), pertencente ao Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), localizado no Prédio da Saúde Mental da FMRP – USP. A preparação e análise de dados também foram realizadas no LAPREDES.

2.5 Instrumentos

Os Instrumentos de caracterização da amostra utilizados no estudo foram os seguintes:

a) Ficha de Caracterização Sociodemográfica, incluindo as seguintes variáveis: gênero e idade da criança, idade, nível educacional, ocupação profissional, raça/etnia, religião, estrutura familiar e número de filhos da mãe e do outro cuidador participante, pessoas residentes na casa, bairro de moradia e quanto tempo passam com a criança (Apêndice C);

b) Prontuários das crianças pacientes do HC-FMRP-USP e caderneta de saúde da criança ou relatório médico das crianças nascidas em outros hospitais, para avaliar a condição de nascimento;

c) Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP], 2014) (Anexo B).

A metodologia atual utilizada no Critério Brasil está em vigor desde o início de 2015 e foi baseada na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (ABEP, 2014). Trata-se de um instrumento que utiliza um sistema de pontuação a partir de perguntas sobre a quantidade de itens eletrônicos em funcionamento no domicílio, grau de escolaridade do chefe de família, considerado a pessoa com a maior renda mensal em casa, além da utilização de serviços públicos, como água encanada e pavimentação da rua de casa. O critério atribui uma pontuação para cada item, de acordo com a quantidade e um escore total, que pode variar de 0 a 100 pontos, sendo que, quanto maior os escores, mais elevado o nível sócio-econômico. A partir dessa pontuação é possível realizar a classificação em faixas econômicas com uma estimativa da renda média familiar, subdividas em A (45 a 100 pontos - R$ 20.272,56), B1 (38 a 44 pontos - R$ 8.695,88), B2 (29 a 37 pontos - R$ 4.427,36), C1 (23 a 28 pontos - R$ 2.409,01), C2 (17 a 22 pontos - R$ 1.446,24), D-E (0 a 16 pontos - R$ 639,78).

Em relação aos instrumentos específicos de avaliação pré e pós-intervenção das práticas educativas maternas optou-se por utilizar dois instrumentos que avaliam práticas educativas, pois os instrumentos avaliam constructos distintos que podem ser complementares. Foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) *Questionário de Avaliação ACT* (Silva, 2009) – Este instrumento integra o material do Kit do *Programa de intervenção ACT- Para educar crianças em ambientes seguros* e consiste em autorrelato respondido pelas mães. O instrumento possui 42 itens divididos em uma seção sobre dados demográficos dos pais e as seguintes escalas: 1) *Estilo Parental*, com 10 itens; 2) *Meios Eletrônicos*, com 9 itens; 3) *Desenvolvimento Infantil*, com quatro cenários de comportamentos difíceis comuns em diferentes faixas etárias e quatro explicações para cada cenário; 4) *Comportamento dos pais*, com 10 itens. Originalmente, nas escalas sobre estilo parental e comportamento dos pais, os participantes são solicitados a classificar os itens em uma escala de cinco pontos do tipo Likert.

Para a presente pesquisa, essas duas seções foram utilizadas a partir da proposta de análise de Altafim, McCoy e Linhares (2018), que pela primeira vez, avaliou as qualidades psicométricas do instrumento. A partir de análises Exploratória Fatorial e Confirmatória Fatorial, foi verificado que os itens dessas seções podem ser agrupados para avaliar três fatores, quais sejam: *Regulação Emocional/Comportamental, Disciplina Positiva e Comunicação*. O fator *Regulação Emocional/Comportamental* inclui sete itens, com variação do escore de 7 a 35 pontos e refere-se à regulação emocional e comportamental das mães. O fator *Comunicação* inclui três itens, com variação do escore de 3 a 15 pontos e diz respeito à comunicação positiva (linguagem direta e sem insultos, por exemplo) da mãe em relação à criança. O fator *Disciplina Positiva* inclui cinco itens com variação do escore de 5 a 25 pontos, e se refere às práticas parentais utilizadas para disciplinar o comportamento da criança, incluindo a responsividade e a disciplina, sem fazer uso de punição. Em todas as escalas, quanto mais alto os escores, melhores são as práticas educativas referentes a esses aspectos. Para a escala sobre os *Meios Eletrônicos,* foi mantida a composição original dos itens, com escala Likert de quatro pontos e escore que pode variar de 9 a 36 pontos, sendo que, quanto maior o escore, melhor é o comportamento da mãe referente a este aspecto. Para este estudo, como alguns itens referentes à escala sobre *Meios Eletrônicos* poderiam não se aplicar (por exemplo, quando a criança não tem acesso à internet e videogame), estabeleceu-se um total válido, excluindo-se os itens que não se aplicavam, e um total de acordo com as respostas, e dividiu-se o total dos itens respondidos pelo total dos itens válidos. A seção sobre *Desenvolvimento Infantil* não foi utilizada no presente estudo por não apresentar validade psicométrica.

b) PAFAS – *Parenting and Family Adjustment Scal- final version* (Sanders, Morawska, Haslam, Filus, & Fletcher, 2013)/ Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar

– versão brasileira autorizada pelo autor principal. O PAFAS é um instrumento que avalia as práticas parentais e o ajustamento do cuidador e da família. Pode ser utilizado para avaliação em contexto de saúde pública e em intervenções parentais individuais ou grupais. Sua versão original contém 40 itens, mas possui versão reduzida avaliada com bom nível de evidência e consistência interna pelos autores do instrumento (Sanders et al., 2013).

Neste estudo, foi utilizada versão testada para uma amostra da população brasileira, que por meio da análise fatorial confirmatória buscou evidências de validade de construto (Santana, 2018). Assim, após testes em vários modelos estruturais, chegou-se ao modelo final que a partir de análise fatorial confirmatória demonstrou um ajuste adequado. O modelo final encontrado para a amostra brasileira se aproxima das escalas e fatores da versão reduzida da PAFAS, porém com itens removidos e alguns realocados. Ao total, são 20 itens divididos em: a) *Escala de Parentalidade*, que abrange quatro fatores, a saber: *Consistência parental* (3 itens, sendo 5 na versão reduzida), *Práticas coercitivas* (4 itens, sendo 5 na versão reduzida), *Encorajamento positivo* (3 itens, tanto no modelo brasileiro, quanto na versão reduzida, sendo que um dos itens foi substituído) e *Relacionamento pais e filhos* (4 itens, sendo 5 na versão reduzida); b) escala de *Ajustamento familiar*, que inclui dois fatores, quais sejam: *Ajustamento parental* (3 itens, sendo 5 na versão reduzida) e *Relacionamento familiar* (3 itens, sendo que um item foi substituído e dois foram removidos da versão reduzida). A versão reduzida ainda contava com um terceiro fator denominado trabalho em equipe parental (3 itens), que foi removida, tendo dois de seus itens realocados no fator "relacionamento familiar". O autor do estudo (Santana, 2018) atribui que estas diferenças em relação aos itens e aos fatores devem-se possivelmente às diferenças culturais das relações familiares, comportamentais e emocionais dos pais frente ao comportamento de seus filhos. Cada item é classificado em uma escala de grau de verdade da afirmação, variando de 0 a 3 pontos, sendo o 0 nem um pouco verdade e o 3 muito verdade. Para cada subescala do PAFAS, os itens são somados para fornecer escores, sendo que pontuações altas indicam níveis mais altos de disfunção da parentalidade (Sanders et al., 2013). O escore total dos fatores *Consistência Parental*, *Encorajamento Positivo, Ajustamento Parental* e *Relacionamento Familiar* podem variar de 0 a 9; e os fatores *Práticas Coercitivas* e *Relacionamento pais e filhos* podem variar de 0 a 12. Em todas as subescalas, quanto maior o escore, mais disfuncional as práticas educativas referentes a esses aspectos.

Para avaliar o temperamento materno utilizou-se *The Adult Temperament Questionnaire (ATQ*) (Evans & Rothbart, 2007*),* traduzido e adaptado para a Língua Portuguesa (Linhares, Gracioli, Klein & Nogueira, 2011). É um instrumento de autorrelato

para avaliação do temperamento destinado a adultos, que inclui 177 itens organizados em quatro fatores e 13 dimensões. Os fatores e suas respectivas dimensões são: Afeto Negativo, que inclui quatro dimensões (medo – 11 itens, tristeza – 14 itens, desconforto – 13 itens e frustração – 13 itens); Controle com esforço, com três dimensões (controle inibitório – 11 itens, atividade de controle – 12 itens e controle da atenção – 12 itens); Extroversão, que inclui três dimensões (sociabilidade – 14 itens; prazer de alta intensidade – 13 itens e afeto positivo – 11 itens); e Sensibilidade à orientação, também com três dimensões (sensibilidade perceptual neutra – 17 itens, sensibilidade perceptual afetiva – 18 itens e sensibilidade associativa – 18 itens). As perguntas são respondidas por meio de uma escala Likert que vai de um a sete pontos: (1) Extremamente falso, (2) Bastante falso, (3) Ligeiramente falso, (4) Nem falso nem verdadeiro, (5) Ligeiramente verdadeiro, (6) Bastante verdadeiro, (7) Extremamente verdadeiro e Não se aplica. A pontuação das subescalas e escalas é dada a partir da soma das respostas da escala Likert, dividida pelo número de respostas válidas do item. O instrumento avalia ainda os seguintes domínios: ansiedade, problemas de atenção e hiperatividade, depressão e humor, traços de personalidade, riscos, comportamento impulsivo e interação social.

Para avaliar o comportamento das crianças, nos momentos pré e pós-intervenção, na perspectiva da mãe e do outro familiar cuidador informante, utilizou-se o seguinte instrumento:

SD*Q* - *Strengths and Difficulties Questionnaire/* Questionário de Capacidades e Dificuldades (Goodman, 1997), traduzido para o português e adaptado às características sócio-culturais brasileiras por Fleitlich, Córtazar & Goodman, (2000) e os dados psicométricos sobre validade e fidedignidade foram descritos por Woerner et al. (2004). Este é um questionário de rastreamento de problemas de saúde mental infantil, que avalia a presença ou ausência de indicadores comportamentais, a partir dos critérios estabelecidos pelo DSM-IV. Avalia comportamento da criança com base nos últimos seis meses, com objetivo de medir comportamentos sociais adequados (capacidades) e não adequados (dificuldades) em crianças e adolescentes, na faixa etária de 2 a 17 anos. Trata-se de um instrumento composto por cinco subescalas, cada uma com cinco afirmações. As subescalas são as seguintes: Sintomas emocionais, Problemas de conduta, Hiperatividade, Problemas de relacionamento com colegas e Comportamento pró-social. Na aplicação do questionário os pais ou cuidadores devem assinalar para cada sentença: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro, devendo ser assinalada apenas uma única opção por item. As respostas são codificadas em zero, um e

dois pontos e em cada escala os pontos são somados, sendo que para cada uma das cinco escalas a pontuação pode variar de zero a 10 pontos. A pontuação total do instrumento para a obtenção do escore total de dificuldades é, no máximo, de 40 pontos, visto que a escala de comportamento pró-social não é incluída nesse escore, destacando-se que quanto maior a pontuação dos escores obtidos, maior a indicação de problemas comportamentais, exceto para a escala de comportamento pró-social. Dentro de cada subescala a criança pode ser classificada em três categorias (normal, limítrofe ou anormal), sendo que a pontuação para a classificação varia em cada uma delas. A partir da pontuação total, gerada pela soma das cinco subescalas, a criança também pode ser classificada nessas três categorias, sendo classificada como normal, quando a pontuação varia de 0 a 13, limítrofe, quando varia de 14 a 16, e anormal, quando varia de 17 a 40 pontos.

2.6 Materiais

O material do Programa ACT (Silva, 2009) é composto por quatro apostilas traduzidas para a língua portuguesa (Brasil), fornecidas pela *APA*, com base em um memorando estabelecido com a FMRP-USP. Consiste em: a) *Manual do Facilitador*, que inclui as orientações e instruções para a condução bem sucedida do programa, instruções e explicações para realização de cada sessão, lista de atividades, folhas de exercício e de tarefas de casa, além de dicas para a condução do grupo; b) *Manual de Entrevista Motivacional,* que apresenta conceitos e princípios sobre a entrevista motivacional, auxilia na identificação do grau de motivação dos participantes e sugere atividades para aumentar a motivação e engajar a participação no programa; c) *Caderno de Pais,* que é um material disponibilizado para as mães participantes, que inclui os conteúdos, informações e conceitos abordados durante as sessões; d) *Guia de Avaliação ACT,* que inclui o questionário de Avaliação ACT (pré- e pós-intervenção) e questionário de avaliação do programa. No material também consta um CD com as apresentações do conteúdo de cada sessão em formato *Power Point.*

Além dos materiais que fazem parte do programa, também foram utilizados os seguintes materiais e equipamentos: um projetor multimídia, materiais de papelaria (canetas, canetinhas, lápis, lápis de cor, massa de modelar, papel sulfite, cartolina, papéis coloridos), uma bola macia para realização das atividades preparatórias (aquecimento para iniciar as sessões), máquina fotográfica para registro das sessões, caixa dos sonhos para atividade da Reunião Prévia e caderno para registros do diário de campo.

2.7 Procedimentos

2.7.1 Grupo Piloto

Anteriormente ao início da coleta de dados, estudou-se e foram preparados os materiais necessários para intervenção. Foi realizado um grupo piloto com quatro mães que aceitaram participar voluntariamente. A intervenção piloto incluiu as oito sessões estabelecidas pelo Programa ACT, sendo realizadas duas sessões semanais durante o mês de junho de 2016. Durante o grupo piloto, a pesquisadora pôde contar com supervisão da orientadora da pesquisa, além de ter recebido *feedback* das mães participantes sobre sua atuação como facilitadora dos grupos. O grupo piloto permitiu maior proximidade com os conteúdos do programa, sendo possível treinar aspectos referentes à condução e dinâmica de grupo como facilitadora.

2.7.2 Recrutamento

Após a realização do grupo piloto deu-se início aos preparativos para convidar as mães que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa. A ideia inicial era que participassem da pesquisa mães de crianças nascidas prematuras que fizessem seguimento de *follow-up* nos ambulatórios do HC-FMRP-USP. Para isso, foi elaborada uma breve apresentação relacionada aos conteúdos e objetivos do Programa ACT. Previamente consultava-se o sistema de agendamento e prontuário do HC-FMRP-USP, identificando-se as mães elegíveis para a pesquisa. Estas mães foram então convidadas, individualmente, de acordo com os dias de agendamento médico nos ambulatórios de seguimento de crianças nascidas pré-termo no HC-FMRP-USP, enquanto aguardavam a consulta, na sala de espera do hospital. Esclarecendo-se os objetivos e procedimentos do programa, as mães que se interessavam em participar preenchiam uma ficha de interesse (Apêndice D) e aguardavam o contato da pesquisadora para o início do grupo. Posteriormente, os grupos foram formados de acordo com a disponibilidade das participantes.

Outras tentativas também foram feitas para viabilizar o recrutamento. Algumas mães foram contatadas por telefone e/ou por carta. Por telefone, foram feitas ligações pela pesquisadora, que fez breves esclarecimentos sobre a pesquisa e as convidou para a "Reunião Prévia" do Programa. O convite por cartas, por sua vez, foi feito com um mês de antecedência por meio de formulário do HC-FMRP-USP, com breves informações sobre a intervenção e

uma data de agendamento previamente estabelecida para uma reunião. As mães que compareceram à reunião foram esclarecidas sobre a pesquisa e os procedimentos para participação no grupo. Aquelas que demonstraram interesse em participar, preencheram os instrumentos de pré-avaliação e aguardaram duas semanas até o início da intervenção. Algumas mães foram convidadas a partir de mais de um método de recrutamento.

Em decorrência da dificuldade de composição da amostra, optou-se por ampliar o convite para mães de crianças nascidas e seguidas em outros hospitais da cidade de Ribeirão Preto e região, que atendessem aos critérios de inclusão da pesquisa. Para tanto, foi feita ampla divulgação. A divulgação incluiu publicações em redes sociais em grupos com temáticas sobre maternidade e/ou prematuridade. Além disso, houve divulgação na imprensa local. Foi concedida entrevista para o jornal "A Cidade" de Ribeirão Preto, publicado em edição de Sábado. Posteriormente a publicação neste jornal, houve o convite da Rádio CBN de Ribeirão Preto para realizar divulgação via rádio. Dessa forma, foi concedida entrevista via telefone, transmitida em diferentes períodos. Por fim, houve convite para dar entrevista para o jornal televisivo "SP Record", transmitido no período da noite para a cidade de Ribeirão Preto – SP e região. Essa entrevista também foi publicada na página da emissora no *Facebook*, sendo compartilhada e visualizada por grande número de pessoas. Em paralelo a essas divulgações, deu-se continuidade aos convites presenciais com as mães que frequentam os ambulatórios do HC-FMRP-USP, além de utilização de cartazes espalhados e distribuição de panfletos pelo hospital (Apêndice E). Após essa ampla divulgação, houve um aumento da procura de mães interessadas em participar do Programa ACT e foi possível formar novos grupos.

A Tabela 1 apresenta quantas participantes finalizaram ou interromperam a intervenção de acordo com o método de recrutamento.

Tabela 1 – Métodos de recrutamento da amostra

Método de recrutamento	**Nº de mães recrutadas**	**Interrompeu a intervenção**	**Finalizou a intervenção**
Presencial (ambulatório)	33	19	14
Carta	9	8	1
Telefone	4	3	1
Mídias de comunicação[1] (contato feito pelas mães)	19	5	14

[1] Mídias de comunicação, incluem: jornal impresso, telejornal, rádio, redes sociais

Das 65 mães convidadas que compareceram à reunião prévia, 33 haviam sido convidadas pessoalmente no Ambulatório de Prematuros do HC-FMRP-USP nos dias de consulta médica da criança, nove mães foram convidadas por carta, quatro por telefone e 19 mães fizeram contato com a pesquisadora a partir da divulgação em mídias de comunicação (jornal, rádio, televisão e internet). Dessas 65 mães, uma, convidada por meio de carta, foi excluída, pois possuía deficiência cognitiva aparente, restando 64 mães. Das outras oito mães convidadas por carta, somente duas retornaram depois da Reunião Prévia, sendo que uma interrompeu na metade do programa, pois a criança precisou passar por cirurgia e uma finalizou a intervenção. Das 33 mães convidadas presencialmente na sala de espera 19 desistiram durante o andamento dos grupos e 14 finalizaram a intervenção. Das quatro mães convidadas por telefone, três desistiram e uma finalizou a intervenção. Das 19 mães que contataram a pesquisadora a partir da divulgação em mídias de comunicação cinco desistiram durante a intervenção e 14 finalizaram a intervenção.

2.7.3 Intervenção: *Programa ACT- Para educar crianças em ambientes seguros*

O Programa *ACT- Para educar crianças em ambientes seguros* (Silva, 2009) (versão na língua portuguesa – Brasil), visa capacitar cuidadores de crianças até oito anos de idade para desenvolverem práticas educativas positivas e prevenir comportamentos de maus-tratos e violência. O programa tem um material próprio estruturado para a realização de oito sessões grupais altamente interativas, que devem ser realizadas uma vez por semana e com duração de aproximadamente 120 minutos cada encontro. As sessões envolvem atividades grupais, instrução didática, discussões sobre situações cotidianas na relação mãe-criança, exposição de conteúdos e *role-playing*.

O programa tem um kit de materiais específicos para a sua aplicação e os facilitadores devem ser certificados. Dentre os materiais do programa, consta o *Manual do Facilitador* que inclui sugestões para a condução bem sucedida dos grupos, dicas sobre como lidar com comportamentos difíceis dos participantes (pessoas que fogem do assunto, que falam muito, muito quietas, falta de respeito entre participantes ou com o facilitador, entre outros), lista de atividades do programa, lista de atividades de preparações para as sessões, além de planos detalhados para a Reunião Prévia, instruções para atividades, apresentações em Power Point, folhas de exercício e tarefas de casa referentes às oito sessões do programa.

Durante as oito sessões do Programa ACT são trabalhadas as seguintes temáticas: 1. *Compreenda os comportamentos do seu filho* (ensinar aos cuidadores elementos básicos do

desenvolvimento infantil e respostas adequadas aos comportamentos dos filhos); 2. *A violência na vida das crianças* (mostrar como as crianças podem estar expostas a violência e as consequências disso); 3. *Como os pais podem entender e controlar a raiva* (ajudar aos cuidadores a aprender a identificar, controlar e lidar com seus sentimentos de raiva); 4. *Como entender e ajudar quando as crianças sentem raiva* (ajudar aos cuidadores a entenderem os sentimentos de raiva das crianças e como ensiná-las a controlar a raiva); 5. *As crianças e os meios eletrônicos de comunicação* (mostrar o impacto da mídia eletrônica no comportamento dos filhos e dar opções sobre como reduzir a exposição das crianças à violência; 6. *Disciplina e estilos parentais* (refletir com os cuidadores que a forma como educam seus filhos tem impacto sobre o comportamento deles por toda a vida); 7. *Disciplina para comportamentos positivos* (ensinar os cuidadores a prevenir comportamentos difíceis e usar formas positivas de disciplinar crianças); 8. *Leve o programa ACT para sua casa e para sua comunidade* (refletir com os participantes o que aprenderam com o programa como este está ajudando a realizar os sonhos estabelecidos na primeira sessão; encorajar os participantes a usar em casa e na comunidade as ferramentas que aprenderam; reforçar os cuidadores das crianças no seu papel de professores, protetores e defensores de seus filhos).

O Quadro 1 apresenta os conteúdos de cada sessão.

Quadro 1 - Conteúdo das oito sessões semanais do *Programa ACT - Para Educar Crianças em Ambientes Seguros.*

Sessão 1 Compreenda os comportamentos do seu filho
Objetivo: ajudar os pais/cuidadores a aprenderem elementos básicos do desenvolvimento infantil e como responderem adequadamente aos comportamentos dos filhos Aprendizagem esperada: • Qual é a definição de desenvolvimento da criança? • As crianças precisam ter suas necessidades básicas satisfeitas, a fim de se comportarem bem. • Adultos que entendem o desenvolvimento da criança sabem o que uma criança pode fazer e compreender de acordo com a idade. • Adultos que entendem o desenvolvimento da criança sabem o que esperar de seus filhos e tratam seus filhos como crianças. • Adultos que entendem o desenvolvimento da criança tornam-se menos frustrados ou ansiosos sobre o comportamento de seus filhos e são menos propensos a usar o abuso verbal e físico.
Sessão 2 A violência na vida das crianças
Objetivo: ajudar os pais a entenderem como as crianças podem estar expostas à violência e as consequências que isso terá em suas vidas Aprendizagem esperada: • Os primeiros anos são muito importantes na aprendizagem. São quando as crianças aprendem lições básicas que vão durar para a vida. • Nos primeiros anos as crianças aprendem a sentir e a entender o que acontece em sua vida, bem como a confiar e se relacionar com os outros. • As crianças aprendem observando e imitando as pessoas à sua volta e por meio de suas próprias experiências. Os adultos precisam ser exemplos positivos e prestar atenção ao que eles fazem e dizem em frente das crianças. • Os adultos precisam criar relações seguras e afetuosas com seus filhos, bem como experiências positivas para que as crianças aprendam coisas positivas. • Uma combinação de fatores individuais e sociais que levam uma criança a se envolver com a violência. Não se trata de apenas um fator. • A violência durante a infância pode ter consequências que duram a vida toda.
Sessão 3 Como os pais podem entender e controlar a raiva
Objetivo: ajudar os pais a aprender a controlar e a lidar com a raiva. Aprendizagem esperada: • A raiva é uma emoção normal, faz parte de ser humano. • Conflitos com as outras pessoas fazem parte da nossa vida. • É OK sentir raiva, mas não é OK usar a violência. • Os adultos podem aprender a controlar seus sentimentos de raiva. • É importante aprender a resolver conflitos sem violência.
Sessão 4 Como entender e ajudar as crianças quando elas sentem raiva
Objetivo: ajudar os pais a entenderem os sentimentos de raiva das crianças e a aprenderem como ensiná-las a controlar esse sentimento Aprendizagem esperada: • As crianças também ficam com raiva. A raiva é uma emoção normal. • As crianças ficam com raiva no contexto de relacionamento com as pessoas. • A forma das crianças expressarem a raiva muda com a idade. • As crianças podem aprender a controlar seus sentimentos de raiva, acalmarem-se e resolverem conflitos sem usar a violência. • Os pais podem ensinar as crianças a controlarem seus sentimentos.
Sessão 5 As crianças e os meios eletrônicos de comunicação
Objetivo: ajudar os pais a entenderem o impacto da mídia eletrônica no comportamento dos filhos e dar opções sobre como reduzir a exposição das crianças a violência. Aprendizagem esperada: • Os meios eletrônicos de comunicação incluem televisão, computador, videogames, tablets. • Os meios eletrônicos de comunicação transmitem muita violência através de imagens e das letras de música. O tempo que as crianças passam com esses meios de comunicação aumentou consideravelmente nos últimos anos. • Crianças que são altamente expostas à violência na mídia eletrônica podem aumentar suas atitudes e comportamentos violentos. • Crianças pequenas têm dificuldade de entender o que é fantasia e o que é realidade. • Crianças processam as informações que recebem através dos meios de comunicação de maneira diferente dos adultos. • Os pais podem aprender e ensinar as crianças a serem consumidores críticos de mídia eletrônica. • Os pais podem aprender maneiras de reduzir a exposição das crianças à violência nos meios de comunicação eletrônica e seu impacto negativo.
Sessão 6 Disciplina e estilos parentais
Objetivo: ajudar os pais a entenderem que a forma como educam seus filhos tem um impacto sobre o comportamento deles por toda a vida Aprendizagem esperada: • É normal que as crianças não saibam se comportar, porque elas estão aprendendo a entender seu mundo e como se relacionar com os outros. • Os estilos parentais afetam os comportamentos das crianças. • Disciplina envolve acalmar e ensinar as crianças como elas devem se comportar em diferentes idades e em diferentes situações.
Sessão 7 Disciplina para comportamentos positivos
Objetivo: ensinar os pais como prevenir comportamentos difíceis e como usar formas positivas de disciplinar as crianças Aprendizagem esperada: • Como prevenir comportamentos difíceis das crianças, promover comportamentos positivos e evitar colocar crianças em situações que não são próprias para elas. • Métodos positivos de mudança de comportamentos que sejam adequados para a situação e o estágio de desenvolvimento da criança.
Sessão 8 Leve o Programa ACT para sua casa e sua comunidade
Objetivos: ajudar os participantes a perceberem sobre o que aprenderam com o programa, e que este já está ajudando-os a realizar seus sonhos para seus filhos; encorajar os participantes a usar em casa e na comunidade as ferramentas que aprenderam e reforçar nos pais seu papel de professores, protetores e defensores de seus filhos Aprendizagem esperada: • Revisar as ferramentas e o conhecimento que os pais adquiriram com o programa.

2.7.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal do estudo e duas auxiliares de pesquisa, bolsistas FAPESP de Treinamento Técnico em pesquisa (TT-3), em esquema de revezamento.

Inicialmente, as mães participaram de uma reunião prévia, a fim de apresentar o programa, as facilitadoras e outros membros do grupo; identificar os objetivos e as expectativas com o programa; introduzir as participantes nas temáticas do programa. Neste momento, as mães receberam orientações gerais e foi feita a aplicação das avaliações antes da intervenção (fase pré-intervenção). Os instrumentos foram lidos pela pesquisadora, aplicados em grupo, e respondidos individualmente, na seguinte ordem: Ficha de caracterização da criança e da família, Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP), escala SDQ, escala ACT e escala PAFAS. A escala de avaliação do comportamento da criança SDQ também foi respondida por outro cuidador familiar. O instrumento foi levado em envelope pela mãe para ser respondido pelo familiar, juntamente ao TCLE e depois retornado na semana seguinte, portanto sendo autoadministrado. As mães foram orientadas a explicar, mas não auxiliar o outro cuidador nas respostas, retornando com o material preenchido na semana seguinte. O fato de ter outro avaliador da criança assegura a condição de ter múltiplos informantes e neutraliza possíveis vieses na percepção de um único informante sobre as crianças.

Ainda nesta reunião, as mães também participaram de uma atividade de realização de uma "Caixa dos sonhos". Por telefone, era solicitado que trouxessem uma pequena caixa que tivessem em casa e nesta reunião de apresentação, eram orientadas a responder a duas perguntas: "*Quais são os seus sonhos para o seu filho?*" e "*Como você quer que seu filho seja quando ficar adulto?*". As perguntas eram então guardadas nesta caixa, e se configuravam como um referencial motivacional. Ao longo das sessões, ao final de cada encontro, registravam alguma estratégia aprendida no dia que as ajudaria na viabilização dos sonhos relatados.

A partir da semana seguinte, as mães participaram da intervenção ACT em grupo que foi oferecida gratuitamente, com oito sessões altamente dinâmicas e interativas. Ao todo foram formados 12 grupos, cada um com uma média de quatro participantes. Dois grupos foram interrompidos na terceira sessão por não terem tido adesão. Por este motivo, a fim de possibilitar que a intervenção acontecesse com um maior número de participantes algumas estratégias foram utilizadas, como inserir outras mães que não atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa, mas que tinham crianças na mesma faixa etária das mães da amostra

elegível. Os dados dessas mães não entraram na análise. Além disso, em alguns casos optou-se por remanejar as mães de um grupo para o outro para que pudessem finalizar a intervenção com outras participantes. A participação em grupo é de extrema importância para melhor condução das atividades propostas pelo Programa ACT, no entanto, em algumas situações algumas atividades precisaram ser ajustadas de acordo com o número de participantes.

As sessões aconteceram uma vez na semana e com duração de aproximadamente duas horas cada. Os grupos foram conduzidos por psicóloga treinada e habilitada para ser facilitadora do ACT (própria pesquisadora) com apoio de outra Psicóloga. Durante a realização das sessões foram registradas as verbalizações maternas sobre o nascimento prematuro dos filhos e suas condições decorrentes. Os registros foram anotados pela assistente de pesquisa em um diário de campo.

A avaliação pós-intervenção foi realizada na última sessão do Programa ACT, da mesma maneira que no momento pré-intervenção (leitura em grupo e respostas autoadministradas), respondendo-se os instrumentos SDQ, ACT e PAFAS, a fim de avaliar as práticas educativas maternas e o comportamento da criança neste momento. O outro familiar-cuidador também respondeu individualmente ao SDQ nesta fase de reavaliação. Neste último encontro, a mãe levou novamente o SDQ para o outro familiar participante, e retornou-o preenchido na entrevista devolutiva individual com a pesquisadora.

Por fim, após o término do grupo, as mães passaram por entrevista devolutiva individualmente, onde podiam tirar dúvidas, relatar a experiência com a particpação no programa e retomar alguns pontos do conteúdo a partir de uma entrevista semi-dirigida. Neste momento, as mães também responderam ao questionário sobre o seu temperamento (ATQ). O ATQ foi aplicado pela pesquisadora, que lia as questões e a mãe respondia sua escala.

Para viabilizar a participação das mães foi oferecido passes de ônibus do município de Ribeirão Preto. Para as mães da região, forneceu-se declaração de participação para que conseguissem transporte na prefeitura das suas respectivas cidades. Além disso, para melhorar a adesão a participação no grupo, forneceu-se declaração de participação, para apresentarem no trabalho, lanche durante as sessões e brindes ao final dos encontros para elas ou para as crianças (chocolate, massinha, livros de colorir). As mães que precisavam trazer as crianças nos dias dos encontros também puderam contar com a ajuda de uma terceira psicóloga assistente, bolsista FAPESP de Treinamento Técnico (TT-3) em pesquisa, que fazia atividades recreativas durante o horário do grupo. Por fim, foi criado um grupo com as participantes no *WhatsApp* para facilitar a comunicação e lembrar as mães dos encontros semanais.

2.7.5 Preparação de Dados

Inicialmente, todos os questionários respondidos e dados coletados foram guardados e organizados em envelopes identificados com códigos das participantes. Os dados foram quantificados de acordo com as normas dos testes para fins de processamento da análise de dados.

Realizou-se também a análise qualitativa dos dados a partir dos registros dos relatos maternos nas sessões e de materiais que faziam parte de atividades do programa, conforme descrito abaixo.

Caixa dos sonhos

Para análise da caixa dos sonhos, incialmente, foi realizada a transcrição literal das respostas das mães às duas questões: "*Quais são os seus sonhos para o seu filho?*" e "*Como você quer que seu filho seja quando ficar adulto?*". Em seguida, foi realizada a análise do conteúdo temático desses relatos maternos transcritos, a partir da identificação de temas centrais, utilizando-se as categorias desenvolvidas por Sartori, Altafim e Linhares (2017) em trabalho de análise de conteúdo temático realizado anteriormente com amostra submetida à intervenção do Programa ACT (Anexo D). As categorias foram posteriormente quantificadas em termos de prevalência.

Relatos sobre a prematuridade do nascimento

Realizou-se a análise dos relatos maternos sobre as vivências da prematuridade ocorridos durante as sessões do Programa ACT. Para tanto, criou-se um sistema de categorias baseado no procedimento metodológico de análise quantitativo-interpretativo proposto por Biasoli-Alves (1998) (Apêndice F). Foi realizada análise dos dados transcritos pela pesquisadora e uma aluna de iniciação científica, graduanda de Psicologia. O processo de sistematização das categorias para análise do conteúdo verbal materno incluiu as seguintes etapas: a) Definição de unidades de análise a partir da delimitação das transcrições dos relatos registrados, por meio de grifos com diferentes cores; b) Identificação das principais palavras-chave nas unidades de análise; c) Agrupamento das palavras-chave presentes nas unidades de análise, a fim de identificar as categorias temáticas; d) Definição operacional das categorias temáticas. Foi processada a aplicação das categorias de conteúdo pelo pesquisador e revista para acordo pela orientadora.

2.7.6 Análise de Dados

Foi organizado um banco de dados no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 25.0, Chicago, IL, EUA), no qual foram inseridos os dados coletados para depois serem submetidos ao tratamento estatístico. Na análise de dados, foram processadas as análises de estatística descritiva (mediana e amplitude de variação, para variáveis contínuas; frequência, ou prevalência e porcentagem, para variáveis categóricas) e inferenciais de comparação intra-grupo (pré- e pós-intervenção), por meio de testes não-paramétricos (teste de Wilcoxon). Além disso, foi feita análise de correlação bivariável (teste não-paramétrico de Spearman) entre os fatores e dimensões do temperamento materno (escores ATQ) e as práticas educativas, avaliadas pelo questionário ACT (escores ACT), no momento pós-intervenção. Em todas as análises o nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

III. RESULTADOS

Os resultados estão organizados em cinco seções. Primeiramente, estão reunidos os dados referentes à caracterização da amostra de mães e crianças, e posteriormente dos outros cuidadores que participaram como informantes do comportamento da criança. Na segunda seção, apresentam-se os dados sobre as práticas educativas maternas com as escalas ACT e PAFAS. Na terceira seção, estão apresentados os resultados relacionados ao temperamento materno, avaliado pelo ATQ e análise de correlação entre o temperamento materno e práticas educativas avaliadas pelo ACT no momento pós-intervenção. Na quarta seção encontram-se os resultados referentes ao comportamento das crianças na percepção das mães e também dos outros cuidadores principais participantes. Na quinta seção apresentam-se as categorias referentes aos relatos da caixa dos sonhos. Por fim, incluiu-se uma sexta seção com dados qualitativos sobre os relatos maternos relacionados à condição de prematuridade dos filhos, que surgiram durante o processo de intervenção.

3.1 Características da amostra

A Tabela 2 reúne as características sociodemográficas das mães, participantes principais do estudo.

Tabela 2 – Características sociodemográficas da amostra de mães, participantes principais do estudo (n=30).

Características das mães	**Valores**
Idade (anos) – mediana (mín.-máx.)	34 (22 – 63)
Cor da pele – f (%)	
Branca	18 (60)
Parda	8 (27)
Negra	4 (13)
Religião – f (%)	
Católica	14 (46)
Evangélica	7 (24)
Espírita	6 (21)
Testemunha de Jeová	1 (3)
Mormon	1 (3)
Não tem	1 (3)
Situação conjugal – f (%)	
União estável	24 (80)
Solteira	3 (10)
Separada	3 (10)
Escolaridade	
Anos de estudo – mediana (mín.-máx.)	11 (6-22)
Nível – f (%)	
Ensino fundamental incompleto	3 (10)
Ensino médio completo	12 (40)
Superior incompleto	4 (13)
Superior completo	9 (30)
Pós-Graduação	2 (7)
Procedência – f (%)	
Ribeirão Preto	25 (83)
Outras cidades da região	5 (17)
Número de filhos – mediana (mín.-máx.)	1 (1-3)
Nível socioeconômico ABEP	
Classificação ABEP – f (%)	
A	2 (7)
B	15 (50)
C	13 (43)
Renda mensal familiar – f (%)	
< R$1.000,00	3 (10)
R$1.000,00 - R$3.000,00	18 (60)
R$3.100,00 - R$5.000,00	3 (10)
> R$5.000,00	6 (20)
Tempo que a mãe passa com a criança – f (%)	
Um período	11 (37)
Dois períodos	14 (47)
Três períodos	5 (16)

Nota: f = frequência; % = porcentagem; mín.= valor mínimo; máx.= valor máximo; Critério de Classificação Econômica Brasil, da ABEP = Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, versão 2015 – Classificação em faixas econômicas, subdividas em A (45 a 100 pontos), B1 (38 a 44 pontos), B2 (29 a 37 pontos), C1 (23 a 28 pontos), C2 (17 a 22 pontos), D-E (0 a 16 pontos).

A Tabela 2 mostra que as mães eram adultas jovens, com predomínio de cor de pele branca, provenientes em sua maioria da cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo. A maioria das mães tinha união estável e era praticante de alguma religião, predominando a religião Católica. Quanto à escolaridade, 50% das mães tinham nível Superior completo ou estavam cursando alguma faculdade; no restante teve o predomínio do nível médio de escolaridade. A maioria das mães era procedente do nível socioeconômico B e C, com renda mensal familiar entre R$1.000,00 e R$3.000,00. A maioria das mães passava de um a dois períodos com a criança.

A Tabela 3 apresenta as características sociodemográficas da amostra de crianças participantes do estudo.

Tabela 3 – Características sociodemográficas da amostra de crianças, filhos das participantes do estudo (n=30).

Características das crianças	**Valores**
Sexo f (%)	
Masculino	18 (60)
Feminino	12 (40)
Idade (anos) – mediana (mín.-máx.)	3 (1-7)
Idade gestacional (semanas) – mediana (mín.-máx.)	32 (24-36)
Peso ao nascimento (gramas) – mediana (mín.-máx.)	1.467 (730 – 2.995)
Hospital onde a criança nasceu f (%)	
HC FMRP – USP	18 (60)
Outros hospitais	12 (40)

Nota: f = frequência; % = porcentagem; mín.= valor mínimo; máx.= valor máximo; HC FMRP - USP= Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

De acordo com a Tabela 3, verifica-se que, as crianças tinham três anos de idade na mediana e um predomínio de meninos na amostra. Em sua maioria, as crianças nasceram no HC FMRP – USP, com muito baixo peso ao nascer (< 1.500g) e 32 semanas de idade gestacional, na mediana, o que representa nascidos prematuros moderados. Houve uma variação na amostra incluindo crianças nascidas prematuras extremas até prematuras tardias.

A Tabela 4 reúne as características sociodemográficas da amostra dos outros cuidadores informantes participantes do estudo.

Tabela 4 – Características sociodemográficas da amostra dos outros cuidadores informantes participantes do estudo (n=30).

Características do outro cuidador informante	**Valores**
Grau de parentesco – f (%)	
Pai	20 (67)
Avó/Avô	5 (17)
Tia	3 (10)
Primo	1 (3)
Mãe	1 (3)
Idade (anos) – mediana (mín.-máx.)	37 (24-73)
Cor da pele – f (%)	
Branca	18 (60)
Parda	9 (30)
Negra	3 (10)
Religião – f (%)	
Católica	14 (47)
Evangélica	8 (27)
Espírita	4 (13)
Não tem	2 (7)
Mormon	1 (3)
Testemunha de Jeová	1 (3)
Situação conjugal – f (%)	
União estável	27 (90)
Separada (o)	3 (10)
Escolaridade	
Anos de estudo – mediana (mín.-máx.)	11 (3-16)
Nível – f (%)	
Ensino fundamental incompleto	4 (14)
Ensino fundamental completo	2 (7)
Ensino médio completo	17 (59)
Superior incompleto	1 (3)
Superior completo	5 (17)
Tempo que o outro cuidador passa com a criança – f (%)	
Um período	16 (53)
Dois períodos	11 (37)
Três períodos	1 (3)
Finais de semana	2 (7)

Nota: f = frequência; % = porcentagem; mín.= valor mínimo; máx.= valor máximo

Nota-se na Tabela 4 que, em relação às características sociodemográficas do outro cuidador participante, a maioria dos informantes foi o pai da criança. Predominantemente, eram adultos jovens, de cor de pele branca, em união estável, praticantes de alguma religião, sendo a maior parte de católicos, e com Ensino Médio completo. Na maior parte esses cuidadores passavam entre um e dois períodos com a criança.

3.2 Práticas Educativas Maternas

Na Tabela 5 encontram-se os resultados sobre as práticas educativas maternas na Escala de avaliação ACT de acordo com a percepção das mães, nos momentos pré- e pós-intervenção ACT.

Tabela 5 – Práticas educativas maternas na Escala de Avaliação ACT (fatores), de acordo com a percepção das mães, nos momentos Pré- e Pós- intervenção ACT (n=30).

Fatores da Escala ACT	**Pré-intervenção**	**Pós-intervenção**	**Valor p**
(Escore)	Mediana (mín. – máx.)	Mediana (mín. – máx.)	
Disciplina Positiva	24 (12-25)	24 (19-25)	0,11
Comunicação	14 (3-15)	15 (8-20)	0,008
Regulação Emocional/Comportamental	24 (11-33)	30 (21-34)	<0,0001

Nota: mín.= valor mínimo; máx.= valor máximo. O total do escore da escala *Disciplina Positiva* pode variar de 5 a 25, da *Comunicação* de 3 a 15 e da *Regulação Emocional/ Comportamental* de 7 a 35.

Os dados expostos na Tabela 5 revelam que, na comparação dos escores da Escala ACT entre os momentos pré- e pós-intervenção, houve diferença estatisticamente significativa nos escores relacionados aos fatores Comunicação e Regulação Emocional e Comportamental. De acordo com a percepção das mães, após a intervenção do Programa ACT, houve melhora na qualidade da comunicação e na forma de regular as emoções e comportamentos.

Dados complementares aos da Tabela 5 mostraram que houve diferença estatìsticamente significativa entre os momentos pré- e pós- intervenção, considerando-se o uso de Meios Eletrônicos monitorados (Pré-intervenção = 0,75 [0,41 - 0,97]; Pós-intervenção = 0,88 [0,45 - 1,00]; $p \leq 0,001$). Nota-se que, segundo percepção das mães, essas passaram a monitorar mais o uso das mídias eletrônicas por parte das crianças após a intervenção ACT.

A Tabela 6 mostra os resultados sobre as práticas parentais avaliadas pela Escala de avaliação PAFAS (fatores), de acordo com a percepção das mães, nos momentos Pré e Pós-intervenção.

Tabela 6 – Práticas parentais avaliadas pela escala de avaliação PAFAS (escores), de acordo com a percepção das mães nos momentos Pré- e Pós- intervenção ACT (n=30).

Fatores da Escala PAFAS (Escores)	**Pré-Intervenção**	**Pós-Intervenção**	**Valor p**
	Mediana (mín. – máx.)	Mediana (mín. – máx.)	
Parentalidade			
Consistência Parental	3 (0 - 7)	1 (0 - 4)	0,0001
Práticas Coercitivas	5 (0 - 10)	2 (0 - 9)	0,0001
Encorajamento Positivo	0 (0 - 4)	0 (0 - 3)	0,03
Relacionamento pais e filhos	0 (0 - 6)	0 (0 - 4)	0,11
Ajustamento familiar			
Ajustamento parental	1 (0 - 7)	1 (0 - 5)	0,005
Relacionamento familiar	3 (0 - 8)	3 (0 - 5)	0,43

Nota: mín.= valor mínimo; máx.= valor máximo. O escore total dos fatores *Consistência Parental*, *Encorajamento Positivo, Ajustamento Parental* e *Relacionamento Familiar* podem variar de 0 a 9; e os fatores *Práticas Coercitivas* e *Relacionamento pais e filhos* podem variar de 0 a 12. Em todas as subescalas, quanto maior o escore, mais disfuncional as práticas educativas referentes a esses aspectos.

Na Tabela 6 pode-se observar que houve diferenças estatisticamente significativas na comparação entre os momentos pré- e pós-intervenção, nos escores da PAFAS relacionados aos fatores Consistência Parental, Práticas Coercitivas e Encorajamento Positivo, que pertencem a escala Parentalidade; e Ajustamento parental, pertencente a escala escala Ajustamento familiar. Isso indica que, após a intervenção, na percepção das mães elas passaram a apresentar melhoras na consistência parental e encorajamento positivo, diminuição do uso de práticas coercitivas e melhora no ajustamento parental.

3.3 Temperamento Materno

Na Tabela 7 encontram-se os fatores e dimensões do temperamento das mães, avaliados pelo ATQ.

Tabela 7 – Fatores e dimensões do temperamento das mães, avaliados pelo ATQ

Temperamento **Fatores e dimensões ATQ**	**Mediana (min-máx)**
Afeto Negativo	3,99 (2,43 – 5,33)
Medo	4,29 (3,08 – 6,17)
Tristeza	3,71 (1,93 – 5,57)
Desconforto	4,65 (2,23 – 6,46)
Frustração	3,26 (1,69 – 5,23)
Controle com Esforço	4,93 (3,64 – 5,84)
Controle Inibitório	4,68 (3,91 – 6,09)
Controle de Atividade	5,17 (2,92 – 6,42)
Controle de Atenção	4,83 (3,42 – 6,50)
Extroversão	4,28 (3,61 – 5,67)
Sociabilidade	5,17 (2,14 – 7,00)
Prazer de alta intensidade	3,77 (2,54 – 4,85)
Afeto Positivo	5,64 (3,64 – 7,00)
Sensibilidade a Orientação	4,84 (3,92 – 6,43)
Sensibilidade perceptual neutra	5,26 (3,88 – 6,59)
Sensibilidade perceptual afetiva	5,03 (3,33 – 6,56)
Sensibilidade associativa	4,61 (3,67 – 6,56)

Nota: mín.= valor mínimo; máx.= valor máximo; ATQ - *Adult Temperament Questionnaire* (escores variam de 1 a 7).

Verifica-se na Tabela 7 que a amostra de mães que participaram do estudo apresentou um temperamento com mais características do fator Controle com Esforço, seguida pelos fatores Sensibilidade à Orientação e Extroversão, sendo o Afeto Negativo o fator com escore mais baixo. No fator Controle com Esforço, verificam-se altos escores em todas as dimensões, destacando-se a dimensão Controle de Atividade. As dimensões do fator Sensibilidade à Orientação também apresentam altos escores, destacando-se a dimensão Sensibilidade Perceptual Neutra. No fator Extroversão, a dimensão Prazer de Alta Intensidade apresenta escore baixo, enquanto que as dimensões Sociabilidade e Afeto Positivo apresentam altos escores. Por fim, as dimensões do fator Afeto Negativo apresentam escores de baixo a moderado, destacando-se a dimensão Desconforto, que teve escore mais alto.

Na Tabela 8 apresentam-se as correlações estatisticamente significativas entre os escores das Práticas Parentais avaliadas pelo ACT (Regulação Emocional, Disciplina Positiva e Comunicação) no momento pós-intervenção e fatores do temperamento materno e suas respectivas dimensões, avaliados pelo ATQ.

Tabela 8 – Correlações estatisticamente significativas entre os escores das Práticas Parentais avaliadas pelo questionário ACT (Regulação Emocional, Disciplina Positiva e Comunicação) e fatores do temperamento materno e suas respectivas dimensões

Práticas educativas / Temperamento	**Regulação Emocional e Comportamental**		**Disciplina Positiva**		**Comunicação**	
	r	Valor de *p*	r	Valor de *p*	r	Valor de *p*
Fatores						
Extroversão	-	-	- 047	0,01	-	-
Sensibilidade à orientação	0,39	0,04	-	-	-	-
Dimensões						
Controle de atividade	0,40	0,04	-	-	-	-
Sensibilidade perceptual neutra	-	-	0,46	0,01	0,44	0,02
Sensibilidade associativa	0,46	0,01	-	-	-	-

r = coeficiente de correlação (teste de Spearman)

Observa-se na Tabela 8 que o fator Extroversão mostrou-se inversamente correlacionado à Disciplina Positiva, ou seja, quanto maior a extroversão, menor o uso da disciplina positiva, e vice-versa. O fator Sensibilidade à Orientação apresentou correlação estatisticamente significativa com a Regulação Emocional e Comportamental, isto é, quanto maior o escore nesse fator do temperamento, maior a condição de regulação emocional e comportamental da mãe. As dimensões Controle de Atividade (pertencente ao fator Controle com Esforço) e Sensibilidade Associativa (pertencente ao fator Sensibilidade a Orientação), apresentaram correlação com a Regulação Emocional e Comportamental, indicando que, quanto maior os escores nessas dimensões do temperamento, maiores as condição de regulação emocional e comportamental dessas mães. A dimensão Sensibilidade Perceptual Neutra (pertencente ao fator Sensibilidade à orientação) também mostrou correlação positiva com a Disciplina Positiva e a Comunicação, ou seja, quanto maior a sensibilidade perceptual neutra, melhor a disciplina positiva e a comunicação da mãe.

3.4 Comportamento das crianças nascidas pré-termo

A Tabela 9 apresenta os indicadores de dificuldades e capacidades de comportamento das crianças, avaliado pelo SDQ, a partir do escore, de acordo com a percepção das mães e do outro cuidador, nos momentos pré- e pós-intervenção.

Tabela 9 – Indicadores de dificuldades e capacidades de comportamento das crianças, avaliado pelo SDQ (escores total e sub-escalas), de acordo com a percepção das mães e do outro cuidador, nos momentos Pré- e Pós-intervenção ACT (n=27[1]).

Indicadores de dificuldades e capacidades de comportamento das crianças (Escores SDQ)	**Informante Mãe**		**Valor p**	**Informante Outro cuidador**		**Valor p**
	Pré-intervenção	**Pós-intervenção**		**Pré-intervenção**	**Pós-intervenção**	
Total de dificuldades						
Med (mín. - máx.)	13 (4-27)	10 (4-25)	0,005	13 (3-35)	11 (3-32)	0,10
Sintomas Emocionais						
Med (mín. - máx.)	3 (0-10)	2 (0-6)	0,002	3 (0-10)	3 (0-10)	0,70
Problemas de conduta						
Med (mín. - máx.)	3 (1-9)	2 (0-8)	0,04	4 (1-8)	3 (1-6)	0,10
Hiperatividade						
Med (mín. - máx.)	5 (0-10)	4 (0-10)	0,40	5 (0-10)	4 (0-10)	0,80
Probl. de Rel. com os colegas						
Med (mín. - máx.)	2 (0-6)	2 (0-4)	0,008	2 (0-8)	2 (0-7)	0,30
Comportamento Pró-social						
Med (mín. - máx.)	8 (3-10)	8 (5-10)	0,03	8 (3-10)	9 (5-10)	0,40

Nota: med. = mediana; mín.= valor mínimo; máx.= valor máximo. A pontuação do *Total de Dificuldades* pode variar de 0 a 40 e as subescalas *Sintomas Emocionais*, *Problemas de Conduta*, *Hiperatividade* e *Problemas de Relacionamento com os colegas* podem variar de 0 a 10, sendo que, tanto no total quanto nestas subescalas, quanto maior o escore, mais problemas de comportamento a criança apresenta. A subescala *Comportamento Pró-social* também pode variar de 0-10, no entanto, quanto maior o escore, melhor o comportamento da criança.

[1]Três crianças da amostra não foram avaliadas por possuírem menos de dois anos de idade (idade mínima avaliada pelo instrumento)

A Tabela 9 revela que, em relação aos indicadores de dificuldades e capacidades de comportamento das crianças, na percepção das mães, houve diferença estatisticamente significativa entre os momentos pré- e pós-intervenção, no que diz respeito aos escores do total de dificuldades, e nas subescalas sintomas emocionais, problemas de conduta e problemas de relacionamento com os colegas, com diminuição desses comportamentos, além de melhora no comportamento pró-social. Na percepção do outro cuidador, não houve mudanças estatisticamente significativas em nenhum dos comportamentos.

A Tabela 10 apresenta os indicadores de dificuldades e capacidades de comportamento das crianças, avaliado pelo SDQ, a partir da classificação, de acordo com a percepção das mães e do outro cuidador, nos momentos pré- e pós-intervenção.

Tabela 10 – Indicadores de dificuldades e capacidades de comportamento das crianças, avaliado pelo SDQ (classificação total e sub-escalas), de acordo com a percepção das mães e do outro cuidador, nos momentos Pré- e Pós-intervenção ACT (n=27[1]).

Indicadores de dificuldades e capacidades de comportamento das crianças (Classificação SDQ – total e sub-escalas)	**Informante Mãe**		**Valor p**	**Informante Outro cuidador**		**Valor p**
	Pré-intervenção	**Pós-intervenção**		**Pré-intervenção**	**Pós-intervenção**	
Total de dificuldades	f (%)	f (%)		f (%)	f (%)	
Normal	14 (52)	20 (74)	0,01	15 (55)	19 (73)	0,15
Limítrofe	2 (7)	2 (7)		4 (15)	2 (8)	
Anormal	11 (41)	5 (19)		8 (30)	5 (19)	
Sintomas Emocionais						
Normal	14 (52)	19 (70)	0,02	17 (63)	17 (66)	0,30
Limítrofe	6 (22)	3 (11)		3 (11)	5 (19)	
Anormal	7 (26)	5 (19)		7 (26)	4 (15)	
Problemas de conduta						
Normal	9 (33)	15 (56)	0,06	9 (33)	11 (42)	0,40
Limítrofe	5 (19)	5 (18)		4 (15)	5 (19)	
Anormal	13 (48)	7 (25)		14 (52)	10 (39)	
Hiperatividade						
Normal	16 (59)	21 (78)	0,06	18 (67)	15 (58)	0,20
Limítrofe	3 (11)	1 (4)		3 (11)	5 (19)	
Anormal	8 (30)	5 (18)		6 (22)	6 (23)	
Probl. de Rel. com os colegas						
Normal	14 (52)	18 (67)	0,15	16 (59)	21 (81)	0,60
Limítrofe	5 (18)	6 (22)		7 (26)	2 (8)	
Anormal	8 (30)	3 (11)		4 (15)	3 (11)	
Comportamento Pró-social						
Normal	25 (92)	26 (96)	0,30	25 (92)	25 (96)	0,60
Limítrofe	1 (4)	1 (4)		1 (4)	1 (4)	
Anormal	1 (4)	0		1 (4)	0	

Nota: f= frequência, % = porcentagem

[1] Três crianças da amostra não foram avaliadas por possuírem menos de dois anos de idade (idade mínima avaliada pelo instrumento)

A Tabela 10 revela que, na avaliação das mães, comparando-se os momentos pré- e pós-intervenção do Programa ACT, houve diferença estatisticamente significativa no total de dificuldades e na subescala sintomas emocionais. Constatou-se que houve um aumento significativo, após a intervenção do Programa ACT, de crianças classificadas, pelas mães, no total de dificuldades e sintomas emocionais dentro da normalidade. Nas subescalas problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e comportamento pró-social não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Observa-se que a maior parte das crianças teve o comportamento classificado como normal, no momento pré-intervenção, nas subescalas hiperatividade, problemas de relacionamento com colegas e comportamento pró-social, mantendo-se, no momento pós-intervenção, dentro da normalidade. Com relação à subescala problemas de conduta, antes da intervenção a maior parte das crianças tiveram o comportamento classificado pelas mães como limítrofe ou anormal e, no momento pós-intervenção, classificado dentro da normalidade, embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Ainda de acordo com a Tabela 10, na percepção do outro cuidador informante, comparando-se os momentos pré- e pós-intervenção do Programa ACT, não houve diferença estatisticamente significativa no total de dificuldades e nas subescalas. Verifica-se que a maior parte das crianças teve o comportamento classificado como normal pelos outros cuidadores informantes, no momento pré-intervenção, no total de dificuldades, sintomas emocionais, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e comportamento pró-social, o que se manteve no momento pós-intervenção.

3.5 Relatos maternos na atividade da Caixa dos sonhos, atividade do Programa ACT

A Tabela 11 apresenta as categorias identificadas no relato materno mediante as perguntas referente à Caixa dos sonhos, que é uma atividade realizada na reunião prévia do Programa ACT.

Tabela 11 – Categorias de conteúdo verbal materno na atividade da Caixa dos sonhos do Programa ACT, em termos de frequência e prevalência (n=28[1])

Categorias de conteúdo verbal materno (Caixa dos sonhos)	**f (%)**
Valores humanos	23 (82%)
Qualidades do desenvolvimento pessoal	21 (75%)
Felicidade	20 (71%)
Sonhos e realizações	16 (57%)
Profissional	13 (46%)
Relacionamento familiar positivo	13 (46%)
Estudo e desenvolvimento cognitivo	12 (43%)
Saúde	10 (36%)
Afeto	10 (36%)

Nota: f= frequência, % = porcentagem
([1]) Duas mães foram excluídas da amostra por não terem comparecido à Reunião Prévia

Verifica-se na Tabela 11 que em relação aos sonhos das mães para seus filhos e o que elas esperam para o seu futuro (quando ficarem adultos), os temas mais prevalentes se deram na seguinte ordem: Valores Humanos (apresentar valores humanos, tais como honestidade, respeito, altruísmo, humildade e dignidade), Qualidades do Desenvolvimento Pessoal (apresentar qualidades que proporcionem o desenvolvimento pessoal, tais como determinação, compreensão, autonomia, responsabilidade), Felicidade (desejo de que a criança seja feliz) e Sonhos e Realizações (realizar sonhos e conquistar objetivos), Profissional (trabalho e futuro profissional).

3.6 Conteúdos verbais maternos relacionados ao tema "nascimento prematuro", identificados durante as sessões do Programa ACT

Como apresentado, o Programa ACT trabalha em uma perspectiva de prevenção universal, não tendo como foco especificamente a questão da condição de risco da prematuridade. No entanto, no decorrer do programa, em vários momentos as mães lembravam e relatavam situações vivenciadas com o nascimento pré-termo dos filhos. Assim, era possível integrar o relato das participantes ao conteúdo do programa, o que permitiu à pesquisadora que fossem feitos comentários adaptados às situações abordadas.

Na Tabela 12, encontram-se os conteúdos verbais maternos relacionados ao tema da prematuridade, que emergiram em cada sessão do Programa ACT.

Sessões ACT	Temáticas	Registro Sobre os Relatos
Sessão 1	Internação da criança	• Participante PT021/2017 – relata sobre a internação (hospitalização prolongada, ir para casa sem o bebê, angústia de viver a oscilação do quadro de saúde do bebê e iminência da morte). • Participante PT063/2017 – relata que, após período de internação da criança (4 meses, em decorrência de uma cirurgia no coração) bebê demorou para mamar.
	Iminência de morte na UTIN	• Participante PT021/2017 – relata sobre a angústia de viver a oscilação do quadro de saúde do bebê e iminência da morte.
	Adaptação e cuidados com o bebê prematuro	• Participante PT021/2017 - Relata sobre a adaptação em relação ao bebê na rotina de casa após alta hospitalar (medo de não saber cuidar, cuidados redobrados). • Participante PT056/2017 – relata que incialmente, ainda no período de internação, tinha muito medo de pegar o filho no colo, receosa de derrubar o tubo e que se pegasse no colo, poderia fazer mais mal do que bem para o bebê. • Participante PT063/2017 – Relata que em casa, após a internação, somente ela cuidava do bebê, não tendo com quem revezar, pois o marido e a avó achavam que a criança era muito pequena e tinham medo de pegar no colo.
	Hábitos do bebê	• Participante PT021/2017 – Relata que a criança, quando bebê, gostava de dormir na claridade e no barulho, porque se assemelhava ao ambiente da UTIN, estranhando quando estava em ambiente escuro e silencioso. • Participante PT058/2017 – Relata que, comparada aos outros filhos, achava que o neto, que nasceu prematuro, chorava bem mais.
	Preocupação com o desenvolvimento da criança (físico, comportamental e emocional)	• Participante PT031/2017 – Relata que percebe diferenças nos filhos, mas que a filha que nasceu prematura é mais calma do que o filho nascido a termo, e esperava que acontecesse o contrário. • Participante PT034/2017 – Refere preocupação em identificar quais os comportamentos do filho são específicos do nascimento prematuro e quais são próprios da idade. Acredita que em relação ao comportamento, o filho não está adequado para a idade. • Participante PT062/2017 – Relata preocupação em relação a dificuldade de ganho de peso filho, que sempre foi "difícil para comer" (sic) perguntando à facilitadora quando os prematuros se igualam às crianças que nascem a termo.
	Superproteção de familiares, dificultando o estabelecimento de limites	• Participante PT034/2017 – Relata dificuldade em colocar limites nos filhos diante de outros familiares (principalmente avós), relatando que estes colocam a criança em uma "redoma".

Sessão 2	Internação da criança	• Participante PT003/2016: Na atividade relacionada aos fatores de risco e de proteção envolvidos no comportamento violento, a mãe pergunta: "Mas se os nossos filhos nasceram prematuros isso é um risco no nascimento né? Como fica então as palmadas que a gente dá achando que ta educando?" (sic)
		• Participante PT057/2017 - Ao ser discutido sobre o tema da violência, a participante pergunta à facilitadora se a prematuridade e toda a vivência da criança no hospital, como procedimentos dolorosos, é uma experiência de violência.
Sessão 3	Internação da criança	• Participantes PT053/2017 e PT054/2017 – Relatam as vivências do período de internação das crianças, bem como a vivência constante do estado de estresse, sendo que em qualquer situação de contato da equipe durante a internação as fazia imaginar que algo ruim tinha acontecido à criança.
	Adaptação e cuidados com o bebê prematuro	• Participante PT053/2017 – Quando solicitada a falar sobre o sentimento "Feliz" na atividade da "Roda dos sentimentos" relata que ficou muito feliz quando sua filha teve alta do hospital e que ficou uma semana sem dormir para poder ficar olhando-a. • Participante PT054/2017 – Ao falar sobre o sentimento de "Surpresa" na atividade da "Roda dos sentimentos" relata que quando a filha nasceu, ficou muito surpresa, pois estava grávida de 28 semanas e não esperava a chegada da filha. Conta que estava saindo de uma confraternização quando a bolsa estourou e ficou muito preocupada, pois não tinha terminado de arrumar as coisas da filha e ainda havia dúvidas quanto ao sexo da criança.
	Superproteção de familiares, dificultando o estabelecimento de limites	• Participante PT027/2017 – Relata que por morar com os pais, estes a desautorizam muito em relação à educação do filho, afirmando que os pais ficam "com dó" pelo fato de a criança ter nascido prematura, não colocando limites.
	Superproteção das mães, dificultando o estabelecimento de limites	• Participante PT025/2017 – Relata que tem dificuldades de frustrar e dizer "não" a filha, pelo fato de a criança ter nascido prematura e "ter passado por muitas coisas" (sic). Relata que sempre quis muito ter uma filha e que isso também a dificulta no estabelecimento de limites.
	Iminência de morte na UTIN	• Participante PT053/2017 – Relata que por vezes acreditava que a filha não iria sobreviver, sendo que em uma das vezes que estava presente a filha teve uma parada cardíaca. Conta que certo dia, chegando para visitar a filha, ouviu os profissionais dizendo "A mãe chegou, a mãe chegou" e já imaginou que era algo muito ruim relacionado à criança, mas a equipe queria dar uma boa notícia. Também relata tristeza pela piora ou óbito de outros bebês, preocupando-se se o mesmo poderia acontecer com sua filha.
	Preocupação com o desenvolvimento da criança (físico, comportamental e emocional)	• Participante PT034/2017 – Após o término do grupo, a participante conversa com as facilitadoras sobre a dificuldade em entender e diferenciar o que é relativo à prematuridade e o que é comum ao desenvolvimento de todas as crianças.

Sessão 4	Hábitos do bebê	• Participante PT021/2017 – Relata sobre os hábitos de sono e rotina da criança na UTIN na atividade sobre a forma como as crianças sentem e expressam raiva em cada idade.
	Superproteção das mães, dificultando o estabelecimento de limites.	• Participante PT057/2017 – Relata que recebeu orientações do pediatra logo que o filho nasceu, para que não o superprotegesse, pois ele não seria prematuro "para sempre", mas somente naquele momento, o que a ajudou.
Sessão 6	Superproteção de familiares, dificultando o estabelecimento de limites.	• Participante PT032/2017 – Refere que sua irmã, tia da criança, é muito invasiva e permissiva com a criança, e a desautoriza nas suas decisões.
	Superproteção das mães, dificultando o estabelecimento de limites.	• Participante PT021/2017 – Durante a atividade preparatória, ao buscar um modelo no reino animal que simbolize seu estilo parental, diz que é como uma galinha que quer colocar o filho debaixo de suas asas e que o superprotege por conta do nascimento prematuro.
	Privação dos cuidados iniciais da criança.	• Participante PT021/2017 – Ao serem perguntadas pela facilitadora sobre como aprenderam a serem mães, relata que não conseguiu ser mãe de seu filho, dado que, devido ao longo período de internação da criança, a maioria dos cuidados ficaram por conta dos profissionais de saúde.

Na Tabela 12, primeiramente, pode–se observar que as sessões um (*Compreenda os comportamentos do seu filho)* e três (*Como os pais podem entender e controlar a raiva)*, foram as que mais suscitaram relatos relacionados à vivência da prematuridade, enquanto que nas sessões cinco (*As crianças e os meios eletrônicos de comunicação*), sete (*Disciplina para comportamentos positivos*) e oito (*Leve o Programa ACT para sua casa e sua comunidade*) não emergiu nenhum relato específico sobre a prematuridade.

Os relatos relacionados à vivência do nascimento prematuro do filho aparecem logo nas primeiras sessões do Programa ACT. A sessão um (*Compreenda os comportamentos do seu filho)* aborda de maneira mais específica aspectos do desenvolvimento da criança, perpassando pelas diferentes fases do ciclo vital. Inicialmente, foram discutidas com as mães quais são as mudanças que ocorrem ao longo do crescimento da criança, sendo abordados aspectos do desenvolvimento físico, cognitivo, social e afetivo-emocional. Em seguida, as mães são apresentadas a quatro cenários referentes a uma faixa etária desenvolvimental. A primeira situação é de um bebê de quatro meses que só chora e a mãe não consegue dormir há meses; a segunda situação é de uma criança de dois anos que faz birra no supermercado; a terceira situação refere-se a uma disputa por um brinquedo entre duas meninas de quatro anos;

e a quarta e última situação é de uma criança de oito anos que sofre *bullying* na escola. As mães são orientadas a discutirem entre si como normalmente os adultos lidam com essas situações e, em seguida, a facilitadora discute com o grupo, com a ajuda do material de apoio (caderno de pais) fornecido às participantes, aspectos típicos da fase do desenvolvimento e maneiras de lidar com a situação. A partir das discussões destes cenários as mães rememoraram algumas vivências relacionadas ao nascimento prematuro, como a hospitalização, internação, adaptação e cuidados com o bebê prematuro, hábitos do bebê, preocupação com o desenvolvimento da criança (físico, comportamental e emocional) e superproteção dos familiares, dificultando o estabelecimento de limites.

Na segunda sessão (*A violência na vida das crianças)* é trabalhado sobre como as crianças podem estar expostas à violência e as consequências que esta exposição tem para o desenvolvimento infantil. Em uma das atividades da sessão, discutem-se quais os fatores de risco e de proteção para a violência, abordando-se a questão multifatorial, presentes desde o microssistema ao macrossistema. Na amostra deste estudo, surgiu por parte das mães, a preocupação em relação ao desenvolvimento da criança e o questionamento se a condição do risco do nascimento prematuro pode ser agravada pelo uso de práticas coercitivas, como a palmada. Emergiu também uma preocupação em relação à internação das crianças e os procedimentos dolorosos a que são submetidas, questionando-se se estes procedimentos são uma forma de violência.

A terceira sessão (*Como os pais podem entender e controlar a raiva)* foi a sessão que mais suscitou relatos sobre as vivências do nascimento pré-termo. Nesta sessão é trabalhado sobre como identificar e lidar com o sentimento da raiva, a fim de que os participantes possam ter maior controle sobre ela, sendo abordados aspectos da regulação emocional e comportamental. Ainda, é abordado sobre como o sentimento da raiva às vezes encobre outros sentimentos. Neste sentido, os participantes são estimulados a se lembrarem de situações que os deixaram ou os deixam com raiva, bem como exercitar o reconhecimento de outros sentimentos, o que é trabalhado a partir de uma atividade chamada "Roda dos sentimentos", que consiste em um gráfico de pizza, com a denominação de vários sentimentos, no qual as participantes giram sobre ele uma caneta e precisa descrever o sentimento sorteado, relatando também uma vivência associada àquele sentimento. Nesta atividade, a partir da descrição de alguns sentimentos, como medo, surpresa, felicidade, raiva, as mães elucidaram vivências relacionadas ao nascimento pré-termo, como a internação das crianças, a adaptação e cuidados com o bebê prematuro, a iminência de morte na UTIN e superproteção da criança por parte das mães. Como as mães também são estimuladas a relatarem situações que as

deixam com raiva, também apareceram relatos referentes à superproteção de familiares, que dificultam o estabelecimento de limite, além de preocupações com o desenvolvimento da criança (físico, comportamental e emocional), na tentativa de entender se o comportamento inadequado da criança, que as deixam com raiva, estaria associado à condição do nascimento pré-termo.

Na quarta sessão (*Como entender e ajudar as crianças quando elas sentem raiva*) foi refletido com as participantes como o sentimento de raiva se manifesta nas diferentes faixas etárias das crianças, como podem lidar da maneira mais adequada a essas situações e como podem ensinar as crianças a lidarem com esse sentimento, atuando na mediação de alguns conflitos, auxiliando a criança no seu processo de autorregulação. Ao retomar as diferentes fases do desenvolvimento da criança, as mães mencionaram lembranças relacionadas aos hábitos da criança quando bebê, além de orientações recebidas por profissionais da saúde de que não superprotegessem a criança, para que ela pudesse se desenvolver adequadamente.

Na sexta sessão (*Disciplina e estilos parentais)* foi trabalhado sobre os diferentes estilos parentais e o impacto que cada um tem sobre o comportamento e desenvolvimento da criança. Nesta sessão, pensando sobre como aprenderam a ser mães, uma das mães relatou que não conseguiu ser mãe de seu filho quando bebê, pois em decorrência do longo período de internação, grande parte dos cuidados ficava a cargo dos profissionais da equipe de saúde. Além disso, ao analisarem sobre as práticas educativas adotadas por elas, surgiram relatos sobre a questão da superproteção decorrente do nascimento pré-termo, tanto por parte das mães, quanto por parte de outros familiares.

V. DISCUSSÃO

Os achados principais do presente estudo mostraram que foi confirmada a hipótese inicial de que mães de crianças nascidas pré-termo apresentariam indicadores de práticas educativas mais positivas e menos negativas após a intervenção do *Programa ACT- Para educar crianças em ambientes seguros*, em comparação à fase de pré-intervenção. Os resultados demonstraram que, após a participação no Programa ACT, as mães de crianças nascidas pré-termo na fase pré-escolar participantes do estudo melhoraram significativamente as práticas educativas parentais relacionadas à regulação emocional e comportamental, à comunicação e ao monitoramento do uso das mídias eletrônicas por parte das crianças, segundo os fatores da escala de avaliação ACT. No mesmo sentido, houve também melhoras nas práticas parentais, avaliadas pela escala PAFAS, especificamente na consistência parental, encorajamento positivo e ajustamento parental. Paralelamente, houve uma diminuição do uso de práticas coercitivas. Portanto, os resultados em ambas as escalas, que são validadas para avaliação de práticas parentais, mostraram resultados positivos na mudança no comportamento das mães, avaliado de acordo com sua própria percepção.

Nossos achados de que a intervenção preventiva realizada com o Programa ACT melhora as práticas educativas parentais confirmam estudos prévios com amostras de mães de crianças brasileiras procedentes da comunidade, de escolas e de centros de atenção básica à Saúde. No estudo de Altafim, Pedro e Linhares (2016) realizado com mães de escolas públicas e filantrópicas e núcleos de saúde da família, demonstrou a efetividade do Programa ACT para melhorar o estilo e comportamento parental materno e o monitoramento do uso da mídia eletrônica por parte das crianças. Na mesma direção, em um estudo randomizado controlado, com grupo controle de lista de espera (*waiting-list*), houve melhora nas práticas educativas maternas (disciplina positiva, comunicação e regulação emocional e comportamental) após a participação no programa ACT, tanto nas mães do grupo de intervenção, que recebeu a intervenção imediatamente após a avaliação, quanto das mães do grupo controle, que receberam a intervenção após um período de dois meses de espera, sendo que, durante a espera, o grupo controle não teve mudanças (Altafim, 2017).

Adicionalmente, o estudo de Pedro, Altafim e Linhares (2016) avaliou em contexto brasileiro a efetividade do Programa ACT em amostras de mães diferenciadas pelo nível socioeconômico B e C e pelas crianças procedentes de escolas públicas e particulares. Verificou-se que o Programa ACT foi efetivo para melhorar as práticas educativas maternas, independentemente do nível socioeconômico das famílias, em relação ao estilo e

comportamento parental materno e monitoramento do uso da mídia eletrônica por parte da criança. No nosso estudo, a amostra de mães era composta por mães de diversos níveis de escolaridade e nível socioeconômico, mostrando a validade do programa com mães de crianças nascidas prematuras, independentemente das condições sociais.

Intervenções realizadas nos Estados Unidos, país de origem do programa ACT, também mostraram resultados positivos após a intervenção. Os estudos demonstraram que o Programa ACT foi efetivo para aumentar o comportamento afetuoso e reduzir práticas negativas (Knox & Burkhart, 2014); desenvolver parentalidade mais eficaz com aumento da utilização de práticas positivas, como o comportamento acolhedor, além de redução de práticas negativas (Knox et al., 2013; Portwood et. al., 2011); melhorar o monitoramento de mídias eletrônicas, conhecimento sobre desenvolvimento infantil, controle da raiva e resolução de problemas sociais (Weymouth & Howe, 2011; Porter & Howe, 2008).

Até onde se sabe, este é o primeiro estudo com a aplicação do Programa ACT em uma amostra de mães de crianças nascidas prematuras. Anteriormente, outras intervenções foram realizadas com essa população, porém com outros objetivos. Algumas intervenções foram feitas no período neonatal, ainda no ambiente hospitalar, a fim de reduzir o estresse pós-traumático do nascimento pré-termo nas mães (Borghini et al. 2014), melhorar a interação mãe-criança (Steinhardt et al. 2015) e melhorar o estresse parental (Castel et al., 2016). Essas intervenções apresentaram bons resultados, demonstrando redução dos sintomas de estresse pós-traumático das mães, além de aumento na sensibilidade materna e cooperação infantil durante as interações (Borghini et al. 2014). Houve também aumento da qualidade da interação mãe-filho, correlacionado ao neurodesenvolvimento da criança (Steinhardt et al. 2015) e redução do estresse parental e melhora na saúde mental dos pais, promovendo assim o desenvolvimento global da criança (Castel et al., 2016). Porém, uma intervenção com a *Baby Triple P,* que incluiu quatro sessões de duas horas, enquanto os bebês estavam internados na UTIN, não encontrou evidências na melhora da qualidade do relacionamento mãe-prematuro, apego materno ou responsividade em avaliações na fase de 6 semanas e 12 meses de vida da criança (Evans et al., 2017). Neste estudo foi discutido que este resultado negativo pode ter sido decorrente de intervenções realizadas durante a internação dos bebês na UTIN que já ensinavam e apoiavam as mães a responderem às crianças.

Outras intervenções foram realizadas após o período da alta hospitalar. Intervenções realizadas com pais de crianças nascidas prematuros a partir de visitas domiciliares no período de 12 meses (Cho et al., 2013) e 18 a 22 meses de idade corrigida da criança (Flierman et al., 2016), apresentaram resultados positivos. Mostraram menos sintomas depressivos, melhor

interação materna e maior apoio social de médicos e profissionais de saúde, em relação ao grupo controle, no entanto, não houve diferenças significativas no impacto de estresse parental ou no desenvolvimento infantil (Cho et al., 2013). A intervenção pós-alta durante o primeiro ano se associou a resultados positivos em uma ampla gama de resultados parentais e medidas infantis, como diminuição de problemas externalizantes e desregulação do comportamento, e desenvolvimento motor (Flierman et al, 2016). Resultados mostraram menos sintomas depressivos e melhor interação materna (Cho et al., 2013), e aumento da consistência das interações responsivas entre pais e filhos, podendo melhorar o desenvolvimento de crianças nascidas prematuras (Flierman et al., 2016).

Os estudos citados demonstram que grande parte das intervenções com pais de crianças nascidas prematuras se concentram na fase neonatal ou nos primeiros anos da criança, havendo poucas intervenções na fase pré-escolar. Um estudo randomizado controlado avaliou se a intervenção para pais *Primary Care Triple P* era eficaz na diminuição dos problemas emocionais e comportamentais em crianças nascidas pré-termo ou a termo que tiveram asfixia perinatal, na faixa etária de dois a cinco anos (Schappin et al., 2013). O Programa *Primary Care Triple P* é uma breve intervenção para pais que consiste em quatro sessões envolvendo treinamento de habilidades ativas para pais de crianças com sintomas emocionais leves a moderados ou problemas comportamentais, com o obejteivo de melhorar a competência e autoconfiança dos pais em termos de parentalidade e reduzir problemas de comportamento das crianças. A amostra de 71 participantes foi dividida em um grupo que recebeu a intervenção e outro grupo controle de lista de espera. Em relação a medições secundárias de comportamento problemático da criança (avaliado pelo CBCL), estilo parental, estresse parental e percepção dos pais da vulnerabilidade da criança, os grupos não diferiram significativamente ou o grupo de intervenção mostrou mais problemas. Assim, a *Primary Care Triple P* não foi considerada eficaz para reduzir problemas emocionais e comportamentais em crianças nascidas pré-termo ou nascidas a termo com asfixia perinatal, além de não ter efeito nos estilos parentais, parentalidade, estresse e percepção de vulnerabilidade da criança pelos pais (Schappin et al., 2013).

Os resultados do presente estudo diferem em relação a este estudo, na medida em que a intervenção ACT se mostrou efetiva para melhorar as práticas parentais e o comportamento da criança, na perspectiva da mãe, enquanto o estudo citado não foi eficaz nem para reuzir problemas emocionais e de comportamento nas crianças, nem mudar as práticas parentais dos pais. Deve-se destacar que o Programa ACT trabalhou com mães de crianças nascidas pré-termo em idade pré-escolar, cabendo ressaltar a importância da intervenção com foco nas

práticas parentais dos pais, diferentemente de grande parte das intervenções que priorizava a interação pais-criança.

Outro diferencial do presente estudo foi a utilização de dois instrumentos para avaliar as práticas parentais, as escala ACT e PAFAS, o que trouxe informações complementares sobre as práticas educativas maternas. Na escala de avaliação ACT o fator Disciplina Positiva, que diz respeito às práticas parentais usadas para reagir e gerenciar o comportamento de uma criança sem o uso de violência ou ação punitiva (Altafim et al., 2018), não apresentou mudanças significativas entre o momento pré- e pós-intervenção. Isto porque no momento pré-intervenção as mães já apresentavam um alto escore nesta escala, o que indica que já faziam uso de práticas educativas positivas mesmo antes da intervenção. No entanto, na avaliação da escala PAFAS houve uma redução significativa no uso de práticas coercitivas, segundo a percepção da mãe, entre o momento pré- e pós-intervenção, além de melhora significativa de práticas educativas positivas, como consistência parental, encorajamento positivo e ajustamento parental, avaliados pela escala PAFAS. Este achado sugere que o Programa ACT contribuiu para reduzir uma importante prática educativa negativa abusiva e violenta por parte das mães, além de melhorar práticas educativas positivas.

A redução das práticas coercitivas encontrada no nosso estudo vai ao encontro de estudos realizados anteriormente com o programa ACT que foram desenvolvidos em amostras dos Estados Unidos da América. Verificou-se que pais que antes utilizavam a punição física para disciplinar seus filhos, após a intervenção do programa reduziram o uso de palmadas logo após o término da intervenção e mantiveram o uso da disciplina não agressiva no *follow-up*, após três meses do término do programa (Porter & Howe, 2008). Em um estudo de comparação entre grupos de intervenção e controle, observou-se que os pais que participaram da intervenção do Programa ACT, diminuíram a frequência do uso da palmada, assim como do comportamento de bater nos filhos com objetos em relação ao grupo controle (Knox et al., 2010). Outro estudo de comparação entre grupos de intervenção e controle demonstrou redução do uso de violência verbal e física no grupo de intervenção (Portwood et. al, 2011). Verificou-se no estudo de Knox et. al (2013) que pais que completaram a intervenção ACT apresentaram comportamentos parentais positivos, mais carinhoso e com redução de violência física e psicológica em relação àqueles que não completaram. No mesmo sentido, participantes que finalizaram a intervenção com o Programa ACT relataram aumento de comportamento afetuoso e diminuição de parentalidade negativa e severa (Knox & Burkhart, 2014).

A redução das práticas coercitivas e aumento das práticas positivas podem ser explicados pelo fato de que nas sessões do Programa ACT trabalha-se, de um lado, os impactos negativos que a violência pode ter no desenvolvimento infantil e, por outro lado, são ensinadas estratégias de disciplina positiva para serem usadas com as crianças. Nesse momento, leva-se em conta a fase desenvolvimental das crianças e o contexto associado ao mau comportamento. No Programa ACT são trabalhados conceitos como a diferenciação entre reação e resposta, disciplina e punição nas práticas educativas parentais. Reagir seria agir sem pensar baseando-se apenas nas emoções, e responder seria tomar tempo para se acalmar e pensar no contexto da situação ou do comportamento da criança para então tomar uma decisão adequada (Silva, 2009). Disciplinar seria ensinar comportamentos adequados para o futuro, com uma perspectiva educativa, enquanto a punição enfatizaria o comportamento negativo que já ocorreu, enfatizando mais a dor, humilhação e vergonha de ter cometido o comportamento do que propriamente uma mensagem educativa e reflexiva para a criança sobre o seu próprio comportamento (Silva, 2009). As mães são incentivadas a adotarem estratégias para responder e disciplinar as crianças. Assim, elas adquirem ferramentas e estratégias que as auxiliam na tomada de decisões mais adequadas ao desenvolvimento infantil, o que as ajuda também a desenvolver aspectos da regulação emocional e comportamental do seu próprio comportamento e da criança.

No presente estudo, o aspecto da regulação emocional e comportamental das mães apresentou melhoras após a intervenção ACT. Na avaliação da regulação emocional e comportamental pela escala ACT estão inclusas as reações da mãe quando a criança apresenta um comportamento inadequado, indicando controle da raiva e a capacidade de se acalmar, refletindo a ausência de práticas educativas negativas, como palmadas ou gritos (Altafim et al., 2018). As estratégias de regulação emocional dos pais ajudam a compreender as atitudes e comportamentos parentais e são um componente crítico para o processo de autorregulação (Barros, Goes & Pereira, 2015).

A autorregulação é definida como a habilidade de monitorar e modular a emoção, a cognição e alterar seus comportamentos, de acordo com demandas cognitivas e sociais para situações específicas, assim, passa-se do controle externo para um controle voluntário mediado pelo próprio indivíduo (Baumeister & Vohs, 2007; Linhares & Martins, 2015). A autorregulação aplicada à parentalidade envolve a regulação das emoções, permitindo que os pais selecionem as estratégias adequadas para corrigir ou modificar o comportamento da criança (Barros et al., 2015). Torna-se importante entender o que motiva os pais a estarem envolvidos em conduzir e mudar seus próprios comportamentos, com a finalidade de produzir

mudanças no comportamento da criança, visando desfechos desenvolvimentais saudáveis. Pais com dificuldade na autorregulação expressam mais hostilidade em relação aos filhos, os quais podem apresentar problemas de comportamento externalizante (Carrère & Bowie, 2011).

Crianças nascidas pré-termo podem apresentar problemas de comportamento (Delobel-Ayoub et al., 2006; Jones, Champion, & Woodward, 2013; Linhares et al., 2000; Treyvaud et al., 2013). Em decorrência da imaturidade biológica do seu organismo, as crianças nascidas pré-termo têm mais dificuldades de gerenciar e lidar com estímulos estressores presentes na fase neonatal, especialmente no ambiente da UTIN, o que pode afetar a regulação fisiológica e, consequentemente, os processos regulatórios subsequentes, até a autorregulação (Linhares, 2016; Linhares et al., 2012; Als et al., 2004). Assim, especialmente nessa população vulnerável, é importante que os pais de crianças nascidas pré-termo tenham desenvolvido sua autorregulação, na medida em que os cuidadores são correguladores essenciais no processo de desenvolvimento da criança, influenciando nas suas capacidades autorregulatórias (Linhares & Martins, 2015). Problemas de comportamento nas crianças nascidas pré-termo foram preditos por temperamento materno com mais dificuldade de controle inibitório, portanto com dificuldades regulatórias de controle de impulso (Gracioli, 2013).

Nesse sentido, o Programa ACT pode atuar como um mecanismo de proteção ao desenvolvimento da criança ao auxiliar que os pais desenvolvam práticas educativas positivas, melhorem sua regulação emocional e comportamental, desenvolvendo assim a autorregulação, e atuando como bons correguladores das emoções e comportamentos das crianças. A autorregulação materna pode influenciar de maneira positiva o comportamento da criança, sendo um aspecto importante no caso das crianças nascidas pré-termo, que são mais propensas a apresentarem problemas de comportamento internalizantes e externalizantes em diferentes fases do desenvolvimento (Treyvaud et. al., 2013; Johnson & Marlow, 2014; Linsell et. al. 2018), destacando-se pobres habilidades sociais e interativas, má autorregulação emocional e comportamental, dificuldades emocionais e atenção reduzida (Arpi & Ferrari, 2013).

A comunicação das mães com as crianças foi outro aspecto que melhorou após a intervenção ACT. A escala denominada Comunicação inclui conversar de maneira direta, evitando o uso de linguagem negativa e insultos, refletindo uma comunicação positiva da mãe com a criança (Altafim et al., 2018). A comunicação é um processo recíproco e simbólico baseado no desenvolvimento tanto dos pais quanto da criança, no qual os membros da família

se influenciam mutuamente e são influenciados tanto a curto quanto a longo prazo (Mooney-Doyle, Deatrick & Horowitz, 2015). Sabe-se que pais influenciam o desenvolvimento e o comportamento da criança por meio da comunicação e da interação, assim, dependendo da qualidade dessa comunicação ela pode ter um impacto positivo ou negativo no desenvolvimento e comportamento da criança (Mooney-Doyle, Deatrick & Horowitz, 2015). A capacidade dos pais de se comunicar foi considerada extremamente importante para os resultados físicos, sócioemocionais e psicológicos das crianças (Hibbard et al., 2012; Sanders, 2012). Estudos anteriores mostraram que o Programa ACT pode ser uma estratégia para a prevenção da violência psicológica contribuindo positivamente para o desenvolvimento de habilidades como escutar a criança, compreender o seu comportamento e conversar utilizando uma linguagem adequada, proporcionando reflexões em conjunto (Altafim, 2017). Dessa forma, pode-se dizer que essa é mais uma prática educativa positiva trabalhada pelo Programa ACT e que pode ter importante efeito nas interações mãe-criança contribuindo de maneira positiva para o desenvolvimento infantil.

Outro ponto que se destaca no Programa ACT é a abordagem dos riscos do uso excessivo das mídias eletrônicas no desenvolvimento da criança e o monitoramento deste uso por parte dos cuidadores. O controle e monitoramento de mídias eletrônicas é uma temática atual e relevante para o desenvolvimento infantil. Verificou-se que a intervenção preventiva por meio do Programa ACT melhorou este aspecto nas práticas parentais no presente estudo. Este achado assemelha-se a de estudos anteriores que também apresentaram melhoras nas avaliações da pós-intervenção (Pedro, 2016; Altafim et al., 2016), havendo ainda um estudo que encontrou melhoria nesta área na avaliação de *follow-up* (Porter & Howe, 2008).

A melhoria neste aspecto do monitoramento da mídia nas práticas parentais é muito positiva. A Academia Americana de Pediatria, a Sociedade Pediátrica Canadense e a Sociedade Brasileira de Pediatria, são algumas reconhecidas instituições que fazem alertas e recomendações sobre o uso de mídias eletrônicas na vida das crianças. Recomendam, por exemplo, que crianças menores de dois anos não tenham acesso a mídias eletrônicas, visto que este é um importante período para o desenvolvimento do cérebro, sendo de extrema importância a interação com pessoas para a ocorrência deste processo (American Academy of Pediatrics [AAP], 2011; Sociedade Brasileira de Pediatria [SBP], 2016, Canadian Paediatric Society [CPS], 2017). Recomenda-se ainda que a exposição a mídias eletrônicas seja de no máximo uma hora para crianças de dois a cinco anos, devendo-se ter especial atenção para crianças menores de seis anos, pelo fato de não conseguirem separar a fantasia da realidade (SBP, 2016; CPS, 2017).

Sabe-se que o excesso de exposição à midia eletrônica pode impactar negativamente na saúde e no desenvolvimento de crianças. O uso excessivo de mídia eletrônica está associado a obesidade, problemas de sono, comportamentos agressivos (AAP, 2011; Nunez-Smith, Wolf, Huang, Emanuel & Gross, 2008), atrasos na linguagem (Chonchaiya & Pruksananonda, 2008) e problemas de atenção (Zimmerman & Christakis, 2007), em crianças na fase pré-escolar e escolar.

No caso das crianças nascidas prematuras, este é um aspecto esssencial, visto que estudos mostram que estas são mais propensas a apresentarem problemas na área de atenção (Vieira & Linhares, 2011; de Kieviet, van Elburg, Lafeber & Oosterlaan, 2012; Treyvaud et. al., 2013; Linsell et. al., 2018), com impactos que podem perdurar até a vida adulta (Breeman, Jaekel, Baumann, Bartmann, & Wolke, 2016). Além disso, crianças nascidas pré-termo apresentam maior sensibilidade perceptual no temperamento na fase de 18-36 meses comparadas a crianças nascidas a termo (Klein & Linhares, 2010; Cassiano, 2015). Nesse sentido, a proteção contra execesso de estimulação que podem impactar negativamente no desenvolvimento e comportamento das criança nascidas pré-termo é um aspecto essencial nas práticas educativas, sendo importante trabalhar com os pais para que reduzam a quantidade do uso de mídias eletrônicas e monitorem os conteúdos a que as crianças estão tendo acesso, como é exatamente proposto no Programa ACT.

O Programa ACT tem uma sessão específica para trabalhar com as mães para abordar este tema e refletir sobre o impacto negativo do uso inadequado e abusivo no desenvolvimento da criança. O conteúdo desta sessão vai na direção das recomedações da Sociedade Pediátrica Canadense (CPS, 2017) de minimizar o uso de telas, monitorar os conteúdos, priorizando contéudos educacionais e apropriados para a idade, ajudar a criança a reconhecer conteúdos problemáticos, e ser um modelo positivo para criança (optar por alternativas saudáveis, como leitura e brincadeiras ao ar livre, desligar dispositivos durante o tempo em família e as telas quando não estiver em uso). Portanto, pode-se dizer que o Programa ACT protege as crianças prematuras dos possíveis prejuízos ocasionados pelas mídias eletrônicas, na medida em que promove a melhora das práticas educativas neste sentido.

Tendo em vista que a mãe tem um relevante papel no microssistema familiar da criança, as melhorias nas práticas educativas aqui apresentadas representam modificações importantes neste âmbito. Microssistema é um dos sistemas que compõe o chamado meio-ambiente-ecológico juntamente do mesossistema, exossistema e macrossistema, compondo o primeiro contexto dessa estrutura concêntrica (Bronfenbrenner, 1996). O microssistema diz

respeito ao ambiente no qual o organismo está inserido diretamente e onde se estabelecem as relações interpessoais, que são permeadas pelas características de disposição, recurso e demanda das pessoas envolvidas (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Dessa forma, nessas interações face-a-face, as modificações ocorridas no comportamento da mãe também podem modificar a criança em desenvolvimento.

Ao se considerar a mãe como alguém com importante papel no microssistema da criança, foram analisados neste estudo os aspectos do temperamento materno, considerando-se que este reúne traços disposicionais e tem alta relação com o comportamento. Pode-se dizer que as mães participantes apresentaram um padrão positivo do temperamento, na medida em que havia menos afeto negativo e mais controle com esforço, sensibilidade à orientação e extroversão.

O fator Afeto Negativo do temperamento, é caracterizado pela instabilidade do humor, reatividade e desregulação das emoções negativas (Shields & Cicchetti, 1997). O fator Controle com Esforço diz respeito à capacidade de se abster de um comportamento desejado ou dominante (Rothbart & Putnam, 2002), permitindo que tendências motivacionais e comportamentais sejam suprimidas e que o comportamento seja ajustado, a fim de alcançar um objetivo conflitante (Rothbart, Ellis, Rueda, & Posner, 2003). O fator Sensibilidade à Orientação relaciona-se ao processamento atencional automático e a sensibilidade à superestimulação (Evans & Rothbart, 2007). Por fim, o fator Extroversão refere-se à iniciação rápida de respostas, alto nível de atividade, preferência por estímulos de alta intensidade (exposição a riscos) e relativa inquietação em novas situações sociais (Rothbart, 2004), incluindo tendência para maior persuasão e diretividade (DeYoung, Quilty, & Peterson., 2007).

Mães com afeto negativo apresentaram uma tendência à baixa expressividade positiva, predizendo pior funcionamento psicossocial por parte das crianças. (Cumberland-Li, Eisenberg, Champion, Gershoff & Fabes, 2003). Ademais, um ambiente marcado por altos níveis de estresse e afeto negativo interfere na consolidação de habilidades fisiológicas, emocionais, atencionais e de autorregulação da criança (Feldman, 2009). Por outro lado, maior controle com esforço das mães mostrou relação com a quantidade de tempo gasto com o filho no exercício de cuidados diários, contribuindo para o aumento do controle com esforço nas crianças aos 18 meses, tendo impacto positivo no seu desenvolvimento (Bridgett et. al., 2009). A disposição emocional e a regulação por parte das mães têm influência na qualidade emocional das interações com as crianças, o que pode interferir nas competências emocionais e ajustamento dos filhos (Cumberland-Li et al., 2003). Neste sentido, as características de

menos afeto negativo e mais controle com esforço na amostra do nosso estudo são indicadores positivos para o desenvolvimento das crianças.

Além de apresentarem menos afeto negativo e mais controle com esforço, as mães da presente pesquisa também apresentaram em relação aos domínios, mais sociabilidade, afeto positivo, controle de atividade e sensibilidade perceptual neutra. Estes aspectos são componentes relevantes que contribuem para parentalidade e interação positiva entre as mães e crianças. Além disso, as mães tinham mais controle inibitório da reatividade e controle da atividade, o que mostra uma regulação voluntária modulando a reatividade emocional e comportamental. Esse é um aspecto de extrema importância, visto que mães que apresentam dificuldade de moderar um comportamento que não seja desejado afetam diretamente a regulação do comportamento e das emoções das crianças (Henderson & Wachs, 2007).

Para as mães que tinham esses traços disposicionais do temperamento, o Programa ACT pode ter feito um efeito sinérgico para melhorar as práticas educativas maternas, favorecendo o processo de autorregulação. A regulação emocional e comportamental apresentou associação com o temperamento materno para sensibilidade à orientação e associativa e controle de atividade. Comunicação materna apresentou associação com sensibilidade perceptual. Disciplina positiva apresentou associação com menor extroversão e maior sensibilidade perceptual neutra no temperamento materno. Uma hipótese explicativa é que níveis menores de extroversão podem ter relação com menor impulsividade, o que tem relação com o controle inibitório, fator importante para a disciplina positiva. No estudo de Atzaba-Poria, Deater-Deckard e Bell (2014), foi encontrado correlação entre práticas educativas negativas e traços de temperamento maternos, como menor controle com esforço e maior afeto negativo.

A combinação entre traços do temperamento materno e práticas educativas maternas são fatores que interagem entre si, refletindo-se no comportamento da criança (Amorim, 2016). Menor controle com esforço e baixo índice de práticas educativas positivas correlacionarem-se com mais problemas de comportamento da criança e maior afeto negativo apresentou correlação com práticas educativas negativas (Atzaba-Poria, Deater-Deckard & Bell, 2014). Problemas de comportamento em crianças entre 18 e 36 meses estava relacionado a características do temperamento da mãe, especialmente menor controle inibitório do fator controle com esforço do temperamento, combinando-se também com o temperamento da criança e tempo de internação na UTIN (Gracioli, 2013).

Dessa forma, a presença das características identificadas nas mães da presente amostra, podem favorecer a regulação emocional da mãe, o que por sua vez pode favorecer

outras práticas educativas, tais como a disciplina positiva e a comunicação. Todos esses componentes favorecem que a mãe atue como correguladora das crianças.

Optou-se no presente estudo por avaliar, além das práticas educativas e características do temperamento materno, os indicadores de dificuldades e capacidades das crianças, como uma medida indireta do efeito do Programa ACT. O comportamento da criança foi avaliado a partir da perspectiva de dois informantes, sendo um dos informantes a própria mãe que participou da intervenção, e o segundo informante, outro cuidador principal, que deveria ser um adulto que atuasse regularmente na educação e cuidados da criança, sendo a maioria (67%) o pai da criança. A interpretação de dados a partir de múltiplos informantes fornece os principais componentes para uma avaliação baseada em evidências (Dirks, De Los Reyes, Briggs-Gowan, Cella & Wakschlag, 2012), sendo importante obter informações de pessoas que compartilham relações próximas ou que tenham possibilidade de observar o comportamento da criança em uma quantidade significativa de tempo (Achenbach, 2006).

No início do presente estudo, na fase de pré-intervenção, havia um predomínio de comportamentos na faixa de normalidade, pela avaliação do SDQ, nas crianças nascidas pré-termo na fase pré-escolar, sendo 52% de crianças, na percepção materna, e 55%, na percepção de outro cuidador principal da criança. Verificou-se que, segundo a mãe, 41% das crianças tinham problemas de comportamento, sendo predominates 48% de problemas de conduta e 30% tanto de hiperatividade quanto de problemas de relacionamento com os colegas. De acordo com o outro cuidador, 30% das crianças tinham problemas de comportamento, destacando-se os problemas de conduta (52%). Os resultados assemelham-se ao de estudos realizados anteriormente com amostras de crianças nascidas prematuras. Crianças nascidas prematuras avaliadas aos cinco anos de idade pelo SDQ mostraram mais dificuldades nas subescalas hiperatividade, sintomas emocionais e problemas de relacionamento com colegas, com 22% no total de dificuldades (Delobel-Ayoub et. al., 2009). Em outro estudo, crianças nascidas pré-termo também avaliadas aos cindo anos de idade, pelos pais, professores ou ambos, tiveram porcentagem de 39% no total de dificuldades avaliado pelo SDQ (Potharst, Wassenaer, Houtzager, Hus, Las & Kok, 2011).

A hipótese do presente estudo, referente ao comportamento das crianças, foi confirmada no que se refere à percepção das mães e não na percepção do outro cuidador informante. Os achados do presente estudo demonstraram que, de acordo com a percepção das mães, houve uma diminuição nas queixas do total de dificuldades, sintomas emocionais, problemas de conduta e problemas de relacionamento com os colegas, além de melhora no comportamento pró-social, após a participação no Programa ACT. Houve, portanto, um

aumento da porcentagem de um padrão de comportamento dentro da faixa de normalidade, no que diz respeito ao total de dificuldades e sintomas emocionais. Em relação à hiperatividade, problemas de relacionamento com colegas e comportamento pró-social, a maioria das crianças teve estes comportamentos classificados dentro da normalidade na fase de pré-intervenção, o que se manteve após a intervenção.

Na percepção do outro cuidador não houve mudanças significativas entre os momentos pré- e pós-intervenção. Verifica-se que a maior parte das crianças teve o comportamento classificado como normal pelos outros cuidadores informantes, no momento pré-intervenção, no total de dificuldades, sintomas emocionais, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e comportamento pró-social, o que se manteve no momento pós-intervenção. Nesse sentido, pode não ter havido diferenças entre os momentos, pois na fase pré-intervenção o padrão de normalidade no comportamento já era elevado.

Uma hipótese explicativa para o índice de normalidade no comportamento das crianças na pré-intervenção pode ser a presença de alguns fatores de proteção observados na presente amostra. A maioria das crianças (60%) nasceu no HC-FMRP-USP e fizeram parte do seguimento longitudinal de prematuros em ambulatórios especializados no mesmo complexo hospitalar. O referido hospital é um hospital universitário público de referência nacional, que atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) de alta complexidade. Conta com uma UTIN bem equipada e com equipe interdisciplinar. Tem um Ambulatório de Patologia Pulmonar, que presta atendimento às crianças nascidas prematuras que desenvolveram broncodisplasia pulmonar, e de um ambulatório de Neonatologia, que presta atendimento às crianças nascidas prematuras com muito baixo peso em boa evolução. Em ambos os ambulatórios as crianças são acompanhadas desde a alta hospitalar até a idade de sete anos, por meio de consultas médicas e atendimentos interdisciplinares, nas áreas de Pediatria-Neonatologia, Terapia Ocupacional e Psicologia. O serviço de Psicologia Pediátrica realiza seguimento longitudinal do desenvolvimento e comportamento da criança para rastreamento de riscos e orientação aos cuidados necessários para o adequado desenvolvimento da criança.

Além disso, foram encontradas algumas características sociodemográficas na presente amostra que podem atuar como mecanismos de proteção ao desenvolvimento da criança. A maioria das mães encontrava-se em uma relação de união estável (80%), tinham nível superior completo ou estavam cursando alguma faculdade (50%). Ainda, possuíam (60%) renda mensal familiar entre R$ 1.000,00 e R$ 3.000,00, sendo que 30% da amostra tinham renda familiar acima de R$ 3.000,00. A ocupação e escolaridade materna (Klein, 2005), assim como renda familiar (Klein & Linhares, 2006), estão entre as características que podem

influenciar as interações mãe-criança. Sabe-se que as escolhas das práticas educativas, que caracterizam o estilo parental, podem ser influenciadas pela dinâmica intrafamiliar, no que se refere à relação afetiva entre os membros familiares, além de fatores extras familiares, como renda e aspectos socioeconômicos (Minetto et al., 2012).

A escolaridade materna pode se relacionar com melhores oportunidades de emprego, além de influenciar nas crenças e no conhecimento sobre desenvolvimento infantil (Silva, Vieira, de Moura & Ribas, 2005). Além disso, pais com mais recursos econômicos aumentam seus investimentos no desenvolvimento de seus filhos, promovendo uma ampla gama de competências acadêmicas e sociais (Bradley & Corwyn, 2002). Por outro lado, dificuldades financeiras na família influenciam em problemas nas relações entre os pais e na adoção de práticas educativas difíceis, como não envolvimento ou inconsistência (Conger, Wallace, Sun, Simons, McLoyd & Brody, 2002).

As divergências entre mães e outros cuidadores informantes sobre a percepção dos comportamentos das crianças, vão na mesma direção de estudos prévios com o Programa ACT. No estudo de Altafim, Pedro e Linhares (2016) que avaliou a efetividade do Programa ACT, avaliando as práticas educativas maternas e o comportamento de crianças de três a oito anos de idade, a partir de informações fornecidas pelas mães e por outro cuidador principal informante, as mães relataram mais mudanças no comportamento da criança do que os outros cuidadores informantes, apesar de algumas percepções serem semlhantes. Ambos relataram uma diminuição significativa nos problemas de comportamento no que se refere ao total das dificuldades e nas escalas de sintomas emocionais e problemas de relacionamento entre pares. No entanto, as mães também relataram uma diminuição significativa nas pontuações para problemas de conduta e hiperatividade e melhorias nas capacidades comportamentais da criança em relação ao comportamento pró-social, o que não foi relatado pelos outros cuidadores. Apesar disso, na avaliação pré-intervenção, os outros cuidadores reportaram que a maioria das crianças já tinha um comportamento classificado como não-clínico nas dificuldades totais e nas escalas de sintomas emocionais, hiperatividade, problemas de relacionamento entre pares e comportamento pró-social (Altafim et al., 2016).

No estudo que avaliou a efetividade do Programa ACT com amostra de mães e crianças de diferentes níveis socioeconômicos de escolas públicas e particulares, foi reportado pelas mães redução dos problemas de conduta e aumento de comportamento pró-social em comparação ao momento pré-intervenção independentemente do nível socioeconômico das famílias e do tipo de escola que a criança estudava, se pública ou particular (Pedro et al., 2016). Além disso, neste estudo, houve redução de sintomas emocionais nas crianças dos

grupos B-Pública e B-Particular e redução de problemas de relacionamento com colegas nas crianças do grupo B-Particular, segundo percepção materna. Na percepção dos cuidadores, por sua vez, houve redução dos problemas de conduta nas crianças do grupo C-Pública e redução de problemas de relacionamento com colegas nas crianças do grupo B-Pública.

De acordo com a literatura, é relevante a participação de vários informantes sobre os problemas de comportamento infantil (Kraemer et al., 2003). Diferentes informantes podem fornecer caracterizações válidas referentes ao comportamento da criança, mas um pouco diferentes, pois eles podem ter oportunidades diferentes para observar o comportamento das crianças, em diferentes contextos (Cummings, Davies e Campbell, 2002). Essas discrepâncias não podem ser consideradas como uma perspectiva única, no sentido de um julgamento de qual parte está correta, mas no sentido de serem integradas para melhor compreensão do comportamento da criança, possibilitando que diferentes aspectos do fenômeno sejam compreendidos (McConaughy, 2005; Kerr, Lunkenheimer, & Olson, 2007). Assim, a variabilidade nas avaliações dos informantes pode ser uma oportunidade para aprender sobre a adaptação das crianças em diversos cenários, não devendo ser vista como um problema (Dirks et al., 2012).

Neste sentido, uma hipótese explicativa seria de que as mães, que foram expostas à intervenção ACT, aumentaram a capacidade de observação e aprenderam a discriminar aqueles comportamentos típicos da idade e fase desenvolvimental. Portanto, na fase pós-intervenção podem ter tido maior clareza do que é esperado em cada idade das crianças, além de relativizar o "mau comportamento" ao aprender a avaliar o contexto e seu próprio comportamento. Após a participação no programa ACT as mães podem ter mais conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e, consequentemente, pode influenciar sua percepção sobre o comportamento da criança (Altafim et al., 2016). Nesse sentido, é importante ter múltiplos informantes como um recurso para garantir maior compreensão sobre as mudanças nos comportamentos das crianças.

Ao longo das sessões do Programa ACT trabalha-se no sentido de entender em qual circunstância o comportamento inadequado da criança ocorreu, sendo estimulado que este seja avaliado da perspectiva desenvolvimental. Assim, ao terem conhecimento sobre os elementos básicos do desenvolvimento infantil, as mães podem compreender o que uma criança consegue fazer e entender de acordo com seu estágio de desenvolvimento, adequando suas expectativas com relação aos comportamentos esperados e como respondê-los adequadamente (Pedro, 2016). As mães também passavam a entender a diferença entre disciplinar e punir e a compreender quais estratégias de disciplina são mais adequadas para

cada idade e cada situação, o que pode implicar que a criança mude seu comportamento. Ao tomarem conhecimento sobre esses diferentes aspectos, as mães compreendem que algumas medidas antes naturalizadas por elas, como o gritar e dar palmadas, também têm consequências, passando a se observar mais e podendo optar por práticas educativas mais adequadas. Os conhecimentos adquiridos podem ter levado as mães a terem mais segurança na escolha das práticas educativas a serem adotadas.

Alguns fatores podem influenciar a compreensão sobre o comportamento da criança. A forma como os pais descrevem o comportamento da criança pode sofrer influência da noção do que é considerado ideal dentro do contexto em que estão inseridos. Além disso, pais com pouco contato com outras crianças possuem menor referência para averiguar e julgar os comportamentos dos filhos (Kagan, Snidman, McManis, Woodward & Hardway, 2002), o que pode sugerir algumas hipóteses explicativas sobre os informantes do presente estudo. Os outros cuidadores informantes, diferentemente das mães, não foram submetidos à intervenção ACT e, portanto, não foram expostos a informações e reflexões a respeito do desenvolvimento da criança, além de não tomarem conhecimento sobre quais as estratégias de disciplina mais indicadas para cada idade e situação. Dessa forma, sua compreensão pode ser baseada no conhecimento pertencente ao conhecimento popular do senso comum, conhecimento possivelmente mais prevalente também nas mães no momento pré-intervenção. Assim, as mães e os outros cuidadores informantes poderiam ter percepções semelhantes no momento pré-intervenção, no entanto, no momento pós-intervenção, as mães parecem ter tido um salto na aquisição do conhecimento científico, enquanto que os outros cuidadores mantiveram uma percepção semelhante ao momento pré-intervenção.

Essa diferença na aquisição de conhecimentos por parte das mães, em comparação aos outros cuidadores informantes, também influencia as práticas educativas adotadas, o que interfere, por sua vez, em como a criança vai responder a cada um dos cuidadores, podendo ter diferenças entre eles. Programas parentais podem contribuir para modificar positivamente a visão e a rotina dos pais, podendo influenciar o comportamento da criança e consequentemente o contexto familiar (Pedro et al., 2016). Estes programas, além de prevenir violência ou maus tratos, também incentivam relacionamentos saudáveis, melhoram estratégias parentais e diminuem problemas de comportamento nas crianças (Altafim & Linhares, 2015).

Outro aspecto a ser considerado é o tempo que cada responsável passava com a criança. Geralmente as mães se destacam como informantes privilegiadas do comportamento da criança, por serem o principal cuidador e por passarem mais tempo com os filhos do que o

pai, apesar de ambos ocuparem posição privilegiada no que tange ao fornecimento de informações (McElroy & Rodriguez, 2008). A maioria das mães (63%) passava de dois a três períodos com as crianças, enquanto que a maior parte dos outros cuidadores informantes passava um período com a criança (53%). Dessa forma, além de não terem tido acesso aos conhecimentos oferecidos no Programa ACT, os outros cuidadores informantes podem ter tido menos oportunidades para observar mudanças mais significativas.

No presente estudo, foi também objeto de análise os dados qualitativos sobre as expectativas maternas em relação ao futuro dos filhos, coletados na atividade *Caixa dos Sonhos* do Programa ACT. Conhecer as concepções, sentimentos e expectativas maternas em relação ao bebê nascido pré-termo em conjunto com medidas psicométricas do estado emocional materno, mostrou ser uma importante ferramenta para dimensionar os recursos psicológicos das mães de bebês nascidos prematuros e hospitalizados (Pinto et al., 2009). Dessa forma, mesmo considerando que a amostra seja focalizada em crianças na idade pré-escolar, torna-se relevante conhecer quais as expectativas futuras que as mães das crianças nascidas pré-termo têm para seus filhos, visto que estes aspectos podem estar relacionados à forma como as mães agem e o que elas valorizam e estimulam no desenvolvimento das crianças.

As mães do presente estudo mostraram que, predominantemente, tem expectativas quanto ao futuro dos filhos voltadas para desenvolver valores humanos, desenvolver qualidades pessoais, obter felicidade, realizar sonhos, obter sucesso no futuro profissional, garantir relacionamento familiar positivo, conseguir estudar, desenvolver-se cognitivamente, ter saúde e manter relações afetivas. Nota-se que os temas demonstram uma preocupação das mães com relação ao desenvolvimento global das crianças, considerando os aspectos afetivos, emocionais, sociais e físicos. Nesse sentido, essas expectativas podem favorecer maior engajamento das mães na educação dos filhos, incluindo sua disposição para participar de um programa de intervenção com a finalidade de melhorar suas práticas educativas e conhecer melhor sobre o desenvolvimento da criança. As expectativas com conotação positiva podem revelar um lado otimista das mães, o que pode ser um recurso facilitador para o enfrentamento das adversidades decorrentes da prematuridade. A maior frequência de expectativas positivas sugere a presença de recursos emocionais maternos que podem atuar como mecanismos de proteção para o desenvolvimento da criança (Pinto et al., 2009).

Esses achados se assemelham a análise de relatos da caixa dos sonhos realizada por Sartori, Altafim e Linhares (2017) em amostra de mães submetidas ao Programa ACT, no qual prevaleceram os temas desenvolvimento de qualidades do desenvolvimento pessoal,

futuro profissional, valores humanos e felicidade. Isso indica que, apesar das mães de crianças nascidas pré-termo terem vivências muito particulares em relação ao nascimento e desenvolvimento do filho, as expectativas em relação ao futuro não se distanciam das expectativas de mães sem risco identificado.

Um dos objetivos da realização da atividade da *Caixa dos Sonhos* no Programa ACT é motivar as participantes para mudarem seus comportamentos (Sartori et al., 2017). Assim, a identificação das expectativas maternas quanto ao futuro dos filhos também se configurou como um referencial motivacional para o engajamento no programa, já que, ao final de cada sessão, a mãe registrava em uma folha de papel alguma ferramenta que havia aprendido no dia, que a ajudaria a viabilizar seus sonhos. Dessa forma, conhecer sobre as expectativas futuras das mães em relação aos filhos, pode ser relevante em trabalhos de intervenção com esse público, na medida em que estas informações podem auxiliar o facilitador de programas voltados para práticas parentais na compreensão da motivação da mãe e aproximação dos conteúdos do programa a partir de suas expectativas.

Outro aspecto relevante sobre os relatos maternos foram os conteúdos relacionados ao nascimento prematuro que emergiram ao longo do programa. Apesar de o Programa ACT não ter como foco as condições e riscos do nascimento prematuro, ao longo das sessões, na medida em que eram trabalhados temas relacionados ao desenvolvimento da criança e práticas educativas, era suscitado nas mães lembranças sobre a vivência e experiência com o nascimento prematuro. Verifica-se que os relatos relacionados à vivência do nascimento de um filho prematuro apareceram nas primeiras sessões do Programa ACT, prevalecendo até a sexta sessão do programa. Alguns temas apareceram de forma recorrente, permitindo que essas questões fossem abordadas pela facilitadora do programa, a saber: adaptação e cuidados com o bebê prematuro; hábitos do bebê; preocupação com o desenvolvimento da criança (físico, comportamental e emocional); superproteção das mães e de familiares, que dificultam o estabelecimento de limites; internação das crianças; iminência de morte na UTIN; dificuldade na participação nos cuidados iniciais da criança.

A partir das questões levantadas, foi possível refletir sobre algumas temáticas importantes. Discutiu-se, por exemplo, sobre qual efeito a superproteção pode ter no desenvolvimento da criança, os prejuízos de uma prática educativa permissiva e qual estilo parental pode ser mais adequado para uma boa vinculação entre pais-filhos, podendo impactar de maneira positiva a criança. Ademais, foi possível refletir com as mães sobre como os fatores de risco e os mecanismos de proteção podem interagir entre si, explicando-se que, diferentes fatores de risco, quando associados, podem ter um efeito negativo em cascata no

desenvolvimento da criança, podendo ser, no entanto, moderados pelos mecanismos de proteção. Assim, enfatizou-se a importância de se adotar práticas educativas positivas, para atuarem como um fator de proteção ao desenvolvimento. Os conteúdos apresentados ao longo da intervenção ACT constituem-se como uma importante oportunidade de se trabalhar temas que possam ser relevantes para a compreensão das mães sobre o desenvolvimento da criança nascida pré-termo, mostrando o grande valor que essa intervenção pode ter para essa população.

Esses achados mostram a validade do Programa ACT em atender diferentes amostras, e a viabilidade de se trabalhar com populações com risco identificado, como no caso das mães de crianças nascidas prematuras. Cabe ressaltar que, para um melhor aproveitamento do programa, é importante que a pessoa a conduzir os grupos tenha capacitação e domine as temáticas abordadas, para que seja possível fazer a articulação e integração dos conteúdos, seguindo o planejamento e orientações do programa, sem que o seu formato seja alterado e se mantenha a fidelidade.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alguns pontos fortes podem ser destacados no presente estudo. Primeiramente, deve-se ressaltar que, até onde se sabe, a partir do que pôde ser observado em revisão da literatura, este foi o primeiro estudo dedicado a examinar a efetividade do Programa ACT em amostra de mães de crianças nascidas pré-termo. Outro diferencial foi a intervenção com mães com crianças na faixa etária de um a sete anos. A maioria das intervenções com pais de crianças nascidas pré-termo concentram-se na fase neonatal ou nos anos inicias da criança, havendo poucas intervenções na fase pré-escolar. Além disso, uma intervenção que trabalhou anteriormente com população semelhante ao presente estudo, não foi considerada eficaz para modificar aspectos das práticas educativas dos pais, nem para reduzir problemas emocionais e comportamentais da criança. Apesar de se tratar de amostras diferentes com influências do contexto sócio-cultural, pode-se dizer que o Programa ACT apresenta-se como uma efetiva e relevante opção para se trabalhar com mães de crianças pré-termo na primeira infância, visto que bons resultados foram encontrados tanto em relação ao desenvolvimento de práticas educativas mais adequadas, quanto em relação a redução de problemas de comportamento das crianças, de acordo com a percepção das mães.

Em segundo lugar, a partir dos relatos maternos sobre prematuridade ocorridos ao longo das sessões de intervenção também foi possível observar que o Programa ACT foi adequado para se trabalhar com essa população de mães de prematuros, favorecendo o trabalho de relevantes temas para que as mães compreendessem sobre o desenvolvimento da criança nascida pré-termo e a importância de sua participação como fatores de proteção e correguladoras das crianças. Esses achados mostram a validade do Programa ACT e a viabilidade de se trabalhar com populações de mães de crianças nascidas prematuras.

Em terceiro lugar, outro aspecto positivo do presente estudo foi utilizar dois instrumentos diferentes sobre práticas parentais, sendo possível ter informações complementares sobre aspectos das práticas educativas maternas. Além disso, a avaliação do temperamento materno forneceu informações importantes para compreender que algumas características disposicionais das mães da amostra, podem se relacionar com as práticas educativas adotadas, o que pode interferir no processo de regulação e nos comportamentos das crianças.

Apesar dos pontos fortes e avanços do presente estudo, algumas limitações devem ser identificadas. As medidas sobre as práticas educativas maternas e comportamento da criança foram a partir do autorrelato e não uma medida direta do comportamento. Nesse sentido, se

avalia a autopercepção sobre seu próprio comportamento. Além disso, o outro cuidador informante, respondeu aos instrumentos na ausência da pesquisadora, não sendo possível avaliar como o preenchimento das respostas se deu, ainda que tenham sido dadas as orientações de preenchimento. A perda amostral também foi uma importante limitação do estudo. Em decorrência da dificuldade de composição da amostra, as mães participantes apresentaram ampla característica sóciodemográfica, especialmente por serem mães de crianças usuárias do HC-FMRP-USP, hospital vinculado ao SUS, e mães de crianças procedentes da comunidade, com crianças nascidas em diferentes hospitais e com diferentes seguimentos. Além disso, houve uma ampla variação na faixa etária das crianças estudadas.

Estudos futuros podem levantar novas questões sobre o tema. Seria importante a realização de estudos que incluíssem medidas de observação da interação mãe-criança para complementar os relatos com a observação direta do comportamento. Além disso, seria relevante que o programa ACT fosse avaliado em populações de pais de prematuros e mesmo em outras regiões do Brasil. A análise de indicadores da saúde mental materna pode contribuir para a compreensão dos fatores relacionados às práticas educativas parentais.

Em suma, o Programa ACT é uma intervenção em práticas educativas parentais para prevenção universal de violência e maus-tratos (APA, 2016). Diversos estudos em outros países (Knox et al., 2010; Portwood et al., 2011; Knox et al., 2013; Knox & Burkhart, 2014) e no Brasil (Altafim et al., 2016; Pedro et al., 2016) mostram a sua efetividade e eficácia para melhorar práticas educativas e reduzir problemas de comportamento das crianças em populações sem risco identificado. Assim, ao se mostrar efetivo também para amostras de mães de crianças nascidas pré-termo, o Programa ACT pode ser aplicado em larga escala por meio de políticas públicas, em contextos de saúde, tais como hospitais e ambulatórios de seguimento de crianças nascidas pré-termo, cabendo ressaltar que se trata de uma intervenção rápida (dois meses) e com baixo custo.

Programas de intervenção para mães de crianças prematuras podem otimizar as trajetórias de desenvolvimento (Maupin & Goldenring, 2014), favorecendo a neutralização do impacto negativo dos riscos do nascimento pré-termo que podem desencadear problemas no desenvolvimento (Linhares et al., 2012). Assim, melhorar as práticas educativas de mães de crianças nascidas pré-termo é uma medida de promoção de saúde e prevenção de problemas no desenvolvimento da criança.

VI. CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos no presente estudo, conclui-se que o Programa ACT – Para Educar Crianças em Ambientes Seguros foi efetivo para modificar, aprimorar ou desenvolver práticas educativas positivas nas mães de crianças nascidas pré-termo, e para reduzir problemas de comportamento das crianças em idade pré-escolar, de acordo com a percepção da mãe. Com isso, evidencia-se a importância de programas de práticas educativas para pais e cuidadores de crianças nascidas pré-termo, o que pode ajuda-los a atuarem como correguladores do comportamento das crianças, contribuindo no processo de autorregulação da criança, e auxiliando assim a prevenir problemas de comportamento nas crianças.

REFERÊNCIAS

Achenbach, T. M. (2006). As others see us: Clinical and research implications of cross-informant correlations for psychopathology. Current Directions in Psychological Science, 15, 94 –98. http://dx.doi.org/10.1111/ j.0963-7214.2006.00414.x

Als, H., Duffy, F.H., McAnulty, G.B., Rivkin, M.J., Rivkin, S., Mulkern, R.V., Warfield, S.K., Huppi, P.S., Butler, S.C., Conneman, N., Fischer, C., & Eichenwald, E.C. (2004). Early Experience Alters Brain Function and Structure. In: *Pediatrics*, *113* (4), 846-857.

Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2016). Universal violence and child maltreatment prevention programs for parents: A systematic review. *Psychosocial Intervention, 25*(1), 27-38. doi:10.1016/j.psi.2015.10.003

Altafim, E. R. P., McCoy, D. C., & Linhares, M. B. M. (2018). *Relationships between parenting practices, socioeconomic status, and child behavior in Brazil*. *Children and Youth Services Review,* 89, 93-102. doi: https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.04.025

Altafim, E. R. P., Pedro, M. E. A., & Linhares, M. B. M. (2016). Effectiveness of ACT Raising Safe Kids Parenting Program in a developing country. *Children and Youth Services Review, 70*, 315-323. doi:10.1016/j.childyouth.2016.09.038

Altafim, E.R.P. (2017). *Avaliação da eficácia de um programa de intervenção preventiva em práticas educativas parentais* (Tese de Doutorado não publicada). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

American Academy of Pediatrics (2011). Media Use by Children Younger Than 2 Years. Principles to Guide and Define the Child Health Care System and/or Improve the Health of all Children. doi:10.1542/peds.2011-1753

American Psychological Association. (2016). *Applying Psychological Science, Benefiting Society: Public Interest 2012 Annual Report*.

Amorim, J.S.S. (2016). *Temperamento Materno, Práticas Educativas e Problemas de Adaptação em crianças dos 3 aos 5 anos* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Arpi, E. & Ferrari, F. (2013) Preterm birth and behaviour problems in infants and preschoolage children: a review of the recent literature. *Developmental medicine & child neurology.* 55 (9), 788-96. doi: 10.1111/dmcn.12142.

Assel, M. A., Landry, S. H., Swank, P. R., Steelman, L., Miller-loncar, C., & Smith, K. E. (2002). How do mothers' childrearing histories, stress and parenting affect children's behavioral outcomes? In: *Child: Care, Health and Development*, Oxford, *28* (5), 359- 368.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). (2014). *Critério de Classificação Econômica Brasil.* Recuperado em file:///C:/Users/USER/Downloads/01_cceb_2015.pdf.

Atzaba-Poria, N., Deater-Deckard, K., & Bell, M. A. (2014). It takes more than one for parenting: How do maternal temperament and child's problem behaviors relate to maternal parenting behavior? *Personality and Individual Differences, 69,*81-86. http://dx.doi.org/ 10.1016/j.paid.2014.05.002

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. England Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Barros, L., Goes, A. R., & Pereira, A. I. (2015). Parental self-regulation, emotional regulation and temperament: Implications for intervention. *Estudos de Psicologia (Campinas), 32*(2), 295-306. doi:10.1590/0103-166x2015000200013

Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2007). SelfRegulation, ego depletion, and motivation. Social and Personality Psychology Compass, 1(1), 115-128.

Biasoli-Alves, Z.M.M. (1998). A Pesquisa em Psicologia - Análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: Romanelli, G. & Biasoli-Alves, Z.M.M. *Diálogos Metodológicos sobre prática de pesquisa*. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998, 135- 157.

Bolsoni-Silva, A. T., Salina-Brandão, A., Versuti-Stoque, F. M., & Rosin-Pinola, A. R. (2008). Avaliação de um programa de intervenção de habilidades sociais educativas parentais: um estudo-piloto. *Psicologia: Ciência e Profissão, 28,* 18-33. doi: http://dx.doi. org/10.1590/S1414-98932008000100003.

Borghini, A., Habersaata, S., Forcada-Guex, M., Nessia, J., Pierrehumberta, B., Ansermetc, F., & Müller-Nixa, C. (2014) Effects of an early intervention on maternal post-traumatic stress symptoms and the quality of mother–infant interaction: The case of preterm birth. *Infant Behavior & Development*. 37, 624–631. doi: 10.1016/j.infbeh.2014.08.003

Bradley, R.H., & Corwyn, R.F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annu. Rev. Psychol.* 53, 371–99. Doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135233

Breeman, L.D.; Jaekel, J.; Baumann, N.; Bartmann, P; & Wolke, D. (2016). Attention Problems in very preterm children from childhood to adulthood: the Bavarian longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 57(2), 132–140. doi:10.1111/jcpp. 12456

Bridgett, D.J., Gartsteinb, M.A., Putnamc, S.P., McKay, T., Iddins, E., Robertsond, C., Ramsay, K. & Rittmueller, A. Maternal and contextual influences and the effect of temperament development during infancy on parenting in toddlerhood. *Development, 32*(1), 103-116. http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.10.007

Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. Em Damon, W. & Lerner, R. M. (Eds.). *Handbook of child psychology*, Vol. 1: Theoretical models of human development (993-1028). New York: John Wiley.

Bronfenbrenner, U. (1993). The ecology of cognitive development: Research models and fugitive findings. Em Wozniak, R. & Fischer, K. (Eds.), *Development in context: Acting and thinking in specific environments* (pp. 3-44). Hillsdale-NJ: Erlbaum.

Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Original published in 1979).

Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development.* California: Sage Publications.

Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W.Damon & R. M.Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development* (5th ed., pp. 993–1023). New York: Wiley.

Brooks, J. (2013). Parenting is a process. In: Brooks, J. *The process of parenting*. (9 ed., Chap. 1, pp. 2-32). New York: Mayfield Publishing Company.

California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. (2015). *ACT raising safe kids*. Retrieved from http://www.cebc4cw.org/program/act-raising-safe-kids/

Camargo, A. P. L. (2016). *Programa ACT de prevenção à violência: Implementação e evidências de efetividade em amostra carcerária feminina do Estado do Paraná* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, PR.

Canadian Paediatric Society. (2017). Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world. *Paediatrics & Child Health*, 461–468. doi: 10.1093/pch/pxx123

Carrère, S., & Bowie, S. H. (2011). Like parent, like child: Parent and child emotion dysregulation. *Archives of Psychiatric Nursing, 26*(3), 23-30. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2011.12.008

Carvalho, A. E., Linhares, M. B. M., Padovani, F. H., & Martinez, F. E. (2009). Anxiety and depression in mothers of preterm infants and psychological intervention during hospitalization in Neonatal ICU. Spanish Journal of Psychology, 12(1) 161-170. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19476229

Cassiano, R. G. M., & Linhares, M. B. M. (2015). Temperamento, prematuridade e comportamento interativo mãe-criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *28*(2), 416-424. http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201528222

Cassiano, R.G.M., Gaspardo, C.M., & Linhares, M.B.M. (2016). Prematurity, neonatal health status, and later child behavioral/emotional problems: a systematic review. *Infant mental health journal*, 37(3), 274–288. doi: 10.1002/imhj.21563

Castel, S., Creveuil, C., Beunard, A., Blaizot, X., Proia, N. & Guillois, B. (2016). Effects of an intervention program on maternal and paternal parenting stress after preterm birth: A randomized trial. *Early Human Development.* 103, 17–25. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2016.05.007.

CBN (2017). Estudo revela que prematuros tem mais dificuldade de concentração. Recuperado em 18 de maio de 2017: http://www.cbnribeirao.com.br/multimidia/podcasts/SOM,0,1,16051,Estudo+revela+que+prematuros+t%C3%AAm+mais+dificuldade+de+concentra%C3%A7%C3%A3o.aspx?utm_source=whatsapp&utm_medium=link_whatsapp&utm_campaign=compartilha_noticias_id_undefined

Cho, Y., Hirose, T., Tomita, N., Shirakawa, S., Murase, K., Komoto, K., Nagayoshi, M. & Okamitsu, M. (2013). Infant mental health intervention for preterm infants in Japan: promotions of maternal mental health, mother–infant interactions, and social support by providing continuous home visits until the corrected infant age of 12 months. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 34(1), 47–59. https://doi.org/10.1002/imhj.21352

Chonchaiya, W., & Pruksananonda, C. (2008). Television viewing associates with delayed language development. *Acta Paediatr*. 97(7), 977–982. doi: 10.1111/j.1651-2227.2008.00831.x.

Cia, F., Williams, L. C. A., & Aiello, A. L. R. (2005). Intervenção focada na família: um estudo de caso com mãe adolescente e criança de risco. *Revista Brasileira de Educação Especial, 11*, 49-65.

Conger, R.D., Wallace, L.E., Sun. Y., Simons, R.L., McLoyd, V.C., & Brody, G.H. (2002). Economic pressure in African American families: a replication and extension of the family stress model. *Dev Psychol.* 38(2), 179-93.

Cumberland-Li, A., Eisenberg, N., Champion, C., Gershoff, E., & Fabes, R. A. (2003). The relation of parental emotionality and related dispositional traits to parental expression of emotion and children's social functioning. *Motivation and Emotion*, *27*(1), 27-56. doi: 10.1023/A:1023674308969

Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2002). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications*. New York, NY: Guilford.

Cynkar, A. (2007). Positive Parenting. *Monitor of Psychology. 38*(8), 34.

de Kieviet, J.F., van Elburg, R.M., Lafeber, H.N., & Oosterlaan, J. (2012). Attention problems of very preterm children compared with age-matched term controls at school-age. J Pediatr. 161(5), 824-9. doi: 10.1016/j.jpeds.2012.05.010.

Delobel-Ayoub, M., Kaminski, M., Marret, S., Burguet, A., Marchand, L., Guyen, S.N., Matis, J., Thiriez, G., Fresson, J., Arnaud, C., Poher, M., & Larroque, B. (2006). Behavioral Outcome at 3 Years of Age in Very Preterm Infants: The EPIPAGE Study. *Pediatrics*, *117* (6), 1996-2005. doi: 10.1542/peds.2005-2310

Delobel-Ayoub, M., Arnaud, C., White-Koning, M., Casper, C., Pierrat, V., Garel, M., Burguet, A., Roze, J.C., Matis, J., Picaud, J.C., Kaminski, M., & Larroque, B. (2009). Behavioral problems and cognitive performance at 5 years of age after very preterm birth: the EPIPAGE Study. *Pediatrics,* 123, 1485–92. doi: 10.1542/peds.2008-1216.

Department of Psychology, University of Warwick, Coventry, UDeYoung, C. G., Quilty, L. C., & Peterson, J. B. (2007). Between facets and domains: 10 aspects of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 880-896. Doi:10.1037/0022-3514.93.5.880

Dirks, M.A., De Los Reyes, A., Briggs-Gowan, M.J., Cella, D., Wakschlag, L.S (2012) Embracing not erasing contextual variability in children's behavior: theory and utility in the selection and use of measures and informants in the assessment of developmental psychopathology. *J. Child Psychol. Psychiatry,* 53, 558–74. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02537.x

Else-Quest, N. M., Hyde, J. S., Goldsmith, H. H., & Van Hulle, C. A. (2006). Gender differences in temperament: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 132*(1), 33-72.

Evans, D.E.; & Rothbart, M, K. (2007). Developing a model for adult temperament . *Journal of Research in Personality*,*41*, 868–888. doi: https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.11.002

Evans, G.W., & Wachs, T.D. (2010) *Chaos and its influence on children's development – An ecological perspective.* Washington: American Psychological Association.

Evans, T., Boyd, R.N., Colditz, P., Sanders, M., & Whittingham, K. (2017). Mother-Very Preterm Infant Relationship Quality: RCT of Baby Triple P. *J Child Fam Stud*. 26, 284–295.doi 10.1007/s10826-016-0555-x

Evans, T., Whittingham, K., Sanders, M., Colditz, P., Boyd, R.N.(2014). Are parenting interventions effective in improving the relationship between mothers and their preterm infants? *Infant Behavior Development*. 2014 May;37(2):131-54. doi: 10.1016/j.infbeh. 2013.12.009.

Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing, physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(3), 329-354. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01701.x

Feldman, R. (2009). The development of regulatory functions from birth to 5 years: Insights from premature infants. *Child Development, 80*(2), 544-61. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01278.x.

Feng, X., Shaw, D. S., Kovacs, M., Lane, T., O'Rourke, F. E., & Alarcon, J. H. (2008). Emotion regulation in preschoolers: The roles of behavioral inhibition, maternal affective behavior, and maternal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(2), 132-141. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01828.x.

Ferrari, A. J., Whittingham, K., Boyd, R., Sanders, M., & Colditz, P. (2011). Prem Baby Triple P a new parenting intervention for parents of infants born very preterm: Acceptability and barriers. *Infant Behavior and Development*, 34(4), 602–609. doi: 10.1016/j.infbeh.2011.06.004

Fleitlich, B. W., Cortázar, P. G., & Goodman, R. (2000). Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). *Infanto: Revista de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência, 8,* 44-50.

Flierman, M., Koldewijn, K., Meijssen, D., Wassenaer-Leemhuis, A., Aarnoudse-Moens, C., Schie, P., & Jeukens-Visser, M. (2016). Feasibility of a Preventive Parenting Intervention for Very Preterm Children at 18 Months Corrected Age: A Randomized Pilot Trial. *The journal of pediatrics.* 176, 79-85. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.05.071

Forcada-Guex, M., Borghini, A, Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother–infant relationship. *Early Human Development, 87*, 21–26. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2010. 09.006.

Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C. (2006). Early Dyadic Patterns of Mother–Infant Interactions and Outcomes of Prematurity at 18 Months a Division of Neonatology. *Pediatrics,* 118(1), 107-14. doi: 10.1542/peds. 2005-1145

Fortson, B. L., Klevens, J., Merrick, M. T., Gilbert, L. K., & Alexander, S. P. (2016). *Preventing child abuse and neglect: A technical package for policy, norm, and programmatic activities*. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from http://www.cdc.gov/ violenceprevention/pdf/can-prevention-technical-package.pdf

Gatta, M., Misciosci,a M., Svanellini, L., Brianda, M.E., Guerra, G., Battistella, P.A., & Simonelli, A. (2017). Triadic interactions in families with preterm children: a comparative study with children born at term. *Neuropsychiatric Disease and Treatment,* 13, 2375–2388. doi: https://doi.org/10.2147/NDT.S129225

Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de Estilos Parentais – IEP: Modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal Child Psychology and Psychiatry, 35*, 581-586.

Gorzilio, D.M., Garrido, E., Gaspardo, C.M., Martinez, F.E., Linhares, M.B. (2015). Neurobehavioral development prior to term-age of preterm infants and acute stressful events during neonatal hospitalization. *Early Human Developmen,*91(12):769-75. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2015.09.003.

Gracioli, S. M. A. (2013). *Temperamento e comportamento de crianças nascidas pré-termo extremo e moderado na fase de 18 a 36 meses* (Dissertação de mestrado) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Guttman, L. M., Sameroff, A. J., & Cole, R. (2003). Academic growth curve trajectories from 1st grade to 12th grade: Effects of multiple social risk factors and preschool child factors. *Developmental Psychology*, *39*(4), 777-790.

Guttman, M., Mowder, B. A., & Yasik, A. E. (2006). The ACT Against Violence Training Program: A preliminary investigation of knowledge gained by early childhood professionals. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*(6), 717-723. doi:10.1037/0735-7028.37.6.717

Hardcastle, K. A., Bellis, M. A., Hughes, K., & Sethi, D. (2015). *Implementing child maltreatment prevention programmes: What the experts say.* Copenhagen, Denmark: World Health Organization. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/289602/Maltreatment_web.pdf?ua=1

Henderson, H. A., & Wachs, T. D. (2007). Temperament theory and the study of cognition-emotion interactions across development. *Developmental Review*, *27*(3), 396-427. doi: 10.1016/j.dr.2007.06.004

Hibbard, R., Barlow, J., & MacMillan, H. (2012). The Committee on child abuse & neglect & American Academy of Child & Adolescent Psychiatry Child maltreatment & Violence Committee Psychological Abuse. *Pediatrics.* 130(172) doi: 10.1542/peds.2012-1552.

Hoffenkamp, H.N., Tooten, A., Hall, R.A., Braeken, J., Eliëns, M.P., Vingerhoets, A.J., van Bakel, H.J. (2015). Effectiveness of hospital-based video interaction guidance on parental interactive behavior, bonding, and stress after preterm birth: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2):416-29. doi: 10.1037/a0038401.

Howe. T.R., Knox, M., Altafim, E.R.P, Linhares, M.B.M., Nishizawa, N., Juhsin Fu, T., Camargo, A.P.L., Reyes, G.I., Ormeno, Marques, T., Barrios, L. & Pereira, A.I. (2017). International child abuse prevention: insights from ACT Raising Safe Kids. *Child and Adolescent Mental Health*, 22 (4), 194–200. doi: https://doi.org/10.1111/camh.12238

Johnson, S., & Marlow, N. (2014). Growing up after extremely preterm birth: lifespan mental health outcomes. Semin Fetal Neonatal Med.;19(2), 97-104. doi: 10.1016/j.siny.2013. 11.004.

Jones, K.M., Champion, P.R., & Woodward, L.J. Social competence of preschool children born very preterm. (2013). In: *Early Human Development*, 89, 795–802. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2013.06.008.

Kagan, J., Snidman, N., McManis, M., Woodward, S., & Hardway, C. (2002). One measure, one meaning: multiple measures, clearer meaning. *Development and Psychopathology, 14 (3)*, 463-475. doi: 10.1017/S0954579402003048.

Karabekiroğlu, K., Akman, I., Orhan, S.K., Kuşçu, K., Altuncu, E., Karabekiroğlu, A., & Yüce, M. (2015). Mother–Child Interactions of Preterm Toddlers. *Noro Psikiyatr Ars,* 52(2), 157–162. doi: 10.5152/npa.2015.7343

Kerr, D.C., Lunkenheimer, E.S., & Olson, S.L. (2007). Assessment of child problem behaviors by multiple informants: a longitudinal study from preschool to school entry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(10), 967-75. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01776.x

Kieviet, J.F.; Elburg, R.M.; Lafeber, H. N. & Oosterlaan, J. (2012). Attention Problems of Very Preterm Children Compared with Age-Matched Term Controls at School-Age. *The Journal of Pediatrics.* 161 (5), 824-829. doi: 10.1016/j.jpeds.2012.05.010.

Kim, S., & Kochanska, G. (2012). Child temperament moderates effects of parent–child mutuality on self-regulation: A relationship based path for emotionally negative infants. *Child Development, 83*(4), 1275-1289. doi: 10.1111/j.1467-8624.2012.01778.x.

Klein, V. C. (2005). *Interação entre mães e crianças pré-escolares nascidas pré-termo e com muito baixo peso em situação lúdica e de ensino* (Dissertação de mestrado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Klein, V.C., & Linhares, M.B.M. (2006). Prematuridade e interação mãe-criança: revisão sistemática da literatura. P*sicologia em Estudo*, *11*(2), p. 277-284. doi: http://dx.doi.org/ 10.1590/S1413-73722006000200006.

Klein, V.C., & Linhares, M.B.M. (2010). Temperamento e desenvolvimento da criança: Revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, 15 (4), 821-829.

Knox, M., & Burkhart, K. (2014). A multi-site study of the ACT Raising Safe Kids program: Predictors of outcomes and attrition. *Children and Youth Services Review*, *39*, 20-24. doi: https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.01.006

Knox, M., Burkhart, K., & Cromly, A. (2013). Supporting positive parenting in community health centers: The ACT Raising Safe Kids Program. *Journal of Community Psychology, 41*(4), 395-407. doi: https://doi.org/10.1002/jcop.21543

Knox, M., Burkhart, K., & Hunter, K. E. (2010). ACT Against Violence Parents Raising Safe Kids Program: Effects on maltreatment-related parenting behaviors and beliefs. *Journal of Family Issues, 32*(1), 55-74. doi: https://doi.org/10.1177/0192513X10370112

Kochanska, G., & Aksan, N. (2006). Children's conscience and self-regulation. *Journal of Personality*, *74*(6),1587-1617. doi: 10.1111/j.1467-6494.2006.00421.x

Kraemer, H.; Measelle, J.; Ablow, J.; Essex, M.; Boyce, W.; & Kupfer, D. (2003). A New Approach to Integrating Data From Mutiple Informants in Psychiatric Assessment and Research: Mixing and Matching Contexts and Perspectives. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (9), 1566-1577. doi: 10.1176/appi.ajp.160.9.1566.

Linhares M.B.M., Carvalho, A.E.V., Correia, L.L., Gaspardo, C. M., & Padovani, F.H.P. (2006). Psicologia Pediátrica em Neonatologia de alto risco: promoção precoce do desenvolvimento de bebês prematros. In: Crepaldi MA, Linhares MBM, Perosa GB (Eds.). *Psicologia pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.p. 109-46.

Linhares, M. B. M., & Martins, C. B. S. (2015). O processo da autorregulação no desenvolvimento de crianças. *Estudos de Psicologia*, *32*(2), 281-293. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000200012.

Linhares, M. B. M., Gaspardo, C. M., & Klein, V. C. (2012). O impacto do nascimento pré-termo no desenvolvimento da criança e na família. In T. I. J. S. Riechi, & M. V. L. Moura-Ribeiro, *Desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo* (pp.47-70). Rio de Janeiro: Revinter.

Linhares, M. B.M., Gracioli, S. M. A. Klein, V. & Nogueira. (2011). Questionário do Temperamento do Adulto. Versão brasileira do *Adult Temperament Questionnaire.* University of São Paulo, Ribeirão Preto/SP, Brasil.

Linhares, M.B.M. (2015). Família e desenvolvimento na primeira infância: processos de autorregulação, resiliência e socialização de crianças pequenas. In: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal- FMCSV. *Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco*. 1. ed., p.70-82.

Linhares, M.B.M. (2016) Estresse precoce no desenvolvimento: impactos na saúde e mecanismos de proteção. *Estudos de Psicologia*, 33(4), 587-599, http://dx.doi.org/ 10.1590/1982-02752016000400003

Linhares, M.B.M., Carvalho, A.E.V.C., Bordin, M.B.M., Chimello, J.T., Martinez, F.E, & Uorge, S.M. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia, FFCLRP-USP, Rib. Preto*, 60-69. doi: http://dx.doi. org/10.1590/S0103-863X2000000100006.

Linsell, L., Johnson, S., Wolke, D., Morris, J., Kurinczuk, J.J., Marlow, N. (2018). A trajectories of behavior, attention, social and emotional problems from childhood to early adulthood following extremely preterm birth: a prospective cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi: https://doi.org/10.1007/s00787-018-1219-8

Lipscomb, S. T., Leve, L. D., Shaw, D. S., Neiderhiser, J. M., Scaramella, L. V., Ge, X., & Reiss, D. (2012). Negative emotionality and externalizing problems in toddlerhood: Overreactive parenting as a moderator of genetic influences. *Development and Psychopathology, 24*(1), 167-79. doi: 10.1017/S0954579411000757

Luthar, S. S., Sawyer, J. A., & Brown, P. J. (2006). Conceptual Issues in Studies of Resilience. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1094*(1), 105-115. doi:10. 1196/annals.1376.009

Macana, E.C., & Comim, F. (2015). O papel das práticas e estilos parentais no desenvolvimento da primeira infância. In: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal-FMCSV. *Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco*. 1. ed., p.34-47.

Maupin, A.N., & Goldenring, J. (2014). Fine differential effects of parenting in preterm and full-term children on developmental outcomes. *Early Human Development*, 90, 869–876.

McConaughy, S. H. (2005). Clinical Interviews for Children and Adolescents: Assessment to Intervention. New York, NY: Guilford Press.

McElroy, E. M., & Rodriguez, C. M. (2008). Mothers of children with externalizing behavior problems: cognitive risk factors for abuse potential and discipline style and practices. *Child Abuse & Neglect, 3*2, 774-784. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.01.002.

Minde, K. (2000) Prematurity and serious medical conditions in infancy: implications for development, behavior and intervention. In: Zeanah C. (Ed.). *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford, p.176-94.

Minetto, M. F., Crepaldi, M. A., Bigras, M., & Moreira, L. C. (2012). Práticas educativas e estresse parental de pais de crianças pequenas com desenvolvimento típico e atípico. *Educar em Revista, 43*, 117-132. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-40602012 000100009.

Ministério da Saúde. DATASUS. (2016). Nascidos vivos - 1994 a 2016. Recuperado em 18 de outubro de 2018 de: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205

Mooney-Doyle, K., Deatrick, J.A., & Horowitz, J. A. (2015) Tasks and Communication as an Avenue to Enhance Parenting of Children Birth-5 years: an Integrative Review. *Journal of Pediatr Nursing*. 30(1), 184–207.doi: 10.1016/j.pedn.2014.03.002

Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., & Borghini, A. Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother–child interactions. *Early Human Development* ,79, 145– 158. doi:10.1016/j.earlhumdev.2004.05.002

National Center for Parent, Family and Community Engagement. (2015). *Compendium of parenting interventions*. Washington, DC: National Center on Parent, Family, and Community Engagement, Office of Head Start, U.S. Department of Health & Human.

National Institute of Justice. (2015). *Program profile: Adults and Children Together (ACT) Raising Safe Kids Program*. Retrieved from https://www.crimesolutions.gov/ ProgramDetails.aspx?ID=311

Nunez-Smith, M., Wolf, E., Huang, H.M., Emanuel, D.J., & Gross, C.P. (2008). Media and Child and Adolescent Health: A Systematic Review. Washington, DC: Common Sense Media.

Olson, S. I., Sameroff, A., Lunkenheimer, E. S., & Kerr, D. (2009). Self-regulatory processes in the development of disruptive behavior problems: The preschool to school transition. In S. L. Olson & A. J. Sameroff (Eds.), *Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavioral problems* (pp.144-185). New York: Cambridge University Press.

Ormeño, G. R., & Williams, L. C. A. (2006). Intervenção precoce com crianças agressivas: suporte à família e à escola. In H. H. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (pp. 168-182). Santo André: ESETec.

Pedro, M. E. A. (2016). P*rograma ACT - Para Educar Crianças em Ambientes Seguros para promover práticas educativas maternas positivas em diferentes contextos socioeconômicos* (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Pedro, M. E. A., Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2016). ACT Raising Safe Kids Program to promote positive maternal parenting practices in different socioeconomic contexts. *Psychosocial Interventio*n, http://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2016.10.003

Pereira, P. C., D'Affonseca, S. M. & Williams, L. C. A. (2013). A feasibility pilot intervention program to teach parenting skills to mothers of poly-victimized children. *Journal of Family Violence,* 28, 5-15. doi: 10.1007/s10896-012-9490-9

Pinto, I.D., Padovani, F.H.P., & Linhares, M.B.M. (2009). Ansiedade e Depressão Materna e Relatos sobre o Bebê Prematuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25* (1), 075-08. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000100009.

Poehlmann, J., Schwichtenberg, A. J. M., Shlafer, R. J., Hahn, E., Bianchi, J. P., & Warner, R. (2011). Emerging self-regulation in toddlers born preterm or low birth weight: Differential susceptibility to parenting? *Development and Psychopathology, 23*(1)*,* 177-193. doi: 10.1017/S0954579410000726.

Pontes, L. B. (2015). *Avaliação da eficácia de programa de capacitação parental universal (ACT) pelo uso da observação* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP.

Porter, B., & Howe, T. (2008). Pilot Evaluation of the "ACT - Parents Raising Safe Kids" Violence Prevention Program. *Journal of Child and Adolescent Trauma, 1*(3), 193-193. doi: 10.1080/19361520802279158.

Portwood, S. G., Lambert, R. G., Abrams, L. P., & Nelson, E. B. (2011). An evaluation of the Adults and Children Together (ACT) Against Violence Parents Raising Safe Kids program. *Journal of Primary Prevention*, *32*(3-4), 147-160. doi: 10.1007/s10935-011-0249-5.

Potharst, E. V., Schuengel, C., Last, B. F., Wassnaer, A. G., Kok, J. H., & Houtzager, B. A. (2012). Difference in mother-child interaction between preterm- and term-born preschoolers with and without disabilities. *Acta Paediatrica*, *101*(6), 597-603. doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02599.x.

Potharst, E.S., van Wassenaer, A.G., Houtzager, B.A., van Hus, J.W.P., Last, B.F., Kok, J.H. (2011). High Incidence of multi–domain disabilities in very preterm children at five years of age. *Journal of Pediatrics*, 159, 79–85. doi: 10.1016/j.jpeds.2010.12.055.

Record TV interior SP (2017). Recuperado em 18 de maio de 2017: https://www.facebook.com/sprecordinteriorsp/videos/1464590633563101/?pnref=story

Rothbart, M. K. (2004). Commentary: Differentiated measures of temperament and multiple pathways to childhood disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescence Psychology*,*33*(1), 82-87. doi: 10.1207/S15374424JCCP3301_8

Rothbart, M. K. (2011). *Becoming who we are*: *Temperament, personality and development*. New York: Guilford Press.

Rothbart, M. K., & Putnam, S. P. (2002). Temperament and socialization. In L. Pulkkinen & A. Caspi (Eds.), *Paths to successful development: Personality in the life course* (pp. 19-45). New York, NY, US: Cambridge University Press. http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511489761.002

Rothbart, M.K. (2012). Temperament. Encyclopedia on early childhood development. University of Oregon, USA. http://www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/dossiers-complets/en/temperament.pdf

Rothbart, M.K., Ahadi, S.A., & Evans, D.E. (2000). Temperament and personality: origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1):122-35. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10653510

Rothbart, M.K., Ellis, L.K., Rueda, M.R. & Posner, M.I. (2003) Developing mechanisms of temperamental effortful control. *Journal of Personality*, 71(6):1113-43. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14633060

Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development, 81*(1), 6-22.

Sameroff, A. J., & Fiese B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press.

Sameroff, A.J. (2009). Conceptual issues in studying the development of self-regulation. In S.L. Olson & A.J. Sameroff (Eds.), *Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavioral problems* (pp. 1–18). New York: Cambridge University Press.

Sanders MR. (2012). Development, evaluation, & multi-national dissemination of the triple-p positive parenting program. *Annual Review of Clinical Psychology*. 8, 345–379. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104.

Sanders, M. R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology, 22*(4), 506-517. doi: 10.1037/0893-3200.22.3.506.

Sanders, M.R., Morawska, A., Haslam, D. M., Filus, A., & Fletcher, R. (2013). Parenting and Family Adjustment Scales (PAFAS): Validation of a Brief Parent-Report Measure for Use in Assessment of Parenting Skills and Family Relationships. In: *Child Psychiatry Human Development*, p.1 – 23. doi: 10.1007/s10578-013-0397-3.

Santana, L.R. (2018). *Adaptação Transcultural e Validação da Parenting and Family Adjustment Scales (PAFAS)* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS.

Santos, G.E., & Williams, L.C.A. (2008). Prevenção terciária de problemas de comportamento infantil: Intervenção com pais que maltratam. Em E.G. Mendes, M.A. Almeida, & M.C. P. I. Hayashi (Orgs.). *Temas em Educação Especial: Conhecimentos para fundamentar a prática*.(pp.213-226). Araraquara: Junqueira & Marin Editores/CAPES PROESP.

Sartori, N.; Altafim, E.R.P., & Linhares, M.B.M. (2017). Relatos maternos sobre sonhos e futuro dos filhos de mães participantes do Programa de Intervenção ACT – Para Educar Crianças em Ambientes Seguros. (Relatório de Iniciação Científica). Ribeirão Preto, SP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Schappin, R., Wijnroks, L., Venema, M. U., Wijnberg-Williams, B., Veenstra, R., Koopman-Esseboom, C., Tollenaer, S.M., Twee, I. T., & Jongmans, M. (2013). Brief parenting intervention for parents of NICU graduates: a randomized, clinical trial of Primary Care Triple P. *Pediatrics.* 13,69. doi: 10.1186/1471-2431-13-69

Schermerhorn AC, Bates JE. Temperament, parenting and implications for development. Rothbart MK, topic ed. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Encyclopedia on Early Childhood Development [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development; 2012:1-6. Available at: http://www.child- encyclopedia.com/documents/Schermerhorn-BatesANGxp1.pdf. Accessed [insert date].*(PDF) Temperament, Parenting and Implications for Development*. Available from:https://www.researchgate.net/publication/ 268407797_Temperament_Parenting_and_Implications_for_Development [accessed Oct 18 2018].

Shields,A. & Cicchetti, D. (1997) Emotion regulation among school-age children: the development and validation of a new criterion Q-sort scale. Developmental Psychology, 33(6):906-16. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9383613

Sigolo, S.R.R.L. (2000). Diretividade materna e socialização de crianças com atraso de desenvolvimento. *Paidéia*, *10*(19), 47-54. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2000000200007.

Silva, A. K.; Vieira, M. L.; de Moura, M. L. & Ribas, R. C. Jr. (2005). Conhecimento de mães primíparas sobre desenvolvimento infantil: um estudo em Itajaí, SC. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano,* 15(3), 01-10.

Silva, J. (2007). *Parents Raising Safe Kids: ACT 8-week program for parents.* Washington, DC: American Psychological Association.

Silva, J. (2009). *Programa ACT para Educar Crianças em Ambientes Seguros, Manual do Facilitador e Guia de Avaliação.* Washington, DC: American Psychological Association.

Silva, J. A. (2015). ACT: Uma possibilidade de Prevenção Universal à Violência contra a criança, (Dissertação de Mestrado publicada). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP.

Silva, J. A., & Williams, L. C. A. (2016). Um estudo de caso com o programa parental ACT para educar crianças em ambientes seguros. Temas em Psicologia, 24(2), 743-755.

Silva, J.A. & Williams, L.C.A. (2015). O programa ACT para educar crianças em ambientes Seguros: Da elaboração à avaliação. Em: S.G Murta, C. Leandro-França, K.B. Santos & L. Polejack (Orgs.). *Prevenção e promoção em Saúde Mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção. (*pp. 489-300). Novo Hamburgo: Sinopsys Editora.

Silva, N.F.; Linhares, M.B.M.; & Gaspardo, C. M. (2018). Developmental Care Approaches for Mitigating Stress in Preterm Neonates in the Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review. *Psychology & Neuroscience*, 11 (2), 117–131. http://dx.doi.org/10.1037/pne0000119

Silveira, M. F., Santos, I. S., Barros, A. J. D., Matijasevich, A., Barros, F. C., & Victora, C. G. (2008). Aumento da prematuridade no Brasil: Revisão de estudos de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, *42*(5), 957-964. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500023

Sociedade Brasileira de Pediatria (2016). Manual de orientação. Saúde de crianças e adolescentes na era digital.

Spry, C., Morawska, A., & Sanders, M. R. (2009). Baby Triple P. Australia: Triple P International.

Steinhardt, A., Hinner, P., Kühnb, T., Roehr, C.C., Rüdiger, M., Reichert, J. (2015). Influences of a dedicated parental training program on parent–child interaction in preterm infants. *Early Human Development*.91, 205–210. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2015.01.012.

Szabó, N., Dekovic, M., Van Aken, C., Verhoeven, M., Van Aken, M. A. G., & Junger, M. (2008). The relations among child negative interactive behavior, child temperament, and maternal behavior. *Early Childhood Research Quarterly*, *23*(3), 366-367. https://doi.org/ 10.1016/j.ecresq.2008.01.004

Taylor, Z. E., Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Widaman, K. F. (2013). Longitudinal relations of intrusive parenting and effortful control to ego-resiliency during early childhood. *Child Development, 84*(4), 1145-1151. doi: 10.1111/cdev.12054.

Treyvaud, K., Lee, K.J., Doyle, L.W., & Anderson, P.J. (2013). Very Preterm Birth Influences Parental Mental Health and Family Outcomes Seven Years after Birth. *The Journal of Pediatrics*, *164* (3), 515–521. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.11.001.

Trivette, C. M., & Dunst, C.J. (2009). Community-based parent support programs. In R.E. Tremblay, R.G.Barr, & R.D.V. Peters RDeV, eds, *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online] (Vol. 2009, pp. 1–7). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development.

Vieira, M. E. B., Formiga, C. K. M. R., & Linhares, M. B. M. (2017). Quality of life in low-risk preterm children at preschool age. *Psychology & Neuroscience, 10*(2), 201-214. http://dx.doi.org/10.1037/pne0000091

Vieira. M.E.B., & Linhares, M.B.M. (2011). Desenvolvimento e qualidade de vida em crianças nascidas pré-termo em idades pré-escolar e escolar. *Jornal de Pediatria*, *87* (4): 281-91. http://dx.doi.org/10.2223/JPED.2096.

Webster-Stratton, C., Reid, M. J. & Hammond, M. (2004). Treating Children With Early-Onset Problems: Intervention Outcomes for Parent, Child, and Teacher Training. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology*, *33* (1), 105-124. doi: 10.1207/S1537442 4JCCP3301_11

Weymouth, L. A., & Howe, T. (2011). A multi-site evaluation of Parents Raising Safe Kids Violence Prevention Program. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 1960-1967. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.05.022

Williams, L.C.A., Santini, P.M., & D´Affonseca, S.M. (2012). A mothering skills program for women with a history of domestic violence: Ana analysis of mother-child interaction. In: H. Dubowitz (Org.). *World perspectives on child abuse*. 10th ed. (pp.134-136).

Woerner, W., Fleitlich-Bilyk, B., Martinussen, R., Fletcher, J., Cucchiaro, G., Dalgalorrondo, P., Lui, M. & Tannock, R. (2004). The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 13 Suppl 2:II47-54. doi: 10.1007/s00787-004-2008-0

Wolke, D., Jaekel, J., Hall, J., & Baumann, N. (2013). Effects of sensitive parenting on the academic resilience of very preterm and very low birth weight adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(5), 642-7. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.06.014.

World Health Organization. (2012). Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva: WHO.

World Healh Organization. (2018). INSPIRE Handbook: action for implementing the seven strategies for ending violence against children. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Zimmerman, F.J., & Christakis, D.A. (2007). Associations between content types of early media exposure and subsequent attentional problems. *Pediatrics*. 120(5), 986 –992. doi: 10.1542/peds.2006-3322

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – versão para mães participantes

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Mãe

Título da Pesquisa: Intervenção preventiva em práticas educativas parentais aplicado a mães de crianças nascidas pré-termo na primeira infância.
Pesquisadora Responsável: Francine Belotti da Silva (CRP: 06/109847)
(e-mail – francinebelotti@yahoo.com.br)
Pesquisadora Orientadora: Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares, docente do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (e-mail - linhares@fmrp.usp.br)
As pesquisadoras podem ser encontradas no Prédio da Saúde Mental - FMRP-USP, Laboratório de Pesquisa em Prevenção de Problemas de Desenvolvimento e Comportamento da Criança (LAPREDES/ FMRP-USP) situado na Avenida Tenente Catão Roxo, 2650, sala 52, telefone: 3315-9042.

Gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa "Intervenção preventiva em práticas educativas parentais aplicado a mães de crianças nascidas pré-termo na primeira infância"

1. OBJETIVO DO ESTUDO

Avaliar a efetividade de um programa de intervenção de práticas educativas parentais estruturado para fortalecer práticas positivas, a fim de prevenir problemas emocionais e de comportamento das crianças.

2. EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Participarão da pesquisa mães que tenham crianças com idade entre dois e seis anos que tenham nascido prematuras (com menos de 37 semanas de idade gestacional). As mães participantes do estudo irão participar de avaliações e do programa de intervenção. As participantes do estudo responderão a instrumentos de avaliação aplicados pela pesquisadora, sendo quatro avaliações antes da participação no programa, e três após a participação no programa, com duração de, no máximo, meia hora cada. Nesses instrumentos as participantes irão responder perguntas sobre sua história de vida e de sua família, sobre a criança, e sobre como educa seu filho(a). É importante lembrar que estamos avaliando o programa, e não os pais. Não existem respostas "certas" ou "erradas" às perguntas. O programa de intervenção acontece em grupos (de 7 a 10 participantes) durante nove semanas, uma vez na semana, com duração de aproximadamente duas horas e é conduzido por psicóloga treinada. Na primeira sessão serão realizadas as avaliações e as demais são parte da intervenção em grupo.

3. DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS

É possível que a participação no projeto envolva o risco ou desconforto nos participantes ao mobilizar emoções e trazer à memória experiências ou situações difíceis vividas. Caso isso ocorra as participantes poderão contar com o acolhimento psicológico da própria pesquisadora que é psicóloga.

4. BENEFÍCIOS

Espera-se que com o programa os pais aprendam novos conhecimentos e habilidades para cuidar e educar seus filhos, e que isso os ajude a manejar seu próprio comportamento, auxiliando também na regulação do comportamento da criança. Espera-se ainda que as famílias aprendam a criar ambientes seguros, estáveis e saudáveis e prevenir práticas negativas na educação das crianças.

5. GARANTIA DE ACESSO

Em qualquer etapa do estudo, os participantes terão acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa no endereço informado acima, para esclarecimento de eventuais dúvidas. Se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética do Hospital das

Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (3315- 2228). O responsável legal pelo paciente receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado e rubricado em todas as páginas pela pesquisadora.

6. LIBERDADE DE RETIRAR O CONSENTIMENTO
É garantida a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao participante e sua família.

7. DIREITO À CONFIDENCIALIDADE
As informações obtidas serão analisadas em conjunto com a de outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente, salvo os pesquisadores responsáveis envolvidos no projeto e seus colaboradores de pesquisa. Os dados sem identificação serão utilizados apenas para fins de pesquisa e divulgação dos seus resultados.

8. COMPROMISSO DE ATUALIZAR A INFORMAÇÃO
Os participantes têm o direito de obter informações atualizadas sobre os resultados parciais da pesquisa.

9. DESPESAS E COMPENSAÇÕES
Não há despesas pessoais para os participantes, em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Caso haja algum gasto com passagem para comparecer na coleta de dados, este será compensado.

10. COMPROMISSO DO PESQUISADOR
O pesquisador se compromete a utilizar os dados e o material coletado apenas para esta pesquisa e divulgações acadêmicas científicas relacionadas.

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações sobre o estudo: "Intervenção preventiva em práticas educativas parentais aplicado a mães de crianças nascidas pré-termo na primeira infância". Ficaram claros, para mim os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo, estando ciente de que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido.

Eu, _____, portadora do RG _____, responsável pelo menor _____, declaro ter lido a carta de informação a respeito do estudo "Intervenção preventiva em práticas educativas parentais aplicado a mães de crianças nascidas pré-termo na primeira infância" conduzida pela psicóloga Francine Belotti da Silva. Estou esclarecido (a) a respeito do estudo proposto, sem dúvidas, e aceito participar da pesquisa.

_____
Assinatura do representante legal da criança
Ribeirão Preto, ____ de _____ de201__.

_____
Assinatura da pesquisadora responsável
Francine Belotti da Silva
Ribeirão Preto, ____ de _____ de201__.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – versão para outros familiares informantes participantes

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Familiar

Título da Pesquisa: Intervenção preventiva em práticas educativas parentais aplicado a mães de crianças nascidas pré-termo na primeira infância.
Pesquisadora Responsável: FrancineBelotti da Silva (CRP: 06/109847)
(e-mail – francinebelotti@yahoo.com.br)
Pesquisadora Orientadora: Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares, docente do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (e-mail - linhares@fmrp.usp.br)
As pesquisadoras podem ser encontradas no Prédio da Saúde Mental - FMRP-USP, Laboratório de Pesquisa em Prevenção de Problemas de Desenvolvimento e Comportamento da Criança (LAPREDES/ FMRP-USP) situado na Avenida Tenente Catão Roxo, 2650, sala 52, telefone: 3315-9042.

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa "Intervenção preventiva em práticas educativas parentais aplicado a mães de crianças nascidas pré-termo na primeira infância"

1. OBJETIVO DO ESTUDO

Avaliar a efetividade de um programa de intervenção de práticas educativas parentais estruturado para fortalecer práticas positivas, a fim de prevenir problemas emocionais e de comportamento das crianças.

2. EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Participarão da pesquisa mães que tenham crianças com idade entre dois e seis anos que tenham nascido prematuras (com menos de 37 semanas de idade gestacional). As mães participantes do estudo irão participar de avaliações e do programa de intervenção. Outro adulto da família irá responder um questionário sobre os comportamentos da criança, com duração de no máximo 20 minutos, antes e após a participação da mãe no grupo. Nesse questionário os participantes irão responder perguntas sobre o comportamento da criança. É importante lembrar que estamos avaliando o programa, e não os pais. Não existem respostas "certas" ou "erradas" às perguntas.

No caso, sua participação será responder a um questionário sobre o comportamento da criança, de acordo com a sua percepção. O questionário será entregue e recolhido por meio da mãe da criança.

3. DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS

É possível que sua participação no projeto envolva dúvidas ao responder sobre o comportamento das crianças. Caso isso ocorra os(as) participantes poderão procurar a pesquisadora para esclarecimentos.

4. BENEFÍCIOS

Espera-se que com o programa os pais aprendam novos conhecimentos e habilidades para cuidar e educar seus filhos, e que isso os ajude a manejar seu próprio comportamento, auxiliando também na regulação do comportamento da criança. Espera-se ainda que as famílias aprendam a criar ambientes seguros, estáveis e saudáveis e prevenir práticas negativas na educação das crianças.

5. GARANTIA DE ACESSO

Em qualquer etapa do estudo, os participantes terão acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa no endereço informado acima, para esclarecimento de eventuais dúvidas. Se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto –USP (3315- 2228). O responsável legal pelo paciente receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado e rubricado em todas as páginas pelo pesquisador.

6. LIBERDADE DE RETIRAR O CONSENTIMENTO

É garantida a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao participante e sua família.

7. DIREITO À CONFIDENCIALIDADE

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com a de outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente, salvo os pesquisadores responsáveis envolvidos no projeto e seus colaboradores de pesquisa. Os dados sem identificação serão utilizados apenas para fins de pesquisa e divulgação dos seus resultados.

8. COMPROMISSO DE ATUALIZAR A INFORMAÇÃO

Os participantes têm o direito de serem mantidos atualizados sobre os resultados parciais da pesquisa.

9. DESPESAS E COMPENSAÇÕES

Não há despesas pessoais para sua participação, em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

10. COMPROMISSO DO PESQUISADOR

O pesquisador se compromete a utilizar os dados e o material coletado apenas para esta pesquisa e divulgações acadêmicas científicas relacionadas.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações sobre o estudo: "Intervenção preventiva em práticas educativas parentais aplicado a mães de crianças nascidas pré-termo na primeira infância". Ficaram claros, para mim os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo, estando ciente de que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido.

Eu, _____, portador (a) do RG _____, responsável pelo menor _____, declaro ter lido a carta de informação a respeito do estudo "Intervenção preventiva em práticas educativas parentais aplicado a mães de crianças nascidas pré-termo na primeira infância" conduzida pela psicóloga Francine Belotti da Silva. Estou esclarecido (a) a respeito do estudo proposto, sem dúvidas, e aceito participar da pesquisa.

_____

Assinatura do representante legal da criança

Ribeirão Preto, ____ de _____ de201__.

_____

Assinatura da pesquisadora responsável

Francine Belotti da Silva

Ribeirão Preto, ____ de _____ de201__.

APÊNDICE C - Ficha de caracterização da criança e da família

Projeto: INTERVENÇÃO PREVENTIVA EM PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS APLICADO A MÃES DE CRIANÇAS NASCIDAS PRÉ-TERMO NA PRIMEIRA INFÂNCIA (Silva &Linhares, 2016)

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO

Data da aplicação: ____/____/_____

NOME DA CRIANÇA:_____ **Sexo M☐ F☐**

Idade: _____ Data de Nascimento:____/____/_____

Hospital em que a criança nasceu: HCRP ☐ Outros ☐ Qual?_____

NOME DA MÃE:_____

Idade:_____ Nasc:____/____/_____

Mãe biológica ☐ Mãe adotiva ☐ Cuidadora com guarda ☐ _____

Quanto tempo você passa com seu filho durante o dia?
Durante a manhã ☐
Durante a manhã e tarde ☐
Durante a manhã e noite ☐
Durante a tarde ☐
Durante a tarde e noite ☐
Durante a noite ☐
O dia todo (manhã, tarde, noite) ☐

Escolaridade: _____ Estudou até que série? _____

Ocupação: ☐ Estudante
☐ Do lar
☐ Autônoma
☐ Funcionária – cargo _____

Cor da pele: branca ☐ parda ☐ negra ☐

Religião: Católica ☐ Evangélica ☐ Espírita ☐ Outras ☐ _____

Situação conjugal: União estável ☐ Solteira ☐ Separada ☐ Viúva ☐

Número de filhos:_____ **Idade dos filhos:** _____

Tipo-moradia: casa☐ apartamento☐ edícula☐

Situação da moradia: própria☐ alugada☐ outros☐ _____

Nº cômodos:_____ Quantas pessoas moram na casa?_____

Residentes da casa

Nome	Idade	Grau de parentesco com a criança

Endereço:_____

Telefones:_____

Dados do outro familiar participante

Grau de parentesco:_____

Nome:_____

Idade:_____ Nasc:____/____/_____

Quanto tempo o familiar passa com a criança durante o dia?
Durante a manhã ☐
Durante a manhã e tarde ☐
Durante a manhã e noite ☐
Durante a tarde ☐
Durante a tarde e noite ☐
Durante a noite ☐
O dia todo (manhã, tarde, noite) ☐
Aos finais de semana ☐
Esporadicamente (de vez em quando) ☐

Escolaridade: _____ Estudou até que série? _____

Ocupação: ☐ Estudante
☐ Do lar
☐ Autônomo(a)
☐ Funcionário(a) – cargo _____

Cor da pele: branca ☐ parda ☐ negra ☐

Religião: Católica ☐ Evangélica ☐ Espírita ☐ Outras ☐ _____

Situação conjugal: União estável ☐ Solteiro(a) ☐ Separado(a) ☐ Viúvo(a) ☐

Número de filhos:_____ **Idade dos filhos:** _____

APÊNDICE D - Ficha de interesse para participação no Programa ACT

PROGRAMA ACT - PARA EDUCAR CRIANÇAS EM AMBIENTES SEGUROS

Em uma parceria da Universidade de São Paulo (USP) com a Associação Americana de Psicologia (APA), os pais ganham uma nova oportunidade para aprenderem novas estratégias para educarem, cuidarem e disciplinarem os filhos.

Por que participar do Programa ACT?

- ✓ "Quero melhorar meu relacionamento com meus filhos"
- ✓ "Quero ajuda para disciplinar meus filhos"
- ✓ "Quero ajuda para saber se meus filhos estão se desenvolvendo normalmente"
- ✓ "Quero que meus filhos briguem menos"
- ✓ "Quero ajuda para parar de gritar com meus filhos"

São oito encontros, uma vez por semana (com duração de 2 horas), de acordo com a disponibilidade dos participantes. As sessões semanais serão realizadas no **Prédio da Saúde Mental – FMRP - USP**, localizada na Rua Tenente Catão Roxo , 2650 – Ribeirão Preto - SP.

Podem participar mães de crianças que nasceram prematuras e que tenham atualmente entre 2 e 6 anos de idade.

As sessões são em grupo e conduzidas por psicóloga, pós-graduanda da USP, pertencente ao Laboratório de Pesquisa em Prevenção de Problemas de Desenvolvimento e Comportamento da Criança

CONTATO: Francine (16) 3315-9042 - LAPREDES
(16) 99762-0044

Não perca essa oportunidade!
O curso é totalmente GRATUITO
VAGAS LIMITADAS POR GRUPO!

→ INSCRIÇÕES ABERTAS

Preencha o formulário abaixo, caso você tenha interesse em participar:

Nome completo (mãe): _____

Nome completo (criança): _____

Data de nascimento da criança: _____

Telefones para contato: _____

Disponibilidade de horário (se preferir, assinale mais de uma opção)

( ) 8:00 às 10:00 ( ) 15:00 às 17:00

Dias da semana de sua preferência: ( ) 2ª feira ( ) 3ª feira ( ) 4ª feira ( ) 5ª feira ( ) 6ª feira

Obs:_____

_____

APÊNDICE E - Panfleto de divulgação para recrutamento de mães

USP CONVIDA

Mães de crianças que nasceram prematuras para participar de programa de intervenção sobre cuidados e educação dos filhos.

PROGRAMA ACT - PARA EDUCAR CRIANÇAS EM AMBIENTES SEGUROS

O Programa ACT pode te ajudar...

Entender sobre desenvolvimento infantil	Disciplinar seus filhos de maneira positiva
Aprender novas formas de educar sem precisar gritar/ bater	Aprender a lidar com os comportamentos difíceis dos seus filhos

Participe do Programa ACT!

Curso Gratuito!

Critérios para participar:

1. Ser mãe de criança que nasceu PREMATURA (menos de 37 semanas de Idade Gestacional), com idade atual entre 2 e 6 anos,
2. Portar caderneta de saúde da criança (Imprescindível)

Vagas Limitadas!

Como funciona?

Intervenção em grupos conduzidos por Psicóloga, Pós-graduanda da USP

Duração: Nove encontros, uma vez na semana com duração de 2 horas cada

Horários: 8:00 às 10:00, das 14:00 às 16:00 ou das 17:00 às 19:00

Onde? No prédio da Saúde Mental - FMRP-USP

Início: 22, 23 e 27 de março (a combinar)

INSCRIÇÕES e INFORMAÇÕES:

De 01 a 20 de Março

(16)3315-9042 LAPREDES/ (16)99762-0044 Francine

ou pelo site http://lapredes.fmrp.usp.br/

USP Universidade de São Paulo | LAPREDES Laboratório de Pesquisa em Prevenção de Problemas de Desenvolvimento e Comportamento da Criança - FMRP-USP | CNPq Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico | American Psychological Association

APÊNDICE F - Sistema de categorias dos relatos maternos sobre a prematuridade do nascimento

- **Internação da criança:** relatos que dizem respeito ao período de internação.

Exemplos: Participante PT021/2017 – relata sobre a internação (hospitalização prolongada, ir para casa sem o bebê, angústia de viver a oscilação do quadro de saúde do bebê e iminência da morte).

Participante PT063/2017 – relata que, após período de internação da criança (4 meses, em decorrência de uma cirurgia no coração) bebê demorou para mamar.

Participante PT057/2017 - Ao ser discutido sobre o tema da violência, a participante pergunta à facilitadora se a prematuridade e toda a vivência da criança no hospital, como procedimentos dolorosos, é uma experiência de violência.

Participantes PT053/2017 e PT054/2017 – Relatam as vivências do período de internação das crianças, bem como a vivência constante do estado de estresse, sendo que em qualquer situação de contato da equipe durante a internação as fazia imaginar que algo ruim tinha acontecido à criança.

- **Iminência de morte na UTIN:** relatos sobre a experiência de oscilações e instabilidade do quadro de saúde da criança.

Exemplo: Participante PT053/2017 – Relata que por vezes acreditava que a filha não iria sobreviver, sendo que em uma das vezes que estava presente a filha teve uma parada cardíaca. Conta que certo dia, chegando para visitar a filha, ouviu os profissionais dizendo "A mãe chegou, a mãe chegou" e já imaginou que era algo muito ruim relacionado à criança, mas a equipe queria dar uma boa notícia. Também relata tristeza pela piora ou óbito de outros bebês, preocupando-se se o mesmo poderia acontecer com sua filha.

- **Privação dos cuidados iniciais da criança:** não poder participar dos cuidados na fase neonatal da criança, em decorrência das restrições do nascimento pré-termo.

Exemplo: Participante PT021/2017 – Ao serem perguntadas pela facilitadora sobre como aprenderam a serem mães, relata que não conseguiu ser mãe de seu filho, dado que, devido ao longo período de internação da criança, a maioria dos cuidados ficaram por conta dos profissionais de saúde.

- **Adaptação e cuidados com o bebê prematuro:** adaptação aos cuidados do bebê no hospital ou após a alta hospitalar.

Exemplos: Participante PT021/2017 - Relata sobre a adaptação em relação ao bebê na rotina de casa após alta hospitalar (medo de não saber cuidar, cuidados redobrados).

Participante PT056/2017 – relata que incialmente, ainda no período de internação, tinha muito medo de pegar o filho no colo, receosa de derrubar o tubo e que se pegasse no colo, poderia fazer mais mal do que bem para o bebê.

Participante PT063/2017 – Relata que em casa, após a internação, somente ela cuidava do bebê, não tendo com quem revezar, pois o marido e a avó achavam que a criança era muito pequena e tinham medo de pegar no colo.

Participante PT053/2017 – Quando solicitada a falar sobre o sentimento "Feliz" na atividade da "Roda dos sentimentos" relata que ficou muito feliz quando sua filha teve alta do hospital e que ficou uma semana sem dormir para poder ficar olhando-a.

- **Hábitos do bebê:** relatos sobre hábito do bebê nascido pré-termo (alimentação, sono, adequação ao ambiente).

Exemplos: Participante PT021/2017 – Relata que a criança, quando bebê, gostava de dormir na claridade e no barulho, porque se assemelhava ao ambiente da UTIN, estranhando quando estava em ambiente escuro e silencioso.

Participante PT058/2017 – Relata que, comparada aos outros filhos, achava que o neto, que nasceu prematuro, chorava bem mais.

Participante PT021/2017 – Relata sobre os hábitos de sono e rotina da criança na UTIN na atividade sobre a forma como as crianças sentem e expressam raiva em cada idade.

- **Preocupação com o desenvolvimento da criança (físico, comportamental e emocional):** relatos relacionados à preocupações com o desenvolvimento físico, comportamental ou emocional da criança e a influência do nascimento pré-termo neste sentido.

Exemplos: Participante PT031/2017 – Relata que percebe diferenças nos filhos, mas que a filha que nasceu prematura é mais calma do que o filho nascido a termo, e esperava que acontecesse o contrário.

Participante PT034/2017 – Refere preocupação em identificar quais os comportamentos do filho são específicos do nascimento prematuro e quais são próprios da idade. Acredita que em relação ao comportamento, o filho não está adequado para a idade.

Participante PT062/2017 – Relata preocupação em relação a dificuldade de ganho de peso filho, que sempre foi "difícil para comer" (sic) perguntando à facilitadora quando os prematuros se igualam às crianças que nascem a termo.

Participante PT034/2017 – Após o término do grupo, a participante conversa com as facilitadoras sobre a dificuldade em entender e diferenciar o que é relativo à prematuridade e o que é comum ao desenvolvimento de todas as crianças.

- **Superproteção das mães, dificultando o estabelecimento de limites:** relatos sobre a superproteção materna, favorecendo uma prática educativa permissiva.

Exemplos: Participante PT025/2017 – Relata que tem dificuldades de frustrar e dizer "não" a filha, pelo fato de a criança ter nascido prematura e "ter passado por muitas coisas" (sic). Relata que sempre quis muito ter uma filha e que isso também a dificulta no estabelecimento de limites.

Participante PT057/2017 – Relata que recebeu orientações do pediatra logo que o filho nasceu, para que não o superprotegesse, pois ele não seria prematuro "para sempre", mas somente naquele momento, o que a ajudou.

Participante PT021/2017 – Durante a atividade preparatória, ao buscar um modelo no reino animal que simbolize seu estilo parental, diz que é como uma galinha que quer colocar o filho debaixo de suas asas e que o superprotege por conta do nascimento prematuro.

- **Superproteção de familiares, dificultando o estabelecimento de limites:** relatos sobre a superproteção de outros familiares, favorecendo uma prática educativa permissiva.

Exemplos: Participante PT034/2017 – Relata dificuldade em colocar limites nos filhos diante de outros familiares (principalmente avós), relatando que estes colocam a criança em uma "redoma".

Participante PT027/2017 – Relata que por morar com os pais, estes a desautorizam muito em relação à educação do filho, afirmando que os pais ficam "com dó" pelo fato de a criança ter nascido prematura, não colocando limites.

Participante PT032/2017 – Refere que sua irmã, tia da criança, é muito invasiva e permissiva com a criança, e a desautoriza nas suas decisões.

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP)

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FMRP-USP
RIBEIRÃO PRETO

Ribeirão Preto, 13 de abril de 2016

Ofício nº 1253/2016
CEP/MGV

PROCESSO HCRP nº 16609/2012

"AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PREVENTIVA EM PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS"

Prezada Senhora,

O Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 425ª Reunião Ordinária, realizada em 11/04/2016, analisou a Emenda e aprovou o Projeto alterado (adendo) – versão 4, de 28/03/2016 e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, versão de 15/03/2016, bem como tomou ciência do Relatório de andamento da pesquisa (Relatório Técnico Científico – 2016) e da inclusão da pesquisadora Francine Belotti da Silva.

Atenciosamente.

DRª. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
PROFª.DRª. MARIA BEATRIZ MARTINS LINHARES
Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Campus Universitário – Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP
Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
FWA-00002733; IRB-00002186 e Registro PB/CONEP nº 5440
(16) 3602-2228
cep@hcrp.usp.br
www.hcrp.usp.br

ANEXO B - Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa | ABEP (2015)

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

ABEP associação brasileira de empresas de pesquisa

Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2015.

SISTEMA DE PONTOS

Variáveis

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Serviços públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2014 – www.abep.org – abep@abep.org

ANEXO C - Matéria de divulgação da pesquisa no Jornal "A Cidade de Ribeirão Preto"

Cidades

LOCAL DA PESQUISA

COMPORTAMENTO

USP recruta 50 mães de filhos prematuros para pesquisa

Estudo vai avaliar práticas na educação dessas crianças que tendem a ter problemas de comportamento

WESLEY ALCÂNTARA

A USP (Universidade de São Paulo) de Ribeirão Preto recruta 50 mães de crianças nascidas prematuras, com idade entre dois e seis anos, para participar de uma pesquisa que avaliará os efeitos da adoção de práticas positivas, como mais diálogo em vez de atitudes agressivas, na educação de seus filhos.

A pesquisa foca esse grupo específico de mães porque crianças que nasceram prematuras têm chance maior de desenvolver problemas de comportamento, como déficit de atenção, impulsividade e até mesmo introversão. Cada grupo de mães participará de nove sessões (veja quadro ao lado).

Segundo a professoras do Departamento de Neurociência e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina da USP, Maria Beatriz Martins Linhares, responsável pela a pesquisa, a proposta é oferecer várias estratégias para que as mães possam adotar para mudar o comportamento e ajudar no desenvolvimento dos filhos.

"As pessoas acham normal querer educar o filho batendo, gritando. É preciso diminuir essas práticas negativas porque há outras mais adequadas, com mais diálogo, carinho, e o resultado é mais positivo", disse.

Maria Beatriz explicou que a mãe, ao mudar o próprio comportamento, deve ajudar o filho a ter mais autonomia e reconhecer que existe momento que vai errar ou acertar.

"A mãe significa o cuidador principal. Ela é muito importante para o desenvolvimento da primeira infância que vai até os seis anos de idade. É preciso investir na educação. Outras pesquisas revelam que crianças expostas a condição de estresse, violência, nesta fase terá problemas quando adulto".

Resultado positivo

A professora Marina Xavier Manço Tidei, mãe de Franchesco (7 anos de idade e que nasceu prematuro), já participa da pesquisa e comemora os resultados que obteve ao colocar ao adotar os ensinamentos.

"O meu filho está bem mais próximo de mim hoje do que antes" (leia texto ao lado).

A psicóloga Francine Belotti da Silva, que comanda as sessões com as mães que já estão em treinamento na USP, afirma que todas respondem um questionário.

"É uma forma para a gente averiguar se a pesquisa está atingindo o objetivo", afirmou.

RESULTADO Professora Marina Xavier Tidei, mãe de criança prematura, já comemora os resultados da pesquisa

PESQUISA SOBRE ADOÇÃO DE PRÁTICAS POSITIVAS NA EDUCAÇÃO

POR QUE MÃES DE PREMATUROS?

Segundo estudos, crianças nascidas prematuras têm maior chance de desenvolver alterações no comportamento, como falta de foco na atenção, impulsividade, introversão, medo etc.

CRITÉRIOS PARA PARTICIPAR?

Ser mãe de criança que nasceu prematura (menos de 37 semanas de idade gestacional), com idade atual entre dois e seis anos.

COMO FUNCIONA A PESQUISA?

As mães participarão de nove encontros, uma vez na semana com duração de duas horas. Os grupos têm início no dia 22 de março.

COMO SE INSCREVER?

O período de inscrição vai até do dia **20 de março.**

Informações pelo telefone: **(16) 3315-9042**

FONTE: USP RIBEIRÃO PRETO

ESTUDO PREVÊ DINÂMICAS COM AS MAMÃES

A psicóloga Elisa Altafim, que também auxilia na pesquisa da USP, explica que as mães que se inscreverem vão participar de nove encontros, com duração de duas horas cada uma. "Elas participarão de várias atividades, de dinâmicas, como dramatizações, em que se colocarão no lugar da criança. Existem também atividades para que elas possam identificar os bons comportamentos de seus filhos. É um trabalho bastante interativo e que há troca de experiência entre as mães", afirmou.

Já a psicóloga Francine Belotti da Silva, que atuará diretamente com as mães das crianças prematuras, explica que trabalhará sobre as influências negativas da mídia no desenvolvimento da criança.

"Existe caso de a criança que não presenciar violência dentro do ciclo familiar, mas está exposta a esse tipo de cenas divulgadas pela televisão".

NO COMANDO Maria Beatriz Linhares, coordenadora da pesquisa da USP

Mães elogiam técnicas que aprenderam

Três mães que participavam ontem de uma sessão com a mestranda em psicologia e que também lidera a pesquisa da USP, Francine Belotti da Silva, comemoram o resultado obtido na educação de seus filhos.

A professora Marina Xavier Manço Tidei conta que seu filho que nasceu prematura é muito calmo. "E eu sou o oposto dele. Eu ficava muito nervosa. Ao mudar o meu comportamento, meu filho passou a ficar mais próximo de mim. Estamos mais unidos", diz.

Outras duas mães que não são de prematuros, mas participam da sessão, afirmam que conseguiram um equilíbrio emocional para se reportar aos filhos.

Gabriela Mucio Bandeira Vivela diz que era muito rígida e que chegava a gritar com seus filhos para mostrar autoridade. "Aprendi a exercer a autoridade na base do diálogo".

Já Juliana Nogueira Ferreira diz que consegue controlar as birras de sua filha com mais tranquilidade.

ANEXO D - Sistema de categorias da Caixa dos Sonhos

Sistema de categorias de análise do conteúdo do relato materno desenvolvidas por Sartori, Altafim e Linhares (2017) para as perguntas da atividade da caixa dos sonhos, realizadas na reunião prévia à intervenção do Programa ACT.
Perguntas: a) Quais são os seus sonhos para o seu filho(a)?; b) Como você quer que seu filho seja quando ficar adulto?

- **Profissional** –trabalho e futuro profissional incluindo ascensão de carreira, formação profissional, realizar uma faculdade, ter uma formação, emprego ou uma profissão.

Exemplos: C002/2013: "Se formar em uma profissão que a faça se sentir realizada"; C008/2013: "Se formar e ser veterinária"; C009/2013: "Que faça faculdade; que seja alguém na vida, que tenha profissão"; C033/2014: "seja uma pessoa trabalhadora"; C066/2014: "estude para ser médico". C144/2015: "Realizado profissionalmente";

PT011/2017: "na vida profissional"; PT007/2016: "profissão dos sonhos"; PT027/2017: "tenha uma boa profissão"; PT026/2017: "Trabalhadora"; PT006/2017: "Trabalho abençoado"; PT043/2017: "se descubra na profissão que escolher"; PT054/2017: "seja bem sucedida na vida profissional".

- **Estudo e Desenvolvimento cognitivo** – aprendizados, estudo e desenvolvimento cognitivo.

Exemplos: C009/2013: "que tenha estudo completo"; C017/2013: "goste de estudar"; C020/2013: "estude muito"; C035/2014: "sejam inteligentes"; C073/2014: "tenha uma boa educação e estudo"; C148/2015 "aprendam bastante"; C039/2014: aprender música que ela gosta;

PT011/2016: "bem sucedida nos estudos"; PT027/2017: "ser estudioso"; PT020/2017: "inteligente"; PT006/2016: "estude seja alguém na vida"; PT010/2016: "ele não tenha dificuldade no aprendizado"; PT038/2017: "formado"; PT041/2017: "boa educação"; PT043/2017: "faça faculdade".

- **Financeiro (bens materiais) –** bens materiais como ter uma casa própria, sustentar a família e ser independente financeiramente.

Exemplos: C032/2014: "bem financeiramente"; C013/2013: "boa situação social e econômica"; C062/2014: "que tenha sua casa própria"; C070/2014: "Que consiga seus bens materiais e uma vida estável"; C144/2015: "Ganhe muito dinheiro de forma honesta"; C083/2014: "independente financeiramente"; C095/2014: "que tenha muita fartura".

PT042/2017: "independente financeiramente"; PT043/2017: "casa própria"

- **Relacionamento Familiar Positivo -** relações entre familiares com características positivas, de afeto e uniões estáveis.

Exemplos: "que casasse, que seja um bom pai e um bom esposo" (C001/2013); C024/2014: "a valorizar a mãe, ... Muitas vezes gostaria que reconhecesse o que faço"; C031/2014: "que tenha um bom marido e filhos"; C032/2014: "Desejo ver meu filho (...) com uma família feliz";

PT025/2017: "que se case e tenha filhos"; PT010/2016: "honre pai/mãe."; PT027/2017: "dar valor à família / construa sua família"; PT009/2016: "bom filho"; PT039/2017: "cresça num lar com harmonia"; PT042/2017: "tenham na família o apoio sempre"; PT046/2017: "seja responsável pra formar uma família"; PT043/2017: "tenha filhos/um dia case/realizada no casamento"; PT037/2017: "respeite a família"; PT052/2017: "ambiente saudável"; PT055/2017: "tenha orgulho da família dele"; PT054/2017: "nunca esqueçam suas raízes".

- **Amizade –** relações de amizade.

Exemplos: C017/2013: "e tenha sempre amigos bons a sua volta"; C033/2014: "que ela encontre pessoas verdadeiras e do bem na sua vida e que traga coisas boas"; C095/2014: "Desejo muitos amigos".

PT023/2017: "bons amigos"; PT058/2017: "pare de brigar na escola com os amiguinhos".

- **Valores humanos –** apresentar valores humanos, tais como honestidade, respeito, altruísmo, humildade e dignidade.

Exemplos: C003/2013"que eles sejam determinados, prósperos e humildes"; C023/2014: "que tenha ética, valores, respeito pelos outros e por si"; C060/2014: "que ajude quem precise, ajude as pessoas mais necessitadas"; C142/2015: "Gostaria que ele se torne um homem (...) honesto, (...), digno e respeitando o próximo"; C145/2015: ". Que ela tenha sempre consigo, as virtudes, princípios e educação que lhe foram ensinadas";

PT040/2017 "respeite ao próximo"; PT048/2017: "de boa índole", "bom caráter"; PT033/2017: "um adulto de bom caráter"; PT005/2016: "pessoa, sociável, humilde, caridosa, que se ponha sempre no lugar do outro"; PT033/2017: "respeite o espaço e as opiniões dos outros / íntegro"; PT016/2016: "procurar ajudar sempre o próximo"; PT020/2017: "amor ao próximo"; PT043/2017: "pessoa humilde"; PT052/2017: "tornar-se um adulto com valores e princípios"; PT063/2017: "caridoso".

- **Qualidades do desenvolvimento pessoal –** apresentar qualidades que proporcionem o desenvolvimento pessoal, tais como determinação, compreensão, autonomia, responsabilidade,

Exemplos: C020/2013: "Que ele seja um garoto (pessoa) gentil, compreensivo"; C023/2014: "que tenha autonomia, autoestima alta"; C033/2014: "uma pessoa confiante, sincera"; C034/2014: "uma pessoa responsável, uma pessoa guerreira, possa ser independente"; C075/2014: "Que sejam pessoas maduras, boas";

PT032/2017: "seja sincero; saiba perdoar"; PT003/2016: "tenha sabedoria"; PT005/2016: "pessoa responsável / centrada / equilibrada"; PT021/2017: "Maduro/sensível/equilibrado/consciente/ Um adulto bem formado"; PT033/2017: "Saiba se impor/ se desenvolva plenamente para tomar suas próprias decisões**" ;** PT031/2017**: "**bem resolvida e destemida."; PT025/2017: "Decidida/segura/Calma"; PT027/2017: "confiante / independente"; PT042/2017: "forte"; PT050/2017: "preparado para enfrentar as adversidades / educados"; PT053/2017: "com paciência".

- **Discernir certo e errado –** conseguir diferenciar o certo e o errado, se comportar ou fazer escolhas corretas

Exemplos: C099/2014: "façam as escolhas certas,"; C180/2015: "Um adulto que saiba ponderar sempre o certo e o errado"; C042/2014: "Que faça escolhas boas e certas"; C089/2014: "Passar para ele o que é certo e errado";
PT003/2016 "Saiba tomar boas decisões"; PT008/2016: "aprendesse a moral"; PT039/2017: "entenda as diferenças entre desejos e obrigações".

- **Sonhos e Realizações -** realizar sonhos e conquistar objetivos.

Exemplos: C018/2013: "que ele nunca desista de seus sonhos"; C027/2014: "Que siga sempre seus objetivos, sonhos"; C028/2014: "realizada em todos os sentidos"; C042/2014: "Que consiga ter grandes realizações na vida, seja ela qual for";

PT005/2016: "tenha determinação de lutar pelos seus sonhos"; PT021/2017: "conquistem o sucesso"; PT034/2017: "Que tenha sonhos para viver"; PT043/2017: "que seu futuro seja realizado com muito sucesso"; PT057/2017: "tenham futuro brilhante".

- **Afeto –** sentir, demonstrar e receber afeto, carinho, amor.

Exemplos: C023/2014: "que se sinta amado, carinhoso"; C072/2014: "que sejam homens amorosos"; C105/2014: "Que seja uma pessoa amorosa"; C182/2015: "ofereça amor, carinho";

PT021/2017: "bondosa"; PT032/2017: "saiba amar"; PT053/2017: "amável / doce"; PT054/2017: "sejam bem sucedida na vida sentimental / pessoal".

- **Espiritualidade –** aspectos relacionados a espiritualidade incluindo religião e paz interior.

Exemplos: C007/2013: "paz interior, ande sempre de cabeça erguida e tenha sempre Deus no coração"; C017/2013: "Quero que ele tenha sempre em seu coração os ensinamentos de Deus e seu filho Jesus Cristo"; C019/2013: ", ter uma religião (católica)"; C181/2015: "Que acredite com fé na existência de Deus e que exercite sua fé de alguma forma";

PT032/2017: "olha sempre pra Deus antes de qualquer atitude"; PT003/2017: "caminho do Senhor"; PT022/2017: "nunca abandone a Jeová."; PT006/2017: "abençoada por Deus"; PT054/2017: "temente a Deus".

- **Felicidade –** sentimentos de felicidade

Exemplos: C012/2013: "que eu e ele sejamos muito felizes"; C020/2013: "que tenha uma vida estável, sem muito sofrimento"; C031/2014: "Sonho que ela seja feliz naquilo que escolher para si"; C066/2014: "Quero que seja muito feliz";

PT021/2017: "mais importante que eles sejam felizes"; PT033/2017: "Feliz e rodeado de coisas boas"; PT044/2017: "cresça feliz"; PT030/2017: "alegre".

- **Autorregulação emocional e comportamental** – apresentar regulação das emoções e dos comportamentos, tais como ter paciência, controlar o nervosismo, se comportar adequadamente e lidar com medos e frustrações

Exemplos: C022/2014: "tenha um bom equilíbrio emocional"; C030/2014: "Que ele se torne uma criança menos agitada, obediente, calma"; C074/2014: "saiba lidar com as frustrações";

PT026/2017: "seja mais obediente; menos birrenta; menos chorona"; PT004/2016: "bom comportamento"; PT014/2016: "sem birras"; PT006/2016: "pense antes de tomar qualquer atitude"; PT045/2017: "melhorasse mais o comportamento/mais obediente mais calmo**".**

- **Saúde –** o filho apresentar uma saúde adequada.

Exemplos: C007/2013: "que tenha muita saúde"; C018/2013: "filho cresça com bastante saúde"; C077/2014: "Meu sonho é vê-los com muita saúde";

PT011/2016: "saudável"; PT033/2017: "cresça saudável"; PT042/2017: "saúde plena".

- **Infância-** aspectos positivos da infância.

Exemplos: C036/2014: "Que ele tenha uma infância feliz"; C037/2014: "Curta muito ser criança; não perca a infância"; C148/2015: "Quero que eles sejem umas crianças alegres (...),

que sejem crianças mesmo. Que aprendem bastante brinquem muito" (sic); C052/2014: "que tenha boas lembranças da infância";

PT006/2016: "que ele cresça uma criança sem traumas"; PT044/2017: "cresça feliz"; PT039/2017: "tenha boas recordações da sua infância".

- **Segurança –** sentir-se seguro ou viver em ambiente seguro e sem violência.

Exemplos: C063/2014: "viva em um mundo menos violento"; C088/2014: "crescer em um ambiente tranquilo e seguro"; C108/2014: "nunca encontre pessoas que possam fazer mal";

PT056/2017: "cresça seguro".

- **Ausência de vícios –** não utilizar drogas ou ter vícios.

Exemplos: C049/2014: "que não use drogas"; C085/2014: "não seja atingido por vícios";

PT041/2017: "sem vícios".

- **Parentalidade** – o relato menciona comportamentos que os pais devem apresentar na educação dos filhos.

Exemplos: C036/2014: "a gente possa passar para ele muito amor, paciência, carinho, sabedoria"; C121/2015: "Estar mais juntos dos meus filhos, participar mais de tudo com eles"; C145/2015: "que eu possa estar sempre presente";

PT005/2016: "possa ter a consciência do que dei o meu melhor em orientar e instruir"; PT031/2017: "possamos (pais) contribuir"; PT002/2016: "quero poder estar sempre presente na vida dele"; PT044/2017: "eu consiga passar os valores de decência para ele"; PT048/2017: "eu não precise mais gritar, bater e que eu possa ser uma mãe mais tranquila"; PT028/2017: "quero sempre apoiar no que for preciso".

- **Esportes**- desejo de que a criança pratique alguma atividade física
  C026/2014: "pratique natação"
  PT001/2016: "seja um jogador de bola".