

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANEÍS LOUISE PERES

VIOÊNCIA INFANTIL E EFETIVIDADE DOS PROGRAMAS DE PARENTALIDADE
PREVENTIVOS UNIVERSAIS NA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DE 0 A 6 ANOS:
ESTUDOS DE REVISÃO

CURITIBA

2025

ANEÍS LOUISE PERES

VIOLÊNCIA INFANTIL E EFETIVIDADE DOS PROGRAMAS DE PARENTALIDADE
PREVENTIVOS UNIVERSAIS NA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DE 0 A 6 ANOS:
ESTUDOS DE REVISÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem

Linha de Pesquisa: Tecnologia e Inovação para o Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dra. Márcia Helena de Souza Freire

CURITIBA

2025

Peres, Aneís Louise

Violência infantil e efetividade dos Programas de Parentalidade Preventivos Universais na saúde e desenvolvimento de 0 a 6 anos [recurso eletrônico]: estudos de revisão / Aneís Louise Peres – Curitiba, 2025.

1 recurso online : PDF

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2025.

Orientador: Profa. Dra. Márcia Helena de Souza Freire

1. Relações pais-filho. 2. Poder familiar. 3. Criança. 4. Desenvolvimento infantil. 5. Saúde da criança. 6. Revisões sistemáticas como assunto. I. Freire, Márcia Helena de Souza. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 306.874



MINISTERIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ANEIS LOUISE PERES**, intitulada: **VIOLÊNCIA INFANTIL E EFETIVIDADE DOS PROGRAMAS DE PARENTALIDADE PREVENTIVOS UNIVERSAIS NA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DE 0 A 6 ANOS: ESTUDOS DE REVISÃO**, sob orientação da Profa. Dra. **MÁRCIA HELENA DE SOUZA FREIRE**, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 12 de Março de 2025.

Assinatura Eletrônica
20/03/2025 12:28:03.0
MÁRCIA HELENA DE SOUZA FREIRE
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
28/03/2025 15:25:43.0
CRISTIANE CARDOSO DE PAULA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA)

Assinatura Eletrônica
21/03/2025 09:32:47.0
JÚNIA APARECIDA LAIA DA MATA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL)

Assinatura Eletrônica
20/03/2025 21:19:02.0
VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



AGRADECIMENTO

A jornada da construção desta dissertação foi desafiadora, mas também repleta de aprendizados e crescimento. Nesse percurso, algumas pessoas foram fundamentais para que este trabalho se concretizasse, e a elas expresso minha mais profunda gratidão.

Aos meus pais, Luis Gustavo Peres e Dulcenea Aparecida Peres, por todo o amor, apoio incondicional e incentivo ao longo da minha vida acadêmica. Vocês sempre foram minha base, oferecendo força nos momentos difíceis e celebrando cada conquista ao meu lado. Obrigada por abdicarem de muito, para que eu estivesse aqui hoje.

Ao meu irmão, Marcus Vinicius Peres, por ter sido a minha principal inspiração em seguir essa carreira acadêmica, por ter sido meu principal parceiro de vida e pelo presente lindo que você e a Carol me deram, ao me tornarem tia.

À minha avó, Sirlei Simão Barbosa, por seu carinho e sabedoria, que me inspiram diariamente a seguir em frente com determinação e fé.

Ao meu namorado, Felipe Cardoso de Brito, por seu amor, paciência e apoio inestimável. Sua presença constante e incentivo foram essenciais para que eu seguisse firme nesta trajetória, acreditando sempre no meu potencial.

À minha professora e orientadora, Márcia Helena de Souza Freire, por toda dedicação, paciência e ensinamentos que me guiaram durante este processo. Seu compromisso com a educação e seu apoio foram fundamentais para que este trabalho fosse realizado com qualidade.

RESUMO

Produção desenvolvida na Linha de Pesquisa Tecnologia e Inovação para o Cuidar em Saúde e Enfermagem, que valendo-se de dois trabalhos de revisão sendo uma sistemática, produziu síntese de conhecimentos inovadores e recomendados para serem agregados às tecnologias sociais aplicáveis às políticas públicas no âmbito da relação entre pais – família – crianças. Objetivo geral: Desenvolver arcabouço teórico acerca das violências que acometem as crianças na primeira infância e da efetividade dos Programas de Parentalidade Preventivos Universais (PPPU) para a saúde e desenvolvimento infantil. Específicos: 1. Identificar os tipos e as naturezas das violências que acometem as crianças durante a primeira infância, e as consequências que acarretam. 2. Avaliar a efetividade dos PPPU para a saúde e desenvolvimento físico, cognitivo e social de crianças na primeira infância (de 0 a 6 anos). O método do estudo compõe-se de revisões, uma Revisão Integrativa, segundo Whittmore e Knalff, busca nas bases e portais de dados CINAHL, Embase, LILACS, Pubmed, Scopus e Web of Science, em fevereiro de 2024. Critérios de inclusão: pesquisas primárias com abordagem à violência na primeira infância, contra crianças de 0 a 6 anos de idade e/ou seus pais e cuidadores; estudos disponíveis na íntegra; e, publicados entre 2021 e 2023. Resultados apresentados em quadro organizacional analítico e um mapa com as categorias e subcategorias das consequências da violência para as crianças na primeira infância. Analisaram-se 12 artigos primários, o tipo de violência que mais acomete as crianças na primeira infância é a interpessoal intrafamiliar (n=12) e de natureza psicológica (n=8), com consequências na socialização (n=6). E, a parentalidade positiva é a principal estratégia preventiva que deve constar das políticas públicas de atenção à criança e à família. Quanto a Revisão Sistemática de Efetividade - *JB/®*, com busca feita nas bases e portais de dados CINAHL, Embase, LILACS, Pubmed, Scopus e Web of Science, OADT, OpenGrey e Google acadêmico, por três revisores independentes, em junho de 2024. Elegibilidade: estudos com pais e cuidadores de crianças na primeira infância que participaram de programas de treinamento parental e, obtiveram resultados nos desfechos de saúde e desenvolvimento físico, cognitivo e social infantil. Na análise de 16 estudos, de 2016 a 2024, apresentaram resultados positivos no desenvolvimento infantil (n =11), mais especificamente no cognitivo (n= 10). Os estudos apresentaram resultados convergentes com a saúde (n=8), em especial quanto à busca por atendimento médico de diversas complexidades (n=5) e, o consumo e diversidade alimentar (n=3). Ainda resultados referentes a prevenção da violência intrafamiliar (n= 9) e, identificou-se a utilização de tecnologias para a implementação favorável dos programas de intervenção parental (n=9). Concluiu-se que os PPPU possuem efetividade em suas ações, que a adoção de intervenções parentais, em especial as visitas domiciliares, podem fortalecer o papel do enfermeiro como protagonista do cuidado. Os PPPU têm como alvo os resultados eficazes e sustentáveis para a qualidade de vida das crianças; possuem potencial significativo para redução da morbimortalidade pediátrica, dos custos assistenciais e, para a consequente prevenção da violência intrafamiliar com a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: poder familiar; relações pais-filho; criança; desenvolvimento infantil; saúde da criança; revisões sistemáticas como assunto.

ABSTRACT

Production developed in the Research Line Technology and Innovation for Care in Health and Nursing, which, using two review works, one of which was systematic, produced a synthesis of innovative and recommended knowledge to be added to social technologies applicable to public policies within the scope of the relationship between parents, family and children. General objective: To develop a theoretical framework about the violence that affects children in early childhood and the effectiveness of Universal Preventive Parenting Programs (PPPU) for child health and development. Specific: 1. To identify the types and natures of violence that affect children during early childhood, and the consequences they entail. 2. To evaluate the effectiveness of PPPU for the health and physical, cognitive and social development of children in early childhood (from 0 to 6 years old). The study method consists of reviews, an Integrative Review, according to Whittmore and Knalff, searches in the databases and portals CINAHL, Embase, LILACS, Pubmed, Scopus and Web of Science, in February 2024. Inclusion criteria: primary research addressing violence in early childhood, against children aged 0 to 6 years and/or their parents and caregivers; studies available in full; and, published between 2021 and 2023. Results presented in an analytical organizational chart and a map with the categories and subcategories of the consequences of violence for children in early childhood. Twelve primary articles were analyzed, the type of violence that most affects children in early childhood is interpersonal intrafamily (n=12) and of a psychological nature (n=8), with consequences for socialization (n=6). Positive parenting is the main preventive strategy that should be included in public policies for child and family care. Regarding the Systematic Effectiveness Review - JBI®, with searches carried out in the databases and portals CINAHL, Embase, LILACS, Pubmed, Scopus and Web of Science, OADT, OpenGrey and Google Scholar, by three independent reviewers, in June 2024. Eligibility: studies with parents and caregivers of children in early childhood who participated in parenting training programs and obtained results in health outcomes and child physical, cognitive and social development. In the analysis of 16 studies, from 2016 to 2024, there were positive results in child development (n = 11), more specifically in cognitive (n = 10). The studies presented convergent results with health (n = 8), especially regarding the search for medical care of various complexities (n = 5) and food consumption and diversity (n = 3). There were also results regarding the prevention of domestic violence (n = 9) and the use of technologies for the favorable implementation of parental intervention programs (n = 9). It was concluded that the PPPUs are effective in their actions and that the adoption of parental interventions, especially home visits, can strengthen the role of the nurse as the protagonist of care. The PPPUs target effective and sustainable results for the quality of life of children; they have significant potential for reducing pediatric morbidity and mortality, healthcare costs and, consequently, for the prevention of domestic violence by promoting health and child development.

Keywords: family power; parent-child relationships; child; child development; child health; systematic reviews as topic.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - DOMÍNIOS DA ATENÇÃO INTEGRAL NECESSÁRIA PARA QUE AS CRIANÇAS ALCANÇEM TODO O SEU POTENCIAL DE DESENVOLVIMENTO	19
FIGURA 2 - DIAGRAMA DOS TIPOS E NATUREZAS DA VIOLÊNCIA	22
FIGURA 3 - DIAGRAMA DE LEIS E POLÍTICAS DE PROTEÇÃO À CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO OU NÃO DE VIOLÊNCIA	25
FIGURA 4 - DIAGRAMA DOS ASPECTOS QUE COMPÕE A PARENTALIDADE	26
FIGURA 5 - DIAGRAMA DAS CLASSIFICAÇÕES DAS TRANSIÇÕES DE VIDA	29
FIGURA 6 - DIAGRAMA ACERCA DOS ESTÁGIOS QUE COMPÕE A PARENTALIDADE	32
FIGURA 7 - DIAGRAMA DE ESTILOS PARENTAIS BASEADOS EM EXIGÊNCIA E RESPONSABILIDADE.....	35
FIGURA 8 - DIAGRAMA DE IMPACTO NEGATIVO DOS ESTILOS PARENTAIS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	37
FIGURA 9 - DIAGRAMA DE PERSPECTIVAS ACERCA DO ABUSO OU MAUS-TRATOS INFANTIS.....	38
FIGURA 10 - DIAGRAMA DO CAMINHO DA PUNIÇÃO INFLINGIDA ATÉ A MUDANÇA COMPORTAMENTAL DA CRIANÇA POR FORTALECIMENTO DA RELAÇÃO ENTRE PAI E FILHO	41
FIGURA 11 - DIAGRAMA DAS ESTRATÉGIAS DO MODELO CONFORTE	42
FIGURA 12 - DIAGRAMA DOS BENEFÍCIOS PROVENIENTES DOS PROGRAMAS DE TREINAMENTO PARENTAL.....	45
FIGURA 13 - DIAGRAMA DOS PROGRAMAS DE TREINAMENTO PARENTAL.....	49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.2 JUSTIFICATIVA	12
1.3 PROBLEMAS DE PESQUISA	14
1.3.1 Problema - Artigo 1.....	14
1.3.2 Problema - Artigo 2.....	14
1.4 OBJETIVOS	14
1.4.1 Objetivo geral	14
1.4.2 Objetivos específicos.....	15
1.4.2.1 Objetivo Específico do Artigo 1.....	15
1.4.2.2 Objetivo Específico do Artigo 2.....	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 ENFOQUES CONCEITUAL E HISTÓRICO-POLÍTICO DA PRIMEIRA INFÂNCIA	15
2.1.1 Enfoque Conceitual	15
2.1.2 Enfoque Histórico-Político	17
2.2 A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA	21
2.2.1 A Violência Infantil.....	21
2.2.2 Tipos e Naturezas da Violência na Infância	22
2.2.3 Leis e Políticas de Proteção a Crianças e Adolescentes em Situação de Violência.....	23
2.3 A PARENTALIDADE	25
2.3.1 Cuidados de Criação e o Desenvolvimento na Primeira Infância.....	25
2.3.2 Teorizando a Parentalidade: Teoria das Transições de Meleis	27
2.3.3 Os Estilos Parentais ou de Parentalidade	33
2.3.4 A Parentalidade e a Violência	37
2.3.5 Políticas Públicas de Parentalidade Positiva	43
2.4 Os Programas de Parentalidade Preventivos Universais (PPPU).....	44
2.4.1 Conceito de PPPU e suas abordagens	44
2.4.2 Objetivos e elementos essenciais dos PPPU	45

2.4.3 Exemplos de Programas de Parentalidade Preventivo Universais (PPPU)	46
2.4.3.1 Reach Up: Early Childhood Parenting	46
2.4.3.2 ACT Raising Safe Kids (ACT).....	47
2.4.3.3 Sugira Muryango	47
2.4.3.4 Families First Home Visiting (FFHV)	48
2.4.3.5 Family Connects (FC).....	48
2.4.3.6 Outros Programas	49
3 RESULTADOS.....	50
3.1 Violência contra crianças na primeira infância e suas consequências: revisão integrativa.....	50
3.2 Efetividade dos programas de parentalidade na saúde e no desenvolvimento na primeira infância: Revisão Sistemática.....	60
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS.....	95
APÊNDICE 1	101

1 INTRODUÇÃO

A família é a primeira estrutura ou grupo social composto por um ou mais indivíduos, com relacionamento de natureza biológica ou afetiva, que contribui de forma palpável na construção do desenvolvimento humano, que é mediado por normas, doutrinas, concepções e comportamentos, os quais são compartilhados entre as gerações. Sabe-se que os pais / cuidadores são os primeiros e os principais transmissores de conhecimento, e como tais, afetam significativamente os comportamentos e valores dos filhos. A qualidade do relacionamento dependerá de como os pais / cuidadores adotarão a condução dessa relação. A inter-relação poderá ocorrer de maneira saudável e positiva ou da forma negativa, com a ausência de dedicação, com a utilização de violência ao longo da estruturação do indivíduo (da Costa; Laport, 2019).

A violência é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o uso deliberado de força física, contra si próprio ou terceiros, podendo ocasionar lesões físicas, óbitos e danos psicossociais. Trata-se de um processo complexo e com múltiplas facetas, que envolvem aspectos sociais e pessoais, interpessoais e comunitários. Neste cenário, as crianças apresentam maior vulnerabilidade, por estarem em meio à um desenvolvimento ativo e com frequência apresentarem dificuldade para reconhecer e comunicar o ocorrido, podendo acarretar danos emocionais, psicológicos, sociais e cognitivos a longo prazo, a depender do tipo de violência praticado (da Silva; Ceribelli, 2021).

Assim sendo, a violência infantil é, inquestionavelmente, um problema de saúde pública, que atinge, anualmente, em todo o mundo, 50% das crianças e adolescentes de 2 a 17 anos de idade, e acarreta diversas complicações na saúde e no desenvolvimento infantil. Globalmente, cerca de 300 milhões de crianças, de 2 a 4 anos são disciplinadas violentamente, ou seja, 3 em cada 4 crianças sofrem com a violência intrafamiliar (de Oliveira *et al.*, 2021). Uma em cada 10 meninas, ou seja, 120 milhões de mulheres com menos de 20 anos de idade, são agredidas sexualmente. Já entre os meninos, também acontece a vitimização por violência sexual, porém as notificações são três vezes menores em vítimas do sexo masculino quando comparadas ao feminino (Walker-Descartes *et al.*, 2021).

No Brasil, em 2017, 126.230 casos de violência contra crianças foram registrados, com a ocorrência de 21.559 óbitos, cerca de 17% do total de violências.

Destes casos, 25% ocorreram entre crianças menores de 10 anos, e 10,7% ocorreram em crianças menores de 4 anos de idade (de Oliveira *et al.*, 2021). Com relação ao sexo das vítimas, os meninos são mais acometidos na infância (232 por 100 mil habitantes), e as meninas na adolescência (248 por 100 mil habitantes). Em 2019, as crianças de zero a quatro anos, foram as principais vítimas da violência, representando uma proporção de 28,4% (Riba; Zioni, 2022). Em 2021, cerca de 30.604 denúncias de violação de direitos contra crianças na primeira infância (0-6 anos), foram registradas. No ano seguinte, somente no primeiro semestre, foram 25.377 denúncias, contra crianças nessa mesma faixa etária (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022).

A violência intrafamiliar é o tipo de violência que mais acomete as crianças. É a que ocorre entre os membros da família, sendo os principais perpetradores aqueles que possuem um papel de autoridade contra aqueles com maior vulnerabilidade, como as crianças (Minayo; Pinto; Silva, 2022). Esse tipo de violência, é um dos mais graves no contexto da violência contra crianças, considerando os problemas decorrentes, a longo prazo para as vítimas. O ambiente doméstico é o local onde a violência mais ocorre (81,1%), como fatores facilitadores desta ocorrência aponta-se o favorecimento de maior tempo de permanência do agressor com a vítima e da omissão, e um grau significativo de dificuldade para a identificação da ocorrência. Os principais perpetradores da agressão física são os pais (41,13%) e as mães (39,8%) (Riba; Zioni, 2022).

Nesse contexto, pauta-se sobre a parentalidade que engloba os cuidados maternos e paternos para atender as necessidades básicas de criação dos filhos, que quando trilhadas de forma saudável e positiva, pautará o respeito, o carinho e a empatia. O exercício da parentalidade reduz diversos tipos de vulnerabilidades das crianças, além de potencializar o crescimento físico e cognitivo, e assim, otimizar a qualidade de vida a longo prazo (Meleis *et al.*, 2010; Brito *et al.*, 2023).

As experiências positivas tendem a determinar, em um contexto de equilíbrio, o desenvolvimento saudável e uma aprendizagem de qualidade, como a interação responsiva com pais/cuidadores, a saúde, a nutrição correta, assim como um ambiente amoroso, com apego seguro, e baixo nível de estresse (Sargsyan *et al.*, 2023). Essas experiências, as quais são influenciadas pela genética e pelo meio ambiente, se iniciam na primeira infância e irão repercutir na qualidade de vida da criança, no desenvolvimento infantil até a idade adulta. Sabe-se que o meio ambiente

impactará na estrutura e nas funções cerebrais, influenciando o desenvolvimento global da criança (Photichai; Luvira, 2023).

Assim, a parentalidade saudável pode ser utilizada de forma efetiva para o enfrentamento à violência intrafamiliar, principalmente através de ações positivas, como os Programas de Parentalidade Preventivos Universais (PPPU). Os PPPU, são considerados intervenções em saúde e estratégias para o fortalecimento da parentalidade positiva. Atribuem benefícios tanto aos pais, como aos cuidadores, guardiões e tutores, os quais, geralmente, necessitam de instrumentalização e aconselhamento parental, apresentam um padrão de parentalidade negativa, incluindo utilização da violência como estratégia de disciplina e educação. Os PPPU acompanham as famílias em geral, para apoiar a qualidade dos relacionamentos entre pais / cuidadores e os filhos, e também propiciar a melhoria da qualidade da saúde e do desenvolvimento infantil. Atualmente, vários desses programas de treinamento parental utilizam uma tecnologia como instrumento para o seu desenvolvimento e aplicação (Alam *et al.*, 2023).

1.2 JUSTIFICATIVA

A violência afeta cerca de um bilhão de crianças em todo o mundo, com consequências negativas no âmbito físico, emocional e social (WHO, 2020). Segundo o relatório técnico do Fórum de Segurança Pública, de 2024, intitulado *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*, os dados correlatos às violências contra crianças e adolescentes no Brasil têm destaque. Observou-se, de 2022 para 2023, elevação de 30% em todos os crimes não letais contra crianças e adolescentes (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024).

Em 2023, a violência sexual, mais especificamente o crime de estupro de menores, foi recordista de incidência no Brasil, com um total de 61.153 vítimas, entre crianças e adolescentes, de 0 a 17 anos. Para a violência física, as faixas etárias mais acometidas foram as de crianças de 5 a 9 anos, com uma taxa de 76,6 vítimas a cada 100 mil habitantes (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024).

No relatório de pesquisa de 2022, os maus-tratos e as lesões corporais, no contexto da violência intrafamiliar, foram coletados e analisados. Em 2021, cerca de 18.461 vítimas, de 0 a 17 anos, sofreram lesão corporal, gerando uma taxa de 34,9 vítimas de lesão corporal a cada 100 mil habitantes. A faixa etária mais afetada foi a

de 0 a 4 anos, com 13,1/100 mil habitantes. Com relação aos maus-tratos infantis, 19.136 vítimas de 0 a 17 anos foram registradas em 2021, totalizando 36,1/100 mil habitantes (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022).

Em 2021, foi ainda identificado o abandono de incapaz com 7.908 registros de crianças e adolescentes de 0 a 17 anos. As maiores taxas estão entre as vítimas de 5 a 9 anos de idade, que passaram de 17,4/100 mil habitantes em 2020, para 19,6/100 mil habitantes em 2021, um aumento de 12,5% em um ano. O relatório do estudo aponta o impacto da pandemia de Covid-19 neste cenário, considerando o aumento dos índices de pobreza no país aliado, e a piora das condições sociais e econômicas (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022).

Neste cenário, o presente estudo se justifica pela elevação progressiva da violência, principalmente, na primeira infância (0 a 6 anos), deflagrando a necessidade de evidências científicas robustas e confiáveis que sustentem os conhecimentos acerca da violência contra crianças, mais especificamente os tipos e naturezas da violência prevalentes nessa faixa etária populacional e, as consequências que advém desse processo.

E também, se propõem a aprofundar as evidências científicas acerca do da parentalidade saudável, reconhecendo-a como uma estratégia de elevada relevância no enfrentamento à violência contra crianças. Como igualmente, pautar a efetividade dos PPPU para a saúde e desenvolvimento infantil e averiguar a atuação que possuem na prevenção da violência intrafamiliar, bem como explorar as tecnologias que estão sendo utilizadas para desenvolvimento e aplicação desses programas de treinamento parental. Entende-se que os programas bem concebidos e estruturados, como os PPPU, podem atingir uma redução de 20-50% na prevalência da violência contra crianças, sobretudo em países de média e baixa renda (WHO, 2020).

O presente desenvolvimento dissertativo compõe o Projeto Multicêntrico contemplado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Nº 46/2022, na Área da Saúde da Criança, no Eixo IV: práticas parentais e alternativas saudáveis; e, na linha temática IV: relação entre práticas parentais saudáveis e a violência contra crianças. O qual intitula-se: “Desenvolvimento de Tecnologias para a Promoção da Parentalidade Saudável e Combate à Violência na Primeira Infância”. Seu principal objetivo é o desenvolvimento de tecnologias para a promoção da parentalidade e enfrentamento da violência na primeira infância. De maneira que as revisões que compõe o projeto, apresentam temáticas convergentes

e darão suporte ao multicêntrico, qualificando o arcabouço teórico da temática oferecendo instrumentos para qualificação do mesmo, além de robustez nas evidências científicas. Finalmente, pauta-se o projeto em prática baseada em evidências e de maneira convergente à Linha de Pesquisa de “Tecnologia e Inovação para o Cuidar em Saúde e Enfermagem”.

Com relação à minha motivação e afinidade com o tema, estas advêm da experiência durante a minha formação como enfermeira Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente, a qual cursei em um hospital exclusivamente pediátrico, localizado na Região Sul do país, mais especificamente, na cidade de Curitiba/PR. O Hospital é referência no atendimento pediátrico na América Latina e atende as crianças vítimas de violência. Durante esse período, tive a oportunidade de acompanhar toda a avaliação e assistência à essas vítimas e, conseqüentemente, de ponderar acerca do papel do enfermeiro no cuidado a essas crianças, e o potencial desse profissional para atuar na prevenção desses casos, através da educação de pais / cuidadores e, na promoção de saúde, com conseqüente melhora na qualidade de vida das famílias á curto, médio e longo prazo.

Assim, à partir dos Problemas de Pesquisa, delinearam-se um objetivo geral e dois objetivos específicos, como planejamento para o desenvolvimento de dois manuscritos, sendo o primeiro uma Revisão Integrativa, aceita para a publicação e, o segundo, uma Revisão Sistemática. Os problemas de pesquisa e objetivos, são apresentados na sequência.

1.3 PROBLEMAS DE PESQUISA

1.3.1 Problema - Artigo 1

Quais são os tipos e as naturezas da violência que acometem as crianças na primeira infância (0 a 6 anos) e quais são as conseqüências que estas acarretam?

1.3.2 Problema - Artigo 2

Qual a efetividade dos Programas de Parentalidade Preventivos Universais na saúde e no desenvolvimento físico, cognitivo e social da criança na primeira infância?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo geral

Desenvolver o arcabouço teórico, acerca das violências que acometem as crianças na primeira infância e da efetividade dos Programas de Parentalidade Preventivos Universais (PPPU) para a saúde e desenvolvimento infantil.

1.4.2 Objetivos específicos

1.4.2.1 Objetivo Específico do Artigo 1

Identificar os tipos e as naturezas das violências que acometem as crianças durante a primeira infância e as consequências que acarretam a este segmento populacional.

1.4.2.2 Objetivo Específico do Artigo 2

Avaliar a efetividade dos Programas de Parentalidade Preventivos Universais (PPPU) para a saúde e desenvolvimento físico, cognitivo e social de crianças na primeira infância.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo são apresentadas as bases teóricas que norteiam o desenvolvimento dos estudos de revisão. Desenvolvem-se: abordagem teórica, científica e de políticas públicas à primeira infância, à parentalidade, à violência contra a criança na primeira infância.

2.1 ENFOQUES CONCEITUAL E HISTÓRICO-POLÍTICO DA PRIMEIRA INFÂNCIA

2.1.1 Enfoque Conceitual

A primeira infância é caracterizada pela criança na faixa etária de zero a seis anos de idade. No Brasil, contava-se, em 2020, com cerca de 19 milhões de crianças nessa faixa etária, representando 8,9% da população brasileira (Rede Nacional Primeira Infância, 2023). Em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, cerca de 250 milhões de crianças menores de cinco anos, apresentam risco aumentado relacionado ao atraso de desenvolvimento na primeira infância e, são vulneráveis ao

risco de não alcançar seu potencial completo, pelas adversidades as quais estão sujeitos nesses primeiros anos de vida (UNICEF, 2017).

Essa fase é considerada a base para o desenvolvimento humano, sendo reconhecida, frequentemente, como uma “janela de oportunidades” (Engle *et al.*, 2011; Shonkoff *et al.*, 2012). O desenvolvimento da criança durante esse período, é caracterizado pelos aspectos cognitivo, motor, de linguagem e socioemocional mais ativo. É na primeira infância que as questões globais de saúde, bem como as sociais ao longo da vida, irão se delinear, como exemplos: as doenças mentais; o atraso de crescimento; a obesidade; as doenças cardíacas; o crime; e, o abuso de substâncias ilícitas. Todas essas questões se delimitam, positiva ou negativamente, através das experiências que a criança vivencia no início de sua vida (Sargsyan *et al.*, 2023).

Nessa etapa infantil, o cérebro possui elevada plasticidade, apresentando maior capacidade de modulação através do aprendizado pelas experiências, justificando a necessidade da garantia do estímulo social e do brincar, os quais propiciam o desenvolvimento pleno da criança. O desenvolvimento infantil requer investimento da família e do Estado na redução de desigualdades relativas à pobreza, exposição a violência e às oportunidades escassas de aprendizagem (Engle *et al.*, 2011; Black *et al.*, 2017; Grantham-McGregor *et al.*, 2007).

Nesse contexto, em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que se constituem em uma Agenda a ser cumprida até 2030. Estes renovaram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que foi pactuado em 2000, com data limite prevista até o ano de 2015 (Silva *et al.*, 2023).

As crianças na faixa etária da primeira infância, representam o futuro e a oportunidade de maior equidade, sustentabilidade e justiça no mundo. Os ODS que compreendem, mais especificamente, essa faixa etária são: (3) “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar em todas as idades” - algumas das metas associadas são: redução das taxas de mortalidade materna e erradicação das mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos (Silva *et al.*, 2023 p. 2); e, (4) “Assegurar a educação inclusiva, equitativa, de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos” (Boaventura; Bentes, 2023).

Além disso, o ODS 16, intitulado “Paz, justiça e instituições eficazes”, visa a redução de todas as formas de violência e das taxas de mortalidade relacionada às

mesmas. Com relação a violência contra crianças, principalmente na faixa etária da primeira infância, haja visto que estatisticamente é a população mais vitimizada pela violência no Brasil e no mundo, o ODS 16 visa cessar com o abuso, exploração, tráfico e todas as demais formas de violência contra esta população (Wailles; Mackenzie, 2023).

Assim, o intuito dos ODS para as crianças é, em geral, a melhoria da qualidade de vida, a promoção da saúde e educação e a prevenção de agravos e violências. E, para que se cumpram os ODS devem ser reconhecidos os direitos das crianças e, ainda, urgem ser estabelecidos e protegidos.

2.1.2 Enfoque Histórico-Político

A constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, é considerada um marco para a defesa dos direitos da criança e do adolescente, pois lança um novo olhar político e social sobre a infância e a adolescência. Nela, a criança e o adolescente são vistos como sujeitos de direitos e passam a ser de responsabilidade, além da família, também da sociedade e Estado, sendo dever destes assegurar-lhes direitos e colocá-las como sua prioridade. É de responsabilidade da família e da sociedade garantir direitos a este segmento populacional, como: vida, saúde, alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito e liberdade. E ainda, protegê-las da negligência, discriminação e violência; igualar as crianças e adolescentes em dignidade, não fazendo distinção econômica, social, étnica ou de qualquer outra natureza (Brasil, 1988, art. 227; Rede Nacional Primeira Infância, 2023).

Após a constituição de 88, estabeleceu-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), através da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, um marco regulatório exclusivamente destinado aos direitos humanos da criança e do adolescente, possibilitando sua ampliação, à partir da Constituição, e garantindo que estes direitos sejam inalienáveis, protegendo crianças e adolescentes de todas as moléstias causadas pela família e sociedade. O ECA possibilitou a criação de uma série de políticas públicas e setoriais, como o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) (Brasil, 1990, art. 1; Souza *et al.*, 2022).

O CONANDA, foi criado pela Lei n.º 8.242/1991. Trata-se de um colegiado que tem como principal atribuição a definição das diretrizes que orientam a Política de

Atenção Integral. Os Estados e municípios também possuem seus Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente e, junto do Conselho Nacional, formam uma rede fundamental na defesa dos direitos dessa população. O CONANDA, aprovou em uma de suas reuniões de colegiado, o Plano Nacional pela Primeira Infância, que foi elaborado e estruturado pela Rede Nacional Primeira Infância, E ainda obteve apoio de alguns organismos que compõem o sistema das Nações Unidas, sendo estes: Organização Mundial da Saúde (OMS); Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO); e, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (Rede Nacional Primeira Infância, 2023).

O Plano Nacional pela Primeira Infância abrange todos os direitos das crianças de zero a seis anos. Este, apresenta, para além daqueles direitos já citados na Constituição brasileira e no ECA, os seguintes: convivência familiar e comunitária; defesa a integridade física e psicológica; saúde mental; o brincar; obrigatoriedade do registro civil e certidão de nascimento; individualidade e diversidade; participar e ser ouvida; natureza e meio ambiente não contaminados; e, a paz (Veronese; Ribeiro, 2019; Rede Nacional Primeira Infância, 2023).

Além disso, esse plano é convergente à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que foi instituída por meio da Portaria MS/GM 687/2006, e se consolidou através da Portaria nº 2, de 28 de setembro de 2017, que visa a melhoria da condição de vida do indivíduo, redução das vulnerabilidades e dos riscos à saúde, decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (Brasil, 2006).

Dentro da atualização do Plano Nacional pela Primeira Infância, de 2020, além dos direitos preconizados para esta faixa etária populacional, um tema parental o compõe, que é o lugar do homem no cuidado da família, da mãe e da criança. O documento trouxe à luz as temáticas voltadas para a primeira infância, visto que o período de maior vulnerabilidade das crianças está nesta faixa etária (Veronese; Ribeiro, 2019; Rede Nacional Primeira Infância, 2023).

Em maio de 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) uniram-se para a construção do modelo “Nutrir cuidados para o desenvolvimento da primeira infância: uma ação-quadro global”. O mesmo enfatiza que durante a Primeira Infância encontra-se uma janela de

oportunidades para o desenvolvimento das bases de saúde e bem-estar da próxima geração (WHO, 2018).

De maneira que se apresenta a relevância desta etapa para a Promoção da Saúde, valendo-se de um desenvolvimento saudável, com redução de danos originados, valendo-se das oportunidades de apoio e ações positivas, durante este período. Assim, apontam-se que, para o cuidado integral e crescimento pleno e sadio da criança, cinco domínios vitais são essenciais para a Promoção da Saúde das crianças na Primeira Infância, conforme apresentado na Figura 1, a saber: boa saúde; nutrição adequada; segurança e proteção; aprendizagem precoce; e, os cuidados responsivos. (WHO, 2018; Capitani *et al.*, 2023).

FIGURA 1 - DOMÍNIOS DA ATENÇÃO INTEGRAL NECESSÁRIA PARA QUE AS CRIANÇAS ALCANÇEM TODO O SEU POTENCIAL DE DESENVOLVIMENTO



FONTE: WHO (2018).

Como um dos domínios tem-se a *boa saúde*. A qualidade de saúde das crianças nessa faixa etária é dependente das ações de monitoramento pelos cuidadores, das condições físicas e emocionais das crianças. É importante ressaltar que a boa saúde dos pais e cuidadores, influencia na boa saúde das crianças. As intervenções relativas ao componente de boa saúde, são: monitoramento de estado físico e mental; proporcionar respostas afetuosas às necessidades diárias das crianças; proteger as crianças de perigos domésticos e ambientais; incentivar e guiar a criança em práticas de higiene que ajudam na minimização de infecções; práticas de promoção e

prevenção a saúde; e, procurar atendimento adequado e pertinente para as doenças infantis (WHO, 2018; UNICEF, 2023).

Outro domínio diz respeito à *nutrição adequada*. Os componentes que constituem esse domínio são: alimentação materna adequada durante a gravidez; aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, considerando também o contato pele a pele, realizado ao nascimento; introdução alimentar a partir de seis meses, bem conduzida pelos pais e cuidadores, considerando que esta precisa ser diversificada e compreender os micronutrientes necessários para crescimento corporal e desenvolvimento neuropsicomotor e, a segurança alimentar da família, nos períodos posteriores (WHO, 2018; UNICEF, 2023).

A *segurança e proteção*, se refere aos ambientes seguros, tanto para as crianças, quanto para suas famílias, visto que as crianças são mais vulneráveis a perigos imprevistos, dor física e estresse emocional. Este domínio pode incluir componentes como: riscos ambientais, como poluição do ar e exposição a produtos químicos; falta de acesso a saneamento, alimentos e água potável; e, maior vulnerabilidade frente à violência, que pode acarretar desajustes emocionais, mentais e sociais. Deve-se garantir a saúde mental dos pais e cuidadores, e trabalhar com estes a prevenção da violência, apoiará o bom desenvolvimento deste domínio (WHO, 2018; UNICEF, 2023).

A aprendizagem é um mecanismo inerente ao ser humano, pois garante nossa boa adaptação às mudanças, que são frequentes ao longo da vida. O domínio *aprendizagem precoce*, se refere a oportunizar à criança a interação com pessoas, objetos e ambientes, que é a base para o desenvolvimento cognitivo, intelectual, social e emocional pleno e, assim gerar aprendizado. As crianças precisam, mediante o contato com o cuidador e suas famílias, adquirir experiências de aprendizagem social, e a partir disso desenvolver outros mecanismos de aprendizagem, como aqueles posteriormente concebidos na escola (WHO, 2018; UNICEF, 2023).

A relação parental, referente ao conhecimento insuficiente e à tensão ao desempenhar o papel do cuidador, pode impedir o desenvolvimento adequado da criança nessa faixa etária (Photichai, Luvira, 2023). A partir disso, apresenta-se o último domínio, intitulado como *cuidado responsivo*, ou também designada como *parentalidade saudável ou positiva*. Esta é relativa à capacidade dos pais e cuidadores em atender as necessidades das crianças, e está intimamente atrelada ao domínio de segurança e proteção, pois ambos promovem a prevenção da violência intrafamiliar

(WHO, 2018; UNICEF, 2023). Este domínio é fundamental, pois permeia todos os outros. Se inicia com a observação e resposta mútua entre a criança e o cuidador, relativas aos movimentos, sons, gestos e solicitações verbais. Esta é a base da dimensão, que evolui para: proteção da criança contra lesões e os possíveis eventos adversos, reconhecimento e resposta a doenças, enriquecimento da aprendizagem e construção de confiança nas relações sociais (WHO, 2018; UNICEF, 2023).

As interações agradáveis e o vínculo emocional gerado, transforma a maneira como a criança visualiza e recebe os relacionamentos futuros, tornando estes mais saudáveis. Nessa faixa etária, essas interações também, estimulam conexões cerebrais, aperfeiçoando o desenvolvimento neuropsicomotor (WHO, 2018; UNICEF, 2023). Porém, nem sempre as interações entre pais / cuidadores e filhos são saudáveis e, em alguns casos, são permeadas pela utilização da violência para disciplina e educação dos filhos.

2.2 A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA

2.2.1 A Violência Infantil

A violência infantil é conceituada como todo o ato ou omissão perpetrados por pais, parentes, pessoas e instituições, que possam levar a dano físico, psicológico ou sexual a vítima. De forma atemporal, esteve intimamente atrelada à educação, utilizada como forma de socialização e como resposta ao mau comportamento. Em uma Lei hebraica, datada de 1250-1225 a.C, estabelecia-se que se os filhos descumprissem as regras impostas pelos pais, cabia aos anciões puni-los severamente com apedrejamento, podendo ser até a morte (Minayo, 2001).

No contexto atual, a violência infantil possui prevalência no cenário doméstico. Para os pais e cuidadores, é utilizada como um instrumento para manter as famílias unidas, pois é uma forma rápida e fácil para a solução de problemas emocionais dessa estrutura familiar. Porém, atualmente se considera uma transgressão do poder e do dever, que advém do indivíduo adulto, assim sendo é uma violação do direito da criança, a qual precisa ser tratada como pessoa em condição especial de crescimento e desenvolvimento. A violência é um procedimento que sofreu ao longo do tempo uma naturalização, onde os adultos a consideram como uma legítima maneira de prática educacional e, que possui tipos e naturezas que a diferenciam (Minayo, 2001).

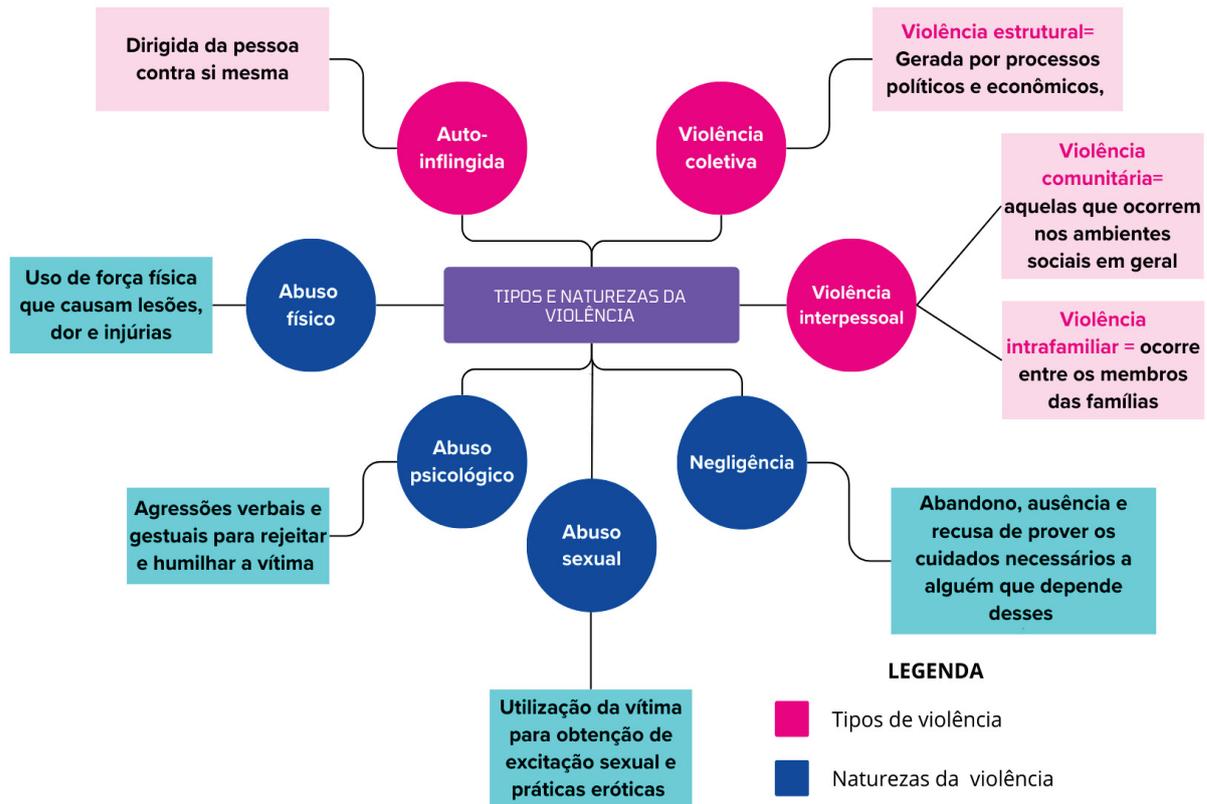
2.2.2 Tipos e Naturezas da Violência na Infância

A **tipologia da violência** é dividida em: auto-inflingida; coletiva; e, interpessoal. A *violência auto-inflingida*, é aquela dirigida da própria pessoa contra si mesma, como os comportamentos suicidas (suicídio, ideação suicida e tentativa de suicídio) e, os auto abusos (agressões contra si próprio e automutilações). Já, a *violência coletiva*, que inclui a violência estrutural, é um tipo de violência gerada por processos políticos e econômicos, que aumentam as desigualdades sociais e reduzem a qualidade de vida, dificultando assim o desenvolvimento físico e cognitivo das crianças (Minayo, 2006; Minayo; Pinto; da Silva, 2022).

E, a *violência interpessoal*, é dividida em: comunitária e intrafamiliar. A violência comunitária, diz respeito às que ocorrem nos ambientes sociais em geral, como trabalho, escola, prisões e asilos. A violência intrafamiliar é aquela que ocorre entre os membros das famílias, relativo principalmente ao ambiente doméstico, mas não unicamente, e que vitimiza principalmente os membros com maior vulnerabilidade, como as crianças (Minayo, 2006; Minayo; Pinto; Silva, 2022).

Com relação a **natureza da violência**, dividem-se em: *abuso físico*, designado como uso de força física que causa lesões, dor e injúrias; *abuso psicológico*, que diz respeito a agressões verbais e gestuais para rejeitar, humilhar, restringir a liberdade e isolar a vítima do convívio social; *abuso sexual*, que designa-se pela utilização da vítima para obtenção de excitação sexual e práticas eróticas e sexuais por aliciamento, violência física e ameaças; e negligência, relativa ao abandono, ausência e recusa de prover os cuidados necessários a alguém que depende de atenção e cuidado. (Minayo, 2006; Minayo; Pinto; Silva, 2022). Apresenta-se na Figura 2 um diagrama explanando os tipos e as naturezas da violência.

FIGURA 2 - DIAGRAMA DOS TIPOS E NATUREZAS DA VIOLÊNCIA



FONTE: Adaptado de Minayo (2006).

2.2.3 Leis e Políticas de Proteção a Crianças e Adolescentes em Situação de Violência

De acordo com o ECA, que trata sobre os direitos das crianças e adolescentes e da proteção destes:

“É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor. ARTIGO 18-A: A criança e o adolescente têm o direito de ser educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante, como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto, pelos pais, pelos integrantes da família ampliada, pelos responsáveis, pelos agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou por qualquer pessoa encarregada de cuidar deles, tratá-los, educá-los ou protegê-los (Brasil, 1990, Art. 18)”

O ECA ainda estabelece medidas de proteção quando houver ameaça ou violação de direitos. Em convergência, foi criado em 2001, a Política Nacional de Redução e da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). Esta política considera a violência como um problema de saúde pública, e uma das principais

causas de morbimortalidade na infância, sendo prioridade de atenção nessa faixa etária (Trindade; Hohendorff, 2020).

Posteriormente à PNRMAV, estabeleceu-se uma série de leis complementares ao ECA que visam o enfrentamento a violência infantil, como: a Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014, primeiramente designada como “Lei da Palmada” e posteriormente conhecida como “Lei Menino Bernardo”, em referência ao caso de Bernardo Uglione Boldrini (Brasil, 2014, art. 1; Trindade; Hohendorff, 2020). Esse caso, faz alusão ao caso de um menino de onze anos, que foi assassinado no Rio Grande do Sul, após receber uma superdosagem de sedativos, administrados pelo pai e pela madrasta (Lima *et al.*, 2022)

É uma lei que estabelece o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante e prevê sanções administrativas aos perpetradores de violência contra crianças e adolescentes, como encaminhamento a programas de proteção a família e tratamento psicológico/psiquiátrico destes. Foram delineadas também as políticas e programas para coibir a prática da educação violenta. Uma lei e uma tentativa brasileira de atualizar seu marco legal, conforme o que foi proposto pelos órgãos de direito internacional, como a ONU (Brasil, 2014, art. 1; Trindade; Hohendorff, 2020).

Além disso, tem-se a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, a chamada “Lei de Escuta Protegida”, que estabelece a garantia de direitos de crianças e adolescentes vítimas ou testemunha de violência. Esta lei descreve a importância e a necessidade do respeito à escuta protegida, que é um método de conversa com crianças e adolescentes que passaram por algum tipo de violência, para garantia de ambiente seguro e acolhedor (Brasil, 2017, art. 1; Guimarães; Silva, 2023).

É uma lei que engloba uma série de áreas à favor do pleno desenvolvimento infantil, como: justiça; assistência social; educação; saúde; e, segurança pública. As crianças têm maior vulnerabilidade, muitas vezes não tem apoio no ambiente familiar e sofrem violência neste, devido a isso, os depoimentos são procedimentos que podem gerar revitimização destas crianças e adolescentes, esta Lei, de maneira convergente, promove a qualificação desse processo e dos profissionais (Brasil, 2017, art. 1; Guimarães; Silva, 2023).

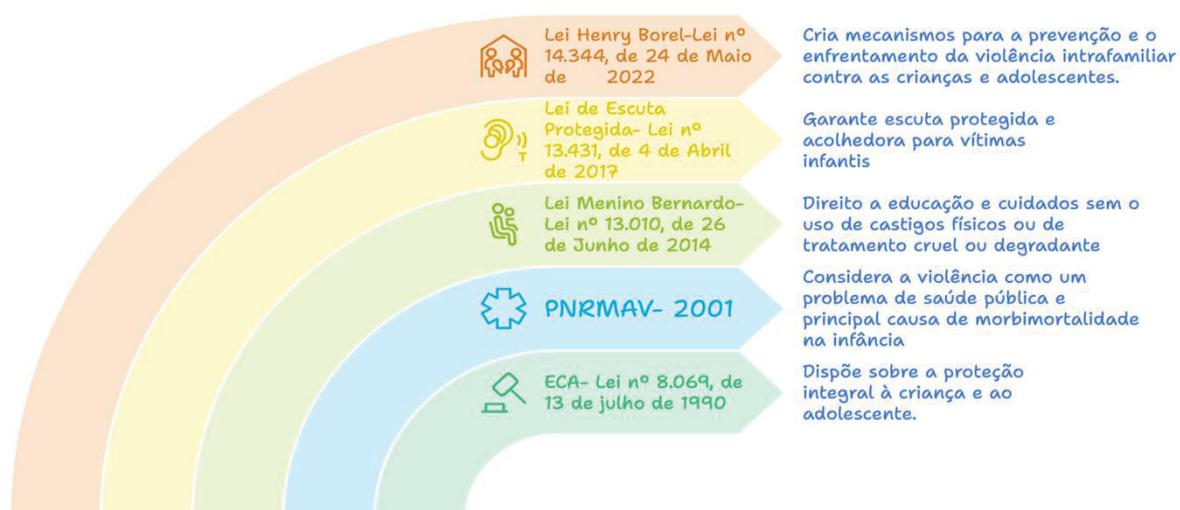
A Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022, chamada de “Lei Henry Borel”, faz alusão ao caso do menino Henry Borel, que foi á óbito aos quatro anos de idade, devido a hemorragia interna por violência física, perpetrada pela mãe e padrasto da

criança, em ambiente doméstico. O caso evidencia a falha do sistema brasileiro acerca do enfrentamento da violência infantil. Esta Lei tem o intuito de criar mecanismos de enfrentamento a violência infantil doméstica e familiar, introduzindo medidas protetivas mais rigorosas e fortalecendo o apoio jurídico às vítimas (Brasil, 2022, art. 1; Sferra; Redivo, 2023).

A Lei Henry Borel torna o crime de homicídio de crianças e adolescentes como hediondo e, devido a isso, inafiançável, sem possibilidade de anistia ou indulto. A Lei aponta também para o afastamento imediato do agressor do convívio direto com a vítima, pelo perigo iminente à vida e integridade desta, conforme apresentado na Figura 3 (Brasil, 2022, Art. 1; Sferra; Redivo, 2023).

Afirma-se que as legislações e as políticas são fundamentais para a promoção e proteção dos direitos da criança. As legislações protegem a dignidade na infância, impelem mudança nas estratégias de abordagem da violência infantil e de aplicação das medidas protetivas, as quais visam assegurar a integridade e a qualidade de vida da criança. As mesmas, são sintetizadas na Figura 3.

FIGURA 3 - DIAGRAMA DE LEIS E POLÍTICAS DE PROTEÇÃO À CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO OU NÃO DE VIOLÊNCIA



FONTE: A autora (2024).

2.3 A PARENTALIDADE

2.3.1 Cuidados de Criação e o Desenvolvimento na Primeira Infância

A Parentalidade, também designada como Parentalidade Saudável ou Prática Parental Positiva, se aplica ao relacionamento entre filhos e cuidadores, de forma consciente, afetuosa e humana (Fareleira *et al.*, 2023). É a dedicação que os pais ou cuidadores empreendem para atender as necessidades dos filhos, e pode incluir, conforme apresentado na Figura 4, aspectos variados como: cuidado; ensino; liderança; comunicação; e, fornecimento. A parentalidade atende ao propósito de qualificação do desenvolvimento infantil e juvenil, até que este alcance a idade adulta, utilizando-se dos melhores instrumentos e estratégias (Kelada; Zamir, 2023).

FIGURA 4 - DIAGRAMA DOS ASPECTOS QUE COMPÕE A PARENTALIDADE



FONTE: A autora (2024) adaptado de Kelada e Zamir (2023).

Assim, a Parentalidade ou Cuidados de Criação expressa uma necessidade tanto das crianças quanto dos pais ou cuidadores, constituindo-se em um direito familiar. Sua promoção gera benefícios como a sua repercussão em todo o desenvolvimento da criança, a curto prazo valendo-se da vinculação no pré-natal, e a longo prazo, pela puericultura, protegendo a criança dos distúrbios deletérios ao desenvolvimento, de maneira que a resultante influenciará, na fase adulta, na qualidade de vida. Pesquisadores afirmam que a Parentalidade possui a capacidade de proteger a criança do comportamento antissocial e, em contrapartida, estimula o comportamento pró-social. (Kelada; Zamir, 2023). De maneira que a parentalidade, gera consequências importantes para as famílias e para cada um de seus elementos,

e considera as mudanças cada vez mais comuns nos sistemas e estruturas familiares (Fareleira *et al.*, 2023).

Ainda mais, a criação dos filhos de forma saudável e positiva está atrelada às diferenças cerebrais estruturais e funcionais na criança. O comportamento parental caloroso, responsivo e de validação, pode tornar os volumes do hipocampo maiores, assim como crescimento da amígdala e do córtex pré-frontal. Estas ações acarretam maior controle cognitivo, emocional e de comportamento, propiciando um ambiente estável para aprendizagem das habilidades sociais. Em contrapartida, a parentalidade negativa gera aumento do risco de psicopatologia e redução do bem-estar (Kahhalé; Barry; Hanson, 2023).

Nesse contexto, os serviços de saúde e principalmente os profissionais de Enfermagem assumem papel fundamental no estímulo à parentalidade saudável, valendo-se da assistência direta e da educação em saúde e, conseqüente, proximidade com as famílias, mulheres (gestantes, parturientes e puérperas) e crianças, em todas as suas fases de desenvolvimento (puericultura) (Fareleira *et al.*, 2023).

Os profissionais são reconhecidos pelos pais/ cuidadores, pois se constituem em fonte de conhecimento e experiência, que são fundamentais durante a prática parental. Apesar desta significativa evidência, ainda persiste uma lacuna relativa ao apoio dispensados às famílias pelos profissionais de saúde. Trata-se do auxílio e do apoio necessários para realização das tarefas que compõem a parentalidade saudável, como por exemplo: disciplina; treinamento apropriado para a utilização do toillet; sono; introdução alimentar; vínculo afetivo; de entre outras tarefas correlatas às fases do desenvolvimento infantil, que podem estar sendo preteridas e não discutidas com os pais / cuidadores. Há ainda que ser considerada a existência de um viés psicoemocional da maternidade/paternidade, relacionados a sobrecarga, estresse cotidiano e tomada de decisão na criação de filhos (Fareleira *et al.*, 2023).

2.3.2 Teorizando a Parentalidade: Teoria das Transições de Meleis

A Enfermagem é uma área do conhecimento multifundamentada com os componentes da prática, da técnica e da teoria, que se vale do desenvolvimento e aprimoramento de seus princípios e fundamentos. Uma profissão pautada na

habilidade do cuidado humanizado e, simultaneamente, no tempo clínico, considerando-se as Teorias de Enfermagem (Sarami *et al.*, 2023).

Nesta perspectiva, a Enfermeira Afaf Ibrahim Meleis, egípcia-americana, professora e pesquisadora universitária, formulou a Teoria das Transições (Brito *et al.*, 2023). A palavra transição deriva do latim “transire”, que significa atravessar. No dicionário, encontra-se a definição “passagem de um movimento ou estado, condição ou lugar para outro”. É a ligação transicional entre a mudança e o tempo que levou para a experiência acontecer (Meleis, 2010).

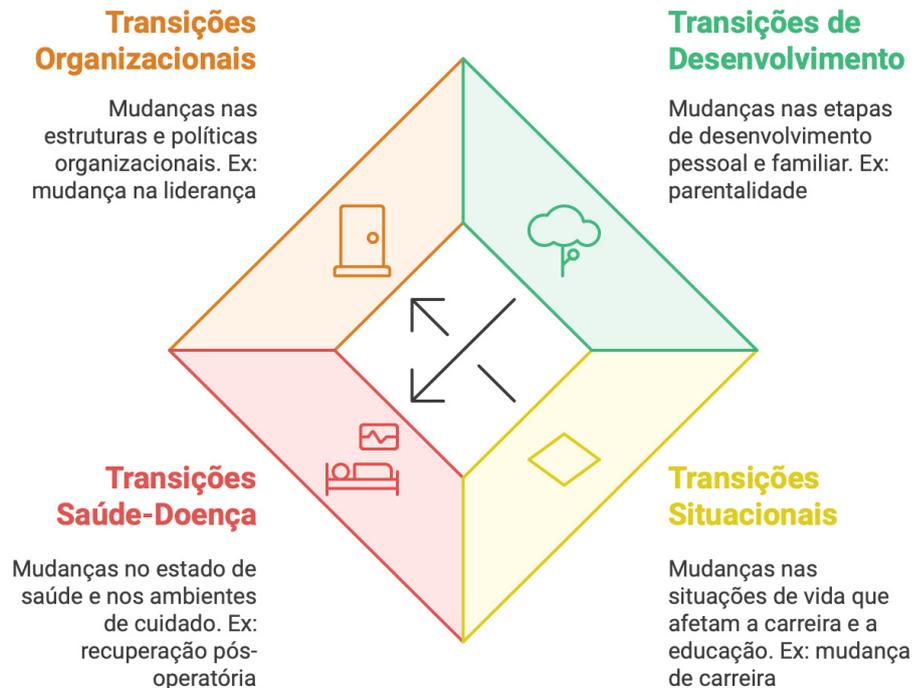
Com relação a transição de vida, define-se como a passagem de uma fase, condição de vida, ou de status, para outro. As transições advêm de eventos-chave e de mudanças produzidas no próprio indivíduo e no ambiente que o cerca, apresentando padrões multifacetados. Traçando relações entre o desenvolvimento e o resultado, entre as interações complexas da pessoa com o ambiente, quem abrangem elementos do processo, do intervalo de tempo decorrido e, da percepção (Meleis, 2010).

No âmbito dos elementos que compõem as transições do ciclo de vida: o *processo* se relaciona com a perturbação que a transição ocasiona e a resposta da pessoa a isso; o *intervalo de tempo* se relaciona ao momento em que a transição se inicia até quando o indivíduo alcança estabilidade no seu novo *status*; e, a *percepção* determinará a reflexão de como o indivíduo vivencia a transição. As transições também são divididas em dimensões pelas quais podem ser descritas, que são: duração; escopo; magnitude; reversibilidade; efeito; e, seus limites. Estas são afetadas na dependência dos diferentes tipos de transições de vida (Meleis, 2010).

As transições no âmbito das vidas humanas (conforme apresentadas na Figura 5) podem ser classificadas como: (1) *Transição de desenvolvimento*: são as mudanças decorrentes do processo desenvolvimental das pessoas e famílias e, trata de questões como a parentalidade, adolescência, menopausa, infância, envelhecimento e outros; (2) *Transição situacional*, que diz respeito mudança na situação em que o indivíduo se encontra em determinado momento do ciclo de vida, como a mudança de carreira e mudanças na educação; (3) *Transição Saúde-Doença*: são as mudanças causadas frente ao processo de saúde-doença, como a recuperação pós-operatória, infecção por HIV, reabilitação, mudança de uma instituição hospitalar para uma ambulatorial, e outras; e, (4) *Transição Organizacional*: mudanças relacionadas ao ambiente e a organização que o cerca que atingem o ser

humano, como a liderança, a adoção de novas políticas e práticas, a reorganização estrutural de instalações e outras (Meleis, 2010).

FIGURA 5 - DIAGRAMA DAS CLASSIFICAÇÕES DAS TRANSIÇÕES DE VIDA



FONTE: Adaptado de Meleis (2010).

A totalidade dos tipos de transições do ciclo de vida possuem propriedades universais como serem processuais, envolverem o desenvolvimento e um fluxo de um estado para o outro, a natureza da mudança que envolve habilidades e padrões de comportamento. Existem igualmente condições para que a transição aconteça, como: os significados; as expectativas; o nível de conhecimentos; e, as habilidades (Meleis, 2010).

As condições relativas às transições são fenômenos subjetivos que influenciam coletivamente as experiências das mesmas, possibilitando ou atrapalhando a sua ocorrência. São designadas como significados, expectativas, nível de conhecimentos e habilidade, ambiente, nível de planejamento e bem-estar emocional e físico. Já os significados das transições no ciclo de vida, podem ser considerados positivos, neutros ou negativos. E, as expectativas, podem ser claras e realistas, quando advêm de uma experiência anterior; e, também irrealistas, quando o sujeito não possui contato anterior com a transição (Meleis, 2010).

No âmbito da Teoria da Transição de Meleis atenta-se para uma condição que é influenciadora na vida dos indivíduos, e que poderá determinar que os mesmos sejam suficientes ou insuficientes para o enfrentamento das transições, que é o nível de conhecimentos e de habilidades durante as transições. Estes interferem na melhora da qualidade das transições relativas ao ciclo de vida. O ambiente se relaciona com os recursos facilitadores externos, ou seja, esses recursos fazem parte de um processo cíclico de perceber, construir e avaliar a utilidade daquilo que vai além da própria pessoa, durante a transição, como por exemplo, o apoio social e da família (Meleis, 2010).

O nível de planejamento também irá influenciar no processo transicional e, há necessidade de que seja abrangente para a identificação dos problemas, das questões e das necessidades, que possam vir a surgir. As pessoas são elementos-chave no âmbito do processo, estas podem ser o próprio indivíduo que está passando pela transição ou um membro de sua rede de apoio, considerando que a comunicação entre estes elementos é o principal instrumento favorecedor do planejamento entre os envolvidos (Meleis, 2010).

Paralelamente, o bem-estar físico e emocional permeia todas as transições, uma vez que essas mudanças são acompanhadas por várias emoções, que geram acréscimos da dificuldade, e citam-se como exemplos: o estresse; a depressão; a ansiedade; a frustração; a insegurança; a baixa autoestima, de entre outros. Em havendo desconforto físico há interferência na assimilação das novas informações e no nível de conforto do indivíduo que está à frente do processo de transição, bem como dos sujeitos que o rodeiam, como amigos e familiares (Meleis, 2010).

As transições também podem ser divididas em saudáveis, que são as relativas às emoções, comportamentos e sinais positivos; e, as insalubres, que se relacionam as vulnerabilidades do indivíduo, como por exemplo, a dificuldade em exercer algum papel, sentimentos e comportamentos conflitantes frente ao não cumprimento esperado de suas obrigações ou expectativas (Brito *et al.*, 2023). Na transição saudável, existem três indicadores, que são importantes e relevantes para todos os tipos de transição, sendo estes: uma sensação subjetiva de bem-estar; domínio de funções ou de novos comportamentos; e, o bem-estar das relações interpessoais (Meleis, 2010).

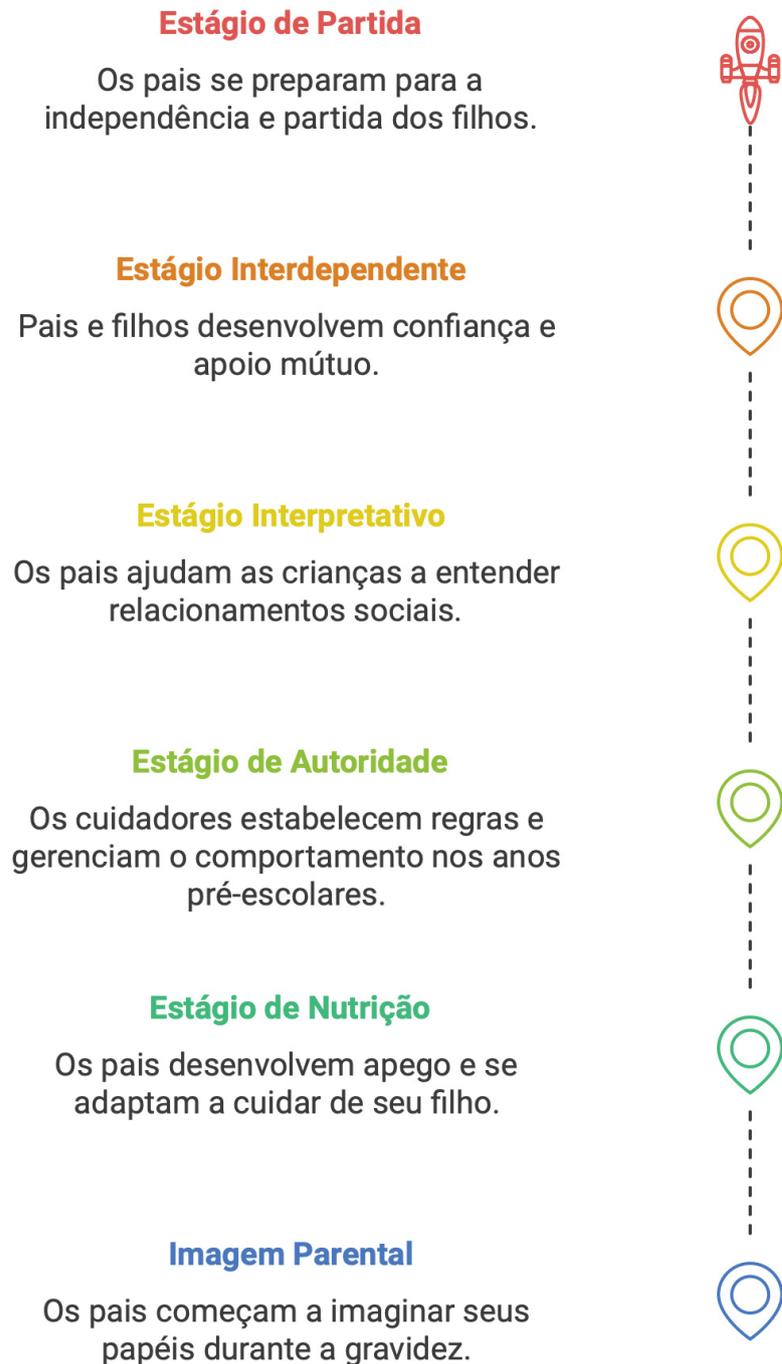
O indicador de bem-estar subjetivo acontece quando uma transição é bem-sucedida e, o sentimento de angústia dá lugar ao bem-estar, é gerado pelo

enfrentamento e gerenciamento das emoções. Além do bem-estar, há o indicador de domínio de funções ou de novos comportamentos, que está relacionado ao desempenho qualificado de um papel e o conforto com aquilo que é exigido nessa nova função. Os componentes desse indicador são a competência, que necessita de conhecimento e habilidade, tomada de decisão e autoconfiança. O último indicador, chamado de bem-estar dos relacionamentos, apontam para as relações que agregam o bem-estar, é indicativo de uma transição bem-sucedida, fato que deve ser avaliado na esfera familiar e, não exclusivamente, individual. Os desentendimentos podem gerar rupturas nas estruturas familiares durante o processo transicional, mas, quando há progresso no sentido de uma conclusão positiva e saudável o bem-estar familiar é promovido (Meleis, 2010).

Nesse contexto tem-se uma transição fundamental relacionada ao ciclo de vida, e que exige o desempenho de novas funções. É chamada de parentalidade ou prática parental e é fundamental para o desenvolvimento infantil pleno e saudável, e incremento na qualidade de vida e do vínculo entre as famílias, auxiliando no enfrentamento da violência, a parentalidade é realizada positivamente e de maneira saudável (Meleis, 2010). Galinsky (1987), identificou seis estágios que compõe a parentalidade, sendo estes: imagem parental; nutrição; autoridade; interpretativo; interdependência; e, de partida.

O *1º Estágio*, de imagem parental, se inicia no período gestacional, quando os pais e cuidadores começam a conceber o significado do papel parental e planejar as mudanças para acomodar o cuidado com o filho em gestação. O *2º Estágio*, designado estágio de nutrição, ocorre na infância da criança, quando os pais/ cuidadores desenvolvem apego ao filho e se adaptam a essa nova realidade. O *3º Estágio*, o da autoridade, ocorre no período da infância, a fase pré-escolar, e diz respeito a criação de regras pelos cuidadores e, à descoberta de como gerenciar as questões de comportamento (Galinsky, 1987). O *4º Estágio* é o interpretativo, se desenvolve durante a metade da infância e diz respeito à fase em que os pais / cuidadores apoiam os filhos na interpretação das experiências das relações sociais. O *5º Estágio*, é designado como interdependente, se caracteriza pelo desenvolvimento de confiança e apoio mútuo entre pais/ cuidadores e filhos. O *6º Estágio*, e último, é o da partida, momento no qual os pais/ cuidadores, finalmente, se preparam para independência e partida dos filhos (Galinsky, 1987). Os estágios da parentalidade são apresentados no diagrama, Figura 6.

FIGURA 6 - DIAGRAMA ACERCA DOS ESTÁGIOS QUE COMPÕE A PARENTALIDADE



FONTE: Adaptado de Galinsky (1987).

Galinski (1987), apresenta que a parentalidade se desenvolve e evolui à medida que os filhos crescem, e que os conceitos dos pais / cuidadores, são gerados e estruturados pela interação com seus filhos, em cada fase. Quando os cuidadores percebem a sua capacidade de atingir os objetivos que almejavam, haverá felicidade

e satisfação. Contudo, do contrário, será gerada frustração e estresse crescentes. A teoria das transições, remonta a ideia de que a influência saudável que os pais / cuidadores exercem sobre os filhos é essencial para redução de suas vulnerabilidades mais básicas, podendo estas serem de comportamentos, sentimentos e desenvolvimento físico. Nesta perspectiva, aponta-se que também a assistência de Enfermagem é fundamental devido seu potencial para gerar significativa melhora nas práticas parentais, e torná-las positivas e saudáveis, inclusive com a estruturação de programas de treinamento parental, sendo eles preventivos e universais (Meleis, 2010).

2.3.3 Os Estilos Parentais ou de Parentalidade

Os estilos ou comportamento parental é a forma de expressividade no âmbito do relacionamento entre os pais / cuidadores e seus filhos, ou seja, a maneira como a parentalidade se projeta, a exemplo disso tem-se o tom de voz e os gestos utilizados, além da responsividade dos cuidadores com a criança (Mota; de Assunção, 2023). A responsividade, está relacionada com quem responde, à rapidez com que essa resposta ocorre, e o quanto ela é adequada. Para a psicologia do desenvolvimento, é um termo utilizado acerca do estudo da interação cuidador-criança e os padrões de apego entre eles. A responsividade parental é componente central para a compreensão do desenvolvimento infantil e está fortemente conectada ao Modelo Hierárquico da Vinculação parental e à Teoria do Apego (Kanamota *et al.*, 2019, p.116).

O Modelo Hierárquico da Vinculação parental, proposto por John Condon (1993), diz respeito ao estabelecimento do vínculo parental e do início do processo de parentalidade, principalmente entre mãe e bebê, no período pré-natal. O autor apresenta quatro padrões de vínculo pré-natal, relativos à qualidade, sendo: (1) Vinculação forte e segura: presença de alta preocupação com o feto e sentimentos de proximidade, ternura e desejo com o bebê; (2) Vinculação positiva: presença de baixa preocupação e menor tempo destinado às experiências de vinculação; (3) Vinculação negativa: baixa preocupação com o feto e pouco ou nenhum tempo destinado à vinculação e (4) Vinculação negativa (ambivalente): muita preocupação com o feto e é desprovida de expectativas positivas.

Já a Teoria do Apego, foi proposta por Bowlby (1988), remonta a ideia de que a criança precisa de ligação afetiva e que esta ocorre através dos cuidadores, quando atendem as necessidades de sobrevivência da criança. A qualidade do vínculo irá formar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, a partir das experiências geradas. Essas habilidades que serão formadas, são denominadas pelo teorista como “Modelo Interno de Funcionamento”.

Existem alguns tipos de apego, o primeiro deles é o chamado *apego inseguro*. Para um desenvolvimento saudável, é preciso receber cuidado, afeto e validação quando crianças. Durante a infância, a negligência, os abusos e a falta de proteção, fazem com que essa criança desenvolva apegos inseguros em seus relacionamentos na vida adulta, evitando as situações ou tornando-se ansiosos-demandantes. O segundo é o *apego seguro*, relativo aos adultos que demonstram segurança e flexibilidade em seus relacionamentos, e que quando crianças recebem informações concretas do ambiente que os cerca, estes não necessitam criar distorções do processamento cognitivo das informações, para adequar o seu funcionamento, por isso suas relações ao longo da vida são estáveis e duradouras (Bowlby, 1988).

O terceiro tipo é chamado de *apego inseguro evitante*, quando o indivíduo sente mais conforto em seus relacionamentos sendo autossuficiente e mantendo distância do outro. Não sente necessidade de ser dependente de ninguém e nem de ter dependentes; e, valoriza a autovalorização ao invés da intimidade. Apresentam dificuldade em ter contato com emoções e afeto. Tendem a romper relações mais facilmente. O quarto tipo é o *apego inseguro preocupado*, que processa tudo a partir do sentimento. Possuem relações que transitam entre a raiva, de não receber a quantidade adequada de atenção, e o medo, de perda / rejeição. A necessidade de afeto, faz com que aceite qualquer demonstração desse, como genuína (Bowlby, 1988).

As fases do apego se diferenciam em fase do *pré-apego* (zero até a sexta semana), o lactente prefere estímulos humanos, através da visualização de seus rostos; não reconhece os pais / cuidadores como tais; reconhecem o cheiro e a voz materna e não há estruturação de apego nessa fase. Há também a fase de formação do apego (sexta semana até sexto / oitavo mês), quando a criança tem preferência por pessoas com quem tem familiaridade, com recusa a estranhos e privilegia a interação com a figura materna (Bowlby, 1988).

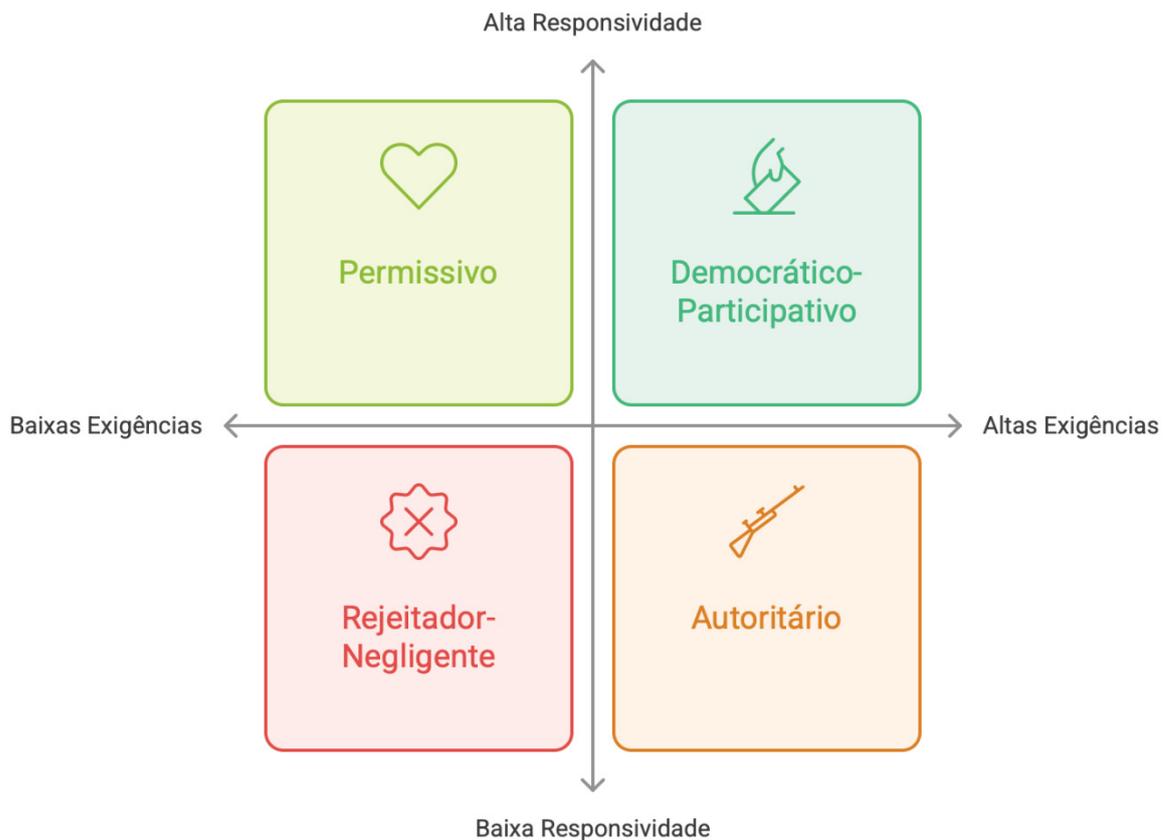
A fase seguinte é a do *apego definido* (sexto / oitavo mês até o 18º mês), quando há a ansiedade da separação, medo do desconhecido e busca de refúgio na figura de apoio. E a última fase, é a formação de uma relação recíproca (a partir do 18º mês), quando a interação com as figuras de apego se estabelece devido ao desenvolvimento neuropsicomotor, com aumento das capacidades linguísticas (Bowlby, 1988). Para a sustentação da Teoria do Apego, é fundamental a classificação dos estilos parentais dos cuidadores envolvidos.

A classificação dos estilos parentais foi proposta primeiramente por Baumrind (1966) e, posteriormente, Maccoby e Martin (1983), fizeram uma releitura e atualização dos estilos parentais que haviam sido propostos anteriormente. A classificação se baseia em quatro principais estilos.

O primeiro deles é designado democrático-recíproco, participativo ou autoritativo, que diz respeito aos pais / cuidadores com perfil elevado de exigência e responsividade, conforme apresentado na Figura 7. Neste estilo os pais / cuidadores, estabelecem regras e há uma orientação clara acerca dos comportamentos da criança. Além disso, valorizam os esforços e comportamentos positivos dos filhos e respeitam a individualidade. A comunicação é aberta, com compreensão e empatia e oferece suporte emocional e psicológico para a criança. A postura é de gentileza, amor e proteção e estimulam a criatividade, curiosidade e independência dos filhos. É considerado o estilo parental, que está atrelado a parentalidade saudável e positiva (Maccoby; Martin, 1983; Maciel-Portes; Carvalho-Amorim; Vieira, 2022).

Aqueles que são caracterizados como rejeitador-negligente ou ausente, apresentam baixos níveis de exigência e responsividade. São pais/cuidadores que se concentram mais em suas próprias necessidades do que nas necessidades das crianças e por isso são considerados pouco presentes na vida dos filhos, ou seja, ausentes. Disponibilizam pouco suporte e disciplina. Apresentam características negligentes e de descuido, tanto em demonstrar afeto, quanto disciplinar a criança. Não há envolvimento ou há pouco envolvimento na parentalidade e têm dificuldade na compreensão e em atender as necessidades emocionais e de apego da criança. Demonstram indiferença ao exercer o papel parental (Maccoby; Martin, 1983; Maciel-Portes; Carvalho-Amorim; Vieira, 2022).

FIGURA 7 - DIAGRAMA DE ESTILOS PARENTAIS BASEADOS EM EXIGÊNCIA E RESPONSABILIDADE



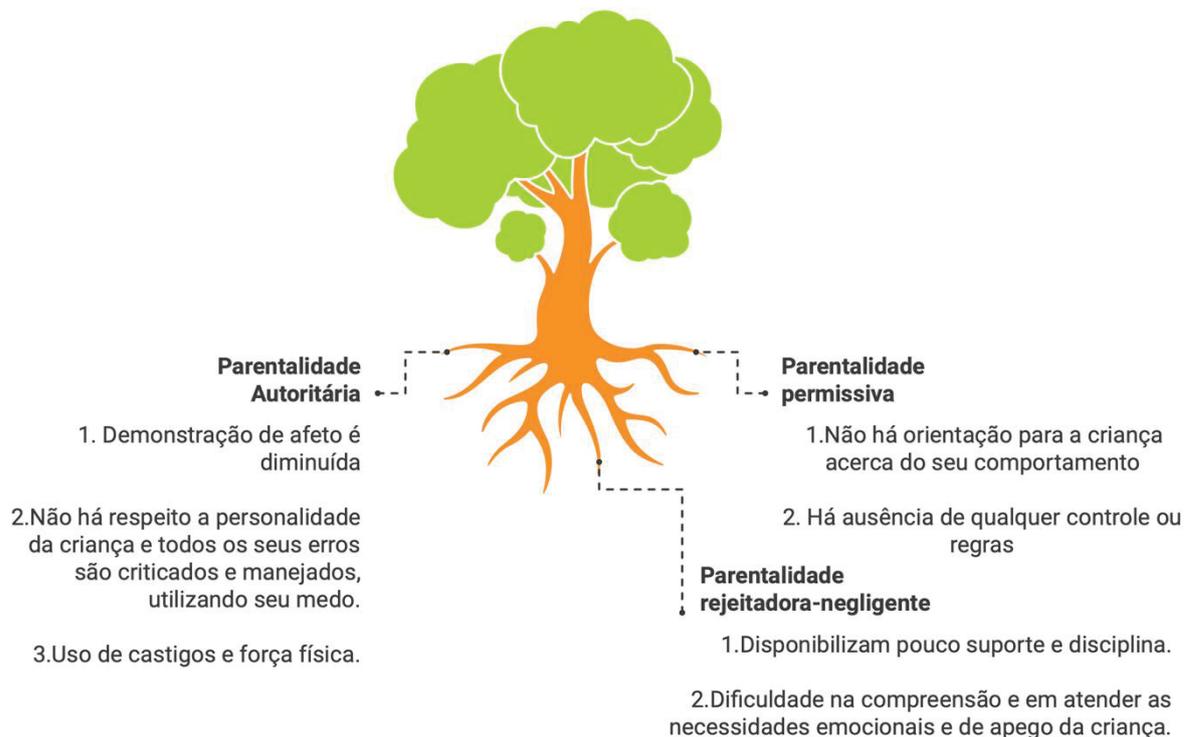
FONTE: Adaptado de Maccoby e Martin (1983).

Os pais / cuidadores classificados como permissivos, possuem a características de baixos níveis de exigência e altos níveis de responsividade. São excessivamente tolerantes e não estabelecem os limites daquilo que é permitido ou não e do comportamento esperado ou inadequado. Não há orientação para a criança acerca do seu comportamento e nem há revelação das suas expectativas para a criança. Não há por parte dos pais/cuidadores a utilização de estratégias para implementação de disciplina positiva em que apresentam um perfil de gentileza, amor e proteção com a criança. São extremamente tolerantes e afetivos, porém aceitam todos os desejos da criança. Há ausência de qualquer controle ou regras (Maccoby; Martin, 1983; Maciel-Portes; Carvalho-Amorim; Vieira, 2022; Mota; Assunção, 2023).

O quarto estilo parental caracterizado por Maccoby e Martin (1983), foi o estilo autoritário, é aquele no qual os pais/ cuidadores apresentam elevados níveis de exigência e baixa responsividade e são considerados opostos dos pais/ cuidadores com estilo permissivo. Caracterizados principalmente pelo controle do comportamento da criança conforme aquilo que havia sido estipulado anteriormente, através de regras de conduta inflexíveis. A demonstração de afeto é diminuída e há a utilização de

punição para o controle da criança. É pautada em uma relação unidirecional e com muitas cobranças. Moldam, controlam e avaliam o comportamento e opiniões da criança de acordo com seu padrão, humor e necessidades (Maccoby, Martin, 1983; Maciel-Portes, *et al.*, 2022; Mota; Assunção, 2023). Não há respeito à personalidade da criança e todos os seus erros são criticados e manejados, utilizando seu medo. A relação é baseada no poder do cuidador, não tendo negociação com a criança e preferem a utilização de castigos e força física, ao manejo através da comunicação. São os pais e cuidadores desse estilo de parentalidade, os maiores perpetradores das violências praticadas contra crianças na primeira infância, gerando assim a parentalidade negativa ou adversa, conforme apresentado na Figura 8 (Maccoby, Martin, 1983; Maciel-Portes; Carvalho-Amorim; Vieira, 2022; Mota; Assunção, 2023).

FIGURA 8 - DIAGRAMA DE IMPACTO NEGATIVO DOS ESTILOS PARENTAIS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL



FONTE: Adaptado de Maccoby e Martin (1983).

2.3.4 A Parentalidade e a Violência

Segundo Belsky e Vondra (1989), o abuso ou maus-tratos infantis seguem três perspectivas gerais: (1) Modelo psiquiátrico ou psicológico; (2) Modelo sociológico; e, o (3) Modelo do efeito da criança no cuidador.

O primeiro, psiquiátrico ou psicológico, se foca exclusivamente nos pais e cuidadores abusivos, pois estes são os principais perpetradores dos maus-tratos. Esse modelo concentra-se na composição psiquiátrica do agressor individual e interligam as histórias da infância dos pais/ cuidadores, na sua parentalidade subsequente. O segundo modelo, o sociológico, coloca que em uma sociedade com violência frequente e constantemente encorajada, como uma estratégia para resolver as disputas nos relacionamentos interpessoais, o conflito entre pais/ cuidadores e filhos, tende a resultar em abuso infantil. Nesse contexto, a criança é considerada uma propriedade. Para esses dois modelos, a relação de pais/ cuidadores e filhos é unidirecional, onde somente os pais/ cuidadores exercem influência no subsistema familiar.

No terceiro modelo – Modelo do efeito da criança no cuidador – o comportamento da criança desempenha um papel fundamental, na determinação do curso da relação pais/ cuidadores e filhos. Belsky e Vondra (1989), montaram uma integração ecológica, destacando alguns componentes de cada modelo anterior. Os pais e cuidadores que praticam o abuso ou maus-tratos infantis, adentram o microssistema familiar, com suas próprias histórias de desenvolvimento infantil, que pode predispor-los a tratar os filhos de forma abusiva ou negligente, porém não é o único fator, outras forças promotoras de estresse (Ex: trabalho, relacionamentos interpessoais e outros...), dentro ou fora da família, aumenta a probabilidade de ocorrer conflito entre pais/ cuidadores e filhos. Apresentados na Figura 9.

FIGURA 9 - DIAGRAMA DE PERSPECTIVAS ACERCA DO ABUSO OU MAUS-TRATOS INFANTIS



FONTE: Adaptado de Belsky e Vondra (1989).

Os determinantes de parentalidade dividem-se em três fontes de influência sobre o funcionamento dos pais/ cuidadores. O primeiro determinante, está atrelado ao modelo psiquiátrico e diz respeito a origem ontogênica dos pais/ cuidadores (origem e desenvolvimento de um organismo, desde o óvulo fertilizado, até a forma adulta) e recursos psicológicos pessoais desses. O segundo determinante, está vinculado ao modelo do efeito da criança no cuidador e refere-se as características individuais da criança, como: comportamento, prematuridade, patologias que necessitam de maior cuidado e outros. O terceiro determinante, está vinculado ao modelo sociológico e envolve as fontes contextuais de estresse e suporte. Esses determinantes são diretamente influenciados por forças que vem: do individuo (personalidade), da criança (individualidade de cada criança) e do contexto social em que os pais/ cuidadores e a criança estão inseridos (Ex: relação marital, rede social, experiencias ocupacionais dos pais/ cuidadores) (Belsky; Vondra, 1989).

Em síntese, a parentalidade é determinada de múltiplas formas, as características dos pais / cuidadores, da criança e do contexto social, não possuem a mesma influência no apoio ou enfraquecimento da parentalidade promotora do crescimento e desenvolvimento saudável e a história do desenvolvimento e da personalidade de cada individuo atrelado a este relacionamento, moldam indiretamente a parentalidade. O funcionamento parental é uma soma do reconhecimento de múltiplos caminhos que o individuo, sua história e contexto social,

com fatores circunstanciais como: fragilidade socioeconômica, falta de conhecimento, insatisfação profissional e fase de desenvolvimento infantil. A parentalidade abusiva ou negligente é a consequência de uma interação entre tensões e apoios parentais (Belsky; Vondra, 1989).

A partir disso, Lotto, Altafim e Linhares (2021), mais recentemente, refletem acerca da parentalidade adversa, que existem alguns fatores que levam os pais / cuidadores a recorrerem à violência como método para disciplinar os filhos. O primeiro deles são os fatores individuais, como: abuso de substâncias; problemas de saúde mental; e, fragilidade social. Em seguida emergem os fatores familiares, caracterizados por: agressão familiar; acompanhamento parental frágil; e, conflito entre parceiros íntimos. A terceira categoria são dos fatores comunitários, que se designa como sendo o contexto escolar e contexto de moradia com elevados índices de violência e desigualdades sociais. E por último tem-se os fatores sociais, que são as normas culturais que fortalecem a violência e as políticas ineficientes e fragilizadas na prevenção da violência.

Além disso muitos dos pais/ cuidadores que utilizam a violência tiveram experiências adversas na infância, que incluem: sofrer maus-tratos na infância (abuso sexual, psicológico, físico e negligência), e dificuldades no âmbito doméstico (problemas de saúde mental dos membros, divórcio entre os pares ou qualquer procedimento relacionado à justiça). Todo o ciclo de violência vivenciado entre as famílias, possui um potencial para transmissão de padrões de comportamento abusivo entre as gerações, levando a parentalidade adversa para diversas crianças que fazem parte desse ciclo e fazendo com que essas se tornem futuros perpetradores de violência com os seus filhos (Lotto; Altafim; Linhares, 2021).

Em muitos casos a utilização da disciplina advém da raiva e frustração parental ou falta de conhecimento acerca do processo deletério que a violência acarreta e da existência de medidas alternativas para a disciplina dos filhos. Essa falta de conhecimento também pode estar atrelada a dificuldade em saber diferenciar aquilo que é disciplina do que é punição. A punição é machucar a criança tanto fisicamente quanto psicologicamente, além disso é negar o direito da criança em ser percebida e entendida como ser humano e é baseada no medo, tendendo a afastar a criança. Pode levar à consequências negativas na saúde e desenvolvimento físico e cognitivo da criança, que aprende o modelo de resolução de conflito do agressor e tende a repeti-lo. A utilização da punição não muda o comportamento da criança e geralmente

oferece pouca informação, passando a mensagem de proibição de algum comportamento, mas não oferta uma alternativa (UNICEF, 2023).

A disciplina ensina a criança a aprender acerca de comportamentos aceitáveis, não machuca e não é pautada no medo e em ameaças. O objetivo principal da disciplina é estabelecer limites e regras claras da família para a criança e requer consistência de atitudes e ideologias dos pais/ cuidadores. Nesse modelo os pais e cuidadores possuem expectativas realistas sobre os filhos, auxilia os pais/ cuidadores na construção de uma relação sólida na estrutura familiar e a criança tende a mudar o padrão de comportamento, quando necessário, com a cooperação dos pais/ cuidadores, conforme apresentado na Figura 10 (UNICEF, 2023).

FIGURA 10 - DIAGRAMA DO CAMINHO DA PUNIÇÃO INFLINGIDA ATÉ A MUDANÇA COMPORTAMENTAL DA CRIANÇA POR FORTALECIMENTO DA RELAÇÃO ENTRE PAI E FILHO



FONTE: Adaptado de UNICEF (2023).

Para que a disciplina seja trilhada de forma positiva, existem algumas estratégias que podem ser aplicadas e seguidas pelos pais/ cuidadores como: definir expectativas claras, realistas e adequadas para o desenvolvimento da criança; instruir a criança no reconhecimento das suas emoções; ensinar a criança a se acalmar;

educar por meio de exemplos; utilizar de criatividade para distrair a criança; e, estabelecer consequências calmas e enaltecer e valorizar o que a criança consegue fazer (UNICEF, 2023). Ainda relacionado as estratégias de disciplina positiva, existe o modelo CONFORTE.

O modelo CONFORTE, trás para cada estratégia uma ação, a exemplo disso: (C) Converse com a criança e entenda o a que levou a ter o desfecho de determinada situação; (O) Observe a criança e perceba qual é a dificuldade dela para regular as emoções; (N) Note as emoções da criança durante sua interação com ela; (F) Faça uma pausa; (O) Organize os espaços, tornando-os seguras para as crianças; (R) Redirecione a atenção da criança, quando preciso for; (T) Tempo para vocês, caracterizado por sempre reservar um tempo do dia para realizar uma atividade com a criança e (E) Ensine sobre as emoções, conforme apresentado na Figura 11 (UNICEF, 2023).

Os pais/ cuidadores possuem forte impacto na vida de seus filhos, na sua sobrevivência, no seu potencial de desenvolvimento e na sua capacidade de prosperar, pois são os pais e cuidadores e a sua interação com os filhos, os responsáveis pela qualidade de vida e bem-estar infantil. Para que a criança seja cuidada e disciplinada positivamente precisa haver um equilíbrio emocional e satisfação parental. Estratégias que fomentam a parentalidade positiva, como regulação emocional e comportamental dos pais/ cuidadores, ajudam a prevenir problemas comportamentais da criança a longo prazo e previnem o uso de violência. Nesse contexto insere-se a importância de intervenções mediadoras como os PPPU e das políticas públicas que reforcem a parentalidade positiva e que dão subsídio para instrumentalizar os pais e cuidadores (Phua; Kee; Meaney, 2020; Altafim; McCoy; Linhares, 2021).

FIGURA 11 - DIAGRAMA DAS ESTRATÉGIAS DO MODELO CONFORTE



FONTE: Adaptado de UNICEF (2023).

2.3.5 Políticas Públicas de Parentalidade Positiva

Uma das políticas brasileiras que priorizam a parentalidade positiva, é a “Lei Henry Borel”, Lei de nº 14.344, de 24 de maio de 2022. Essa lei, é um instrumento legal fundamental no que diz respeito a parentalidade positiva, pois propicia o fortalecimento de estratégias e intervenções de promoção e fortalecimento da parentalidade saudável e positiva, colocando como dever do Estado a implementação de programas de parentalidade. Além disso, cria mecanismos de enfrentamento e prevenção da violência intrafamiliar, com promoção da educação sem a utilização de castigos físicos (Brasil, 2022, art. 1; Sferra; Redivo, 2023).

A Lei nº 14.826, de 20 de março de 2024, também chamada de “Lei da Parentalidade Positiva”, altera a Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022 e reconhece a parentalidade positiva e o direito ao brincar da criança, como pilares fundamentais na prevenção da violência contra crianças. Para isso, essa lei veicula que iniciativas para fortalecer a parentalidade positiva e promover o brincar, precisam ser implementadas nas diferentes esferas, incluindo a nacional, estadual e municipal e no âmbito de

políticas sociais, educacionais, de saúde, cultura e segurança pública. Essa lei também determina que o Estado, à família e à sociedade tem o dever de promover o apoio emocional, supervisão adequada, para prevenir a negligência e educação não violenta para crianças com 12 anos ou menos (Brasil, 2024, art.1).

2.4 OS PROGRAMAS DE PARENTALIDADE PREVENTIVOS UNIVERSAIS (PPPU)

2.4.1 Conceito de PPPU e suas abordagens

Os programas de parentalidade, são voltados ao treinamento parental e são consideradas intervenções que irão dar suporte aos pais/ cuidadores e visam a melhora da qualidade da parentalidade, com o intuito de que essa seja trilhada positivamente. Enquanto estratégia de saúde pública, os programas recebem uma abordagem universal e tornam-se Programas de Parentalidade Preventivos Universais (PPPU), que visam não só o apoio aos pais e cuidadores, mas também como uma medida protetiva para apoiar toda a população. Devido a isso, todas as famílias têm direito a essa intervenção, independente dos antecedentes socioeconômicos ou circunstâncias individuais (Trillingsgaard; Fentz; Simonsen, 2024).

Os PPPU enquanto intervenções universais complementam os programas no formato direcionado. Os programas direcionados são aqueles que abordam apenas subconjuntos específicos de pais/ cuidadores e filhos, que possuem algum risco em seu relacionamento, podendo este ser de vulnerabilidade socioeconômica ou até risco para início da violência, ou este já estabelecido. Os PPPU podem se basear em diferentes modelos teóricos, como por exemplo a de aprendizagem social ou modelo de apego. Além disso, esses programas são intervenções, com uma variedade de formatos e abordagens (Trillingsgaard; Fentz; Simonsen, 2024).

Os programas possuem abordagens individuais, como: as visitas domiciliares; em grupo, como encontros de grupos regulares presenciais e rodas de conversa; virtualmente, como programas *online*, mensagens de texto, chamadas telefônicas regulares e uso de aplicativos de celular; e, estratégias de comunicação a nível populacional, como programas de rádio e TV, mídias sociais, alto-falantes na comunidade e boletins informativos (Trillingsgaard; Fentz; Simonsen, 2024).

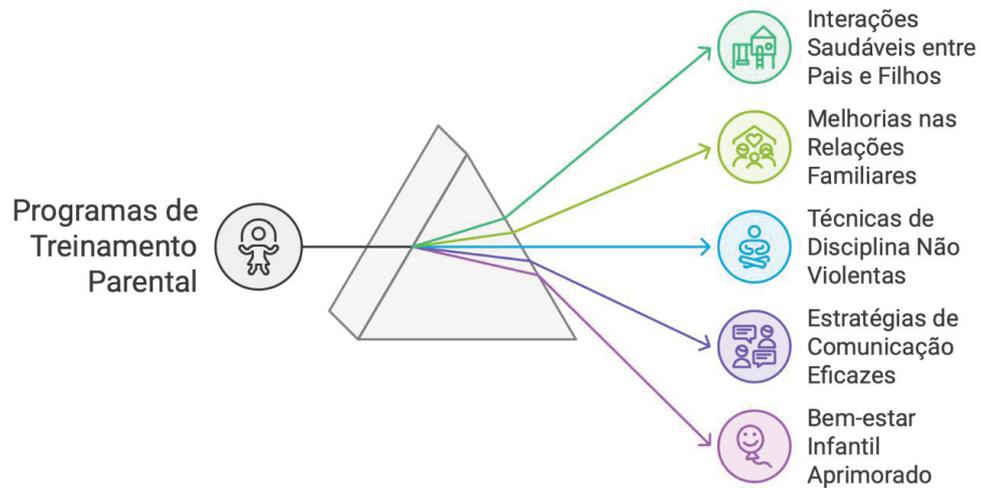
2.4.2 Objetivos e elementos essenciais dos PPPU

Os programas de treinamento parental em geral têm como objetivos principais a promoção das interações saudáveis entre pais/ cuidadores e filhos, com o intuito de prevenir problemas no desenvolvimento infantil, aprimoram as relações afetivas na estrutura familiar, melhora das habilidades de comunicação entre os parceiros íntimos, contribui para a diminuição da violência intrafamiliar e melhorar a saúde e a qualidade de vida das crianças (Branco; Altafim; Linhares, 2021).

Os objetivos dos PPPU são muito semelhantes aos programas de treinamento parental em geral e incluem: melhorar o arcabouço de conhecimento dos pais/ cuidadores acerca do desenvolvimento infantil, promover as práticas parentais saudáveis e positivas, promover o uso de técnicas disciplinares não violentas e promover relacionamento afetivo e harmonioso na estrutura familiar, tanto entre pais/ cuidadores e filhos, quanto entre parceiros íntimos, conforme apresentado na Figura 12 (Branco; Altafim; Linhares, 2021).

Para que esses objetivos sejam alcançados esses programas são compostos por alguns elementos essenciais como a educação e aconselhamento dos pais/ cuidadores, com o intuito da instrumentalização destes acerca do uso de práticas parentais positivas, uso de métodos não violento para a disciplina dos filhos e estratégias eficazes e sensíveis para comunicação e cuidados com as crianças e adolescentes (Branco; Altafim; Linhares, 2021).

FIGURA 12 - DIAGRAMA DOS BENEFÍCIOS PROVENIENTES DOS PROGRAMAS DE TREINAMENTO PARENTAL



FONTE: Adaptado de Branco; Altafim; Linhares (2021).

2.4.3 Exemplos de Programas de Parentalidade Preventivo Universais (PPPU)

2.4.3.1 Reach Up: Early Childhood Parenting

É um programa baseado no programa jamaicano *Jamaica Home Visiting* (JHV), que foi desenvolvido na década de 1970. Esta intervenção parental é focada principalmente em crianças desfavorecidas, com menos de quatro anos de idade e em países de baixa e média renda. Os principais objetivos do programa são a melhora do desenvolvimento infantil, através da parentalidade positiva e aumento da autoestima parental. A modalidade de entrega da intervenção é a visita domiciliar ou sessões em pequenos grupos, com frequência semanal ou quinzenal (Coore-Hall *et al.*, 2023).

O programa é baseado em atividades desenvolvidas com pais/ cuidadores e crianças, ajustada à capacidade da criança, sendo que cada sessão introduz um conceito relevante e atividades de linguagem, com a utilização de estratégias como brinquedos, músicas e jogos caseiros. A intervenção *Reach Up* foi projetada para ser conduzida com indivíduos com um mínimo de educação formal completa, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Coore-Hall *et al.*, 2023).

Cerca de 17 países fizeram uma adaptação do programa para a sua realidade, como: Bangladesh, Bolívia, Brasil, China, Colômbia, Guatemala, Índia, Jamaica, Quênia, Libéria, Madagascar, Peru, Turquia, Zimbábue e Jordânia, Líbano e Síria. E

ainda foi implementado em diferentes cenários e contextos, como: comunidades desfavorecidas; zonas rurais e urbanas; e, cenários humanitários, de conflito e deslocamento. Esta intervenção demonstrou impacto positivo no desenvolvimento infantil e benefícios a longo prazo na cognição, educação e saúde (Coore-Hall *et al.*, 2023).

2.4.3.2 ACT Raising Safe Kids (ACT)

Um dos programas parentais mais utilizados e com reconhecimento internacional, incluindo o da OMS, é o programa ACT *Raising Safe Kids* (ACT), que foi desenvolvido pela *American Psychological Association*, nos Estados Unidos (EUA). É considerado de baixo custo e é flexível, sendo passível de reprodutibilidade em diversas culturas, que foi efetivamente implementado em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Altafim; Magalhães; Linhares, 2023).

É um programa baseado em grupo e voltado para pais e cuidadores de crianças de até oito anos de idade. É estruturado em oito sessões, ministradas uma vez por semana e com duração de duas horas cada encontro. As estratégias utilizadas são lúdicas, dinâmicas e necessitam na interação dos participantes e se valem de recursos como: discussão em grupo; dramatização; estudos de caso; e, outras (Altafim, Magalhães, Linhares, 2023).

O programa ATC, aborda aspectos específicos acerca da prevenção da violência, como: consequências no desenvolvimento infantil do uso de violência para disciplinar os filhos e estratégias que os pais, cuidadores e tutores podem utilizar para proteger as crianças do uso da violência em casa, na comunidade e na mídia. Os principais objetivos desse programa é desenvolver habilidades de práticas parentais positivas, que apoiem a segurança e estabilidade da estrutura familiar (Altafim, Magalhães, Linhares, 2023).

2.4.3.3 Sugira Muryango

É um programa implementado na modalidade de visita domiciliar e que tem como principal objetivo a melhora do desenvolvimento infantil geral e a prevenção da violência intrafamiliar através da parentalidade positiva, qualificação da resolução de problemas e tomada de decisão compartilhada. Sua estrutura consiste em 12

sessões, de 60 minutos cada uma, e que são entregues através de visitas nas casas das famílias cadastradas, por profissionais não especialistas, treinados e atuantes na comunidade, como os ACS, ao longo de três meses (Desmond *et al.*, 2023).

O conteúdo desta intervenção parental abrange o conteúdo do *Nurturing Care Framework*, o *Care for Child Development* da UNICEF/OMS, e abarca estratégias para a parentalidade positiva e não violenta. O programa visa também a melhora nos resultados parentais como: regulação emocional, redução de estresse, resolução de conflitos e envolvimento afetivo e nutritivo dos pais/ cuidadores no cuidado com as crianças, pois uma vez que se tem a melhora nos desfechos parentais, consequentemente há uma melhora no bem-estar, desenvolvimento e qualidade de vida infantil (Jensen *et al.*, 2023).

2.4.3.4 Families First Home Visiting (FFHV)

Esse programa de treinamento parental é aplicado em formato de visita domiciliar, em geral aplicado a famílias de risco, do período pré-natal até cinco anos de idade. O principal objetivo do programa é o fortalecimento dos laços de apego entre pais/ cuidadores e filhos, com o intuito de prevenir o abuso e negligência infantil. Essa intervenção é aplicada por enfermeiros de saúde pública que avaliam e selecionam as famílias que mais necessitam e fornecem conhecimento clínico e suporte as famílias e treinamento e supervisão semanal para quem aplica as sessões nos domicílios, que em geral são profissionais com ensino médio completo, com educação pós-secundária em saúde e educação, que possuem experiência em desenvolvimento infantil ou parentalidade (Chartier *et al.*, 2017).

Cada um desses profissionais são responsáveis por 10 a 18 famílias e conduzem sessões que tem como principal finalidade a parentalidade positiva, desenvolvimento infantil saudável e o estabelecimento de um relacionamento robusto entre serviço de saúde e família. A duração e frequência das sessões varia conforme a necessidade individual de cada família, sendo normalmente de uma vez por semana a uma vez por mês, com duração de uma a duas horas a cada encontro, com uma duração total de três anos (Chartier *et al.*, 2017).

2.4.3.5 Family Connects (FC)

É um programa universal em formato de visitas domiciliares pós-parto a curto prazo, conduzido por enfermeiros. Essas famílias são convidadas a participar do programa e recebem a primeira visita em três semanas após o parto. O número de visitas varia de 1-3, conforme a necessidade de cada família. O profissional irá avaliar durante as visitas a saúde e o desenvolvimento da criança e abordará juntamente dos cuidadores as principais dificuldades e preocupações dos cuidadores e as necessidades destas famílias, fornecendo educação e conectando estas famílias quando necessário a recursos de auxílio da comunidade (Rybińska *et al.*, 2022).

Após quatro semanas da intervenção, o enfermeiro procederá com uma ligação telefônica para acompanhamento da família. Outro componente essencial para o estabelecimento do programa é o alinhamento deste com a comunidade, em que está inserido. A comunidade tem papel decisório em cada etapa do treinamento parental. Esse alinhamento ocorre através uma equipe dentro do serviço de saúde, que fará essa conexão entre comunidade e serviço, através do estabelecimento de um diretório eletrônico e de um Conselho Consultivo da Comunidade (Rybińska *et al.*, 2022).

FIGURA 13 - DIAGRAMA DOS PROGRAMAS DE TREINAMENTO PARENTAL



FONTE: A autora (2025).

2.4.3.6 Outros Programas

Existem uma série de programas de treinamento parental, um destes programas é o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (PADIN), que atua no âmbito da educação e é vinculado à Secretaria da Educação do Governo do Estado do Ceará. Este programa tem como estratégia a realização de visitas domiciliares e encontros coletivos comunitários, no intuito de acompanhar e orientar pais, cuidadores e tutores acerca da promoção e qualificação do desenvolvimento integral das crianças (UNICEF, 2023).

No que diz respeito aos programas de parentalidade desenvolvidos virtualmente, um dos exemplos, são os contatos remotos realizados pela equipe do programa Criança Feliz, durante a pandemia da COVID-19. No que diz respeito as estratégias a nível populacional, tem-se a série de TV “Que Corpo é Esse? que compõe o projeto “Crescer Sem Violência”, que tem como objetivo propagar informações acerca de práticas parentais positivas e abordam temas como: direitos dos bebês, parentalidade positiva e prevenção de maus-tratos e violência para punir as crianças (UNICEF, 2023).

3 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os dois artigos construídos do presente desenvolvimento dissertativo, que se dividem em: uma Revisão Integrativa da Literatura, que aborda a temática da violência contra crianças na primeira infância; e, uma Revisão Sistemática de Efetividade, que avalia a efetividade dos PPPU para a saúde e desenvolvimento infantil.

3. 1 VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS: REVISÃO INTEGRATIVA

PERES, Aneís Louise; BOMFIM, Amanda Lacerda; FREIRE, Márcia Helena de Souza; SILVA, Flávia Reis da; MIRANDA, Camila; MARTINELLI, Aléxia Séles; ERTL, Natália; PEREIRA, Renata Lima da Luz. Violência contra crianças na primeira infância e suas consequências: revisão integrativa. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. e83409, 2025. DOI: 10.12957/reuerj.2025.83409. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/83409>. Acesso em: 7 maio. 2025.



Artigo de Revisão
Review Article
Artículo de Revisión

Peres AL, Bomfim AL, Freire MHS, Silva FR, Miranda C, Martineli AS, Ertl N, Pereira RLL
Violência contra crianças na primeira infância

DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2025.83409>

Violência contra crianças na primeira infância e suas consequências: revisão integrativa

Violence against children in early childhood and its consequences: an integrative review

Violencia contra niños durante la primera infancia y sus consecuencias: revisión integradora

Anéis Louise Peres¹; Amanda Lacerda Bomfim¹; Márcia Helena de Souza Freire¹; Flávia Reis da Silva^{II}; Camila Miranda¹; Alécia Séles Martineli¹; Natália Ertl¹; Renata Lima da Luz Pereira¹

¹Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil; ^{II}Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, Brasil

RESUMO

Objetivo: identificar os tipos e as naturezas das violências que acometem as crianças durante a primeira infância e as consequências que acarretam a este segmento populacional. **Método:** revisão integrativa, com uso dos descritores, "Family Violence", "Domestic Violence", "Child" e correlatos, com busca em bases e portais de dados CINAHL, Embase, LILACS, Pubmed, Scopus e Web of Science, realizada em fevereiro de 2024. **Resultados:** entre 12 artigos incluídos, o tipo de violência que mais acomete as crianças durante a primeira infância é a interpessoal intrafamiliar, podendo ser de natureza psicológica, física, de negligência e sexual. As consequências mais frequentes relacionam-se à socialização da criança. **Conclusão:** a partir dos tipos de violências identificados, a parentalidade se mostra como a principal estratégia preventiva, apontando para a necessidade de se trabalhar mais intensamente as ações de promoção da parentalidade positiva no âmbito das políticas públicas de atenção à criança e à família.

Descritores: Pediatria; Criança; Pais; Família; Maus-Tratos Infantis.

ABSTRACT

Objective: to identify the types and nature of violence affecting children during early childhood and the consequences for this population segment. **Method:** an integrative review using the descriptors "Family Violence," "Domestic Violence," "Child," and related terms, with searches conducted in the CINAHL, Embase, LILACS, PubMed, Scopus, and Web of Science databases and portals, was conducted in February 2024. **Results:** among the 12 included articles, the most prevalent type of violence affecting children during early childhood was intrafamilial interpersonal violence, which can be psychological, physical, neglect-related, or sexual in nature. The most frequent consequences are related to children's socialization. **Conclusion:** based on the types of violence identified, parenting emerges as the primary preventive strategy, highlighting the need to intensify efforts to promote positive parenting within public policies focused on child and family care.

Descriptors: Pediatrics; Child; Parents; Family; Child Abuse.

RESUMEN

Objetivo: identificar los tipos y las naturalezas de las violencias que afectan a los niños durante la primera infancia y las consecuencias que conllevan para este segmento poblacional. **Método:** revisión integradora, con uso de los descriptores, "Family Violence", "Domestic Violence", "Child" y correlatos, con búsqueda en bases y portales de datos CINAHL, Embase, LILACS, Pubmed, Scopus y Web of Science, realizada en febrero de 2024. **Resultados:** entre 12 artículos incluidos, el tipo de violencia que más afecta a los niños durante la primera infancia es la interpersonal intrafamiliar, que puede ser de carácter psicológico, físico, de negligencia y sexual. Las consecuencias más frecuentes están vinculadas a la socialización del niño. **Conclusión:** Con base en los tipos de violencias identificados, la parentalidad se muestra como la principal estrategia preventiva, apuntando a la necesidad de abordar con mayor profundidad las acciones de promoción de la parentalidad positiva en el ámbito de las políticas públicas de atención al niño y a la familia.

Descriptores: Pediatría; Niño; Padres; Familia; Maltrato a los Niños.

INTRODUÇÃO

A violência é um processo complexo e multifatorial, cujo conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta para o uso intencional de força física contra si ou terceiros, ou contra um grupo ou comunidade e, que tenha possibilidade de, ou mesmo, resulte em lesão, dano psicológico, deficiência ou privação de desenvolvimento, e até mesmo a morte¹.

Todos os anos, em todo o mundo, cerca de 50% das crianças e adolescentes entre dois e 17 anos sofrem com as violências. Ao considerar a primeira infância, período entre zero e seis anos de idade, 300 milhões de crianças ao ano sofrem com a violência intrafamiliar¹. No cenário brasileiro, 28,4% das crianças acometidas estão na faixa etária de zero a quatro anos^{2,3}. Durante o ano de 2021, 30.604 denúncias de violação dos direitos humanos das crianças na primeira infância, foram registradas. Já em 2022, somente no primeiro semestre, foram 25.377 casos na faixa etária de zero a seis anos⁴.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), por recebimento de bolsa de mestrado concedida pelo Edital nº 01/2023-COSAB, e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Brasil (CNPq), Edital 046/2022, por concessão de financiamento ao projeto "Desenvolvimento de tecnologia para a promoção da parentalidade saudável e combate à violência na primeira infância".

Autora correspondente: Anéis Louise Peres E-mail: aneperes44@gmail.com

Editora Chefe: Cristiane Helena Gallasch; Editora Científica: Juliana Amaral Prata

Recebido em: 09/04/2024 – Aprovado em: 11/02/2025



Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2025; 33:e83409

p.1



A violência pode ser classificada de acordo com a sua tipologia e a sua natureza. Quanto aos tipos, têm-se as violências auto infligidas, que dizem respeito às agressões contra si próprio e as automutilações; as violências interpessoais, que se subdividem em intrafamiliar, a qual ocorre entre os membros da família sendo, principalmente, dirigida àqueles com maior vulnerabilidade, como as crianças, e comunitária, quando ocorre em âmbito social, incluindo a violência em instituições, como as escolas; e as violências coletivas, que incluem a estrutural, a qual é gerada pelos processos políticos e econômicos que reproduzem as desigualdades sociais que, no caso das crianças, as torna mais vulneráveis quanto ao crescimento e ao desenvolvimento^{5,6}.

Com relação à natureza, as violências podem ser classificadas como: abusos e maus-tratos físicos, caracterizados pelo uso da força para causar dor e injúrias; violência psicológica, que consiste em agressões verbais e gestuais para rejeitar e humilhar a vítima; violência sexual, designada como práticas eróticas, pornográficas e sexuais; e de negligência, que agrega a omissão ou recusa em oferecer os cuidados necessários a quem precisa da atenção e/ou da assistência^{5,6}.

Em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu a Agenda 2030, contendo os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) assumidos por 193 países, incluindo o Brasil. Relativo ao processo de violência, o Objetivo 16, intitulado “Paz, justiça e instituições eficazes”, intenta à redução significativa de todas as formas de violência, a queda das taxas de mortalidade relacionada à mesma e o fim do abuso, da exploração, do tráfico e de todas as formas de violência contra as crianças⁷.

Sob esta ótica, o presente estudo justifica-se pela necessidade de aprofundamento no arcabouço de conhecimento acerca da violência contra crianças, sobretudo relacionado à tipologia, natureza deste processo e de suas consequências com foco na faixa etária da primeira infância (0 - 6 anos). O estudo se apoia na vulnerabilidade deste segmento populacional às situações de violência, sobretudo pelas dificuldades inerentes à faixa etária nos aspectos do entendimento e da comunicação dos fatos ocorridos, questões que precipitam a subnotificação dos processos de violência que gera, em cadeia, a subnotificação epidemiológica da violência, gerando a invisibilidade de crianças vítimas, as não contabilizadas, anônimas³.

Além disso, a violência consiste em um processo considerado como um dos principais fatores de risco para implicações ao desenvolvimento pleno da criança, principalmente na primeira infância, quando o crescimento e o desenvolvimento físico, cognitivo e social ocorrem de forma mais ativa e acelerada, justificando a necessidade da existência de enfrentamento e prevenção desse processo³.

Tem-se como objetivo deste estudo identificar os tipos e as naturezas das violências que acometem as crianças durante a primeira infância e as consequências que acarretam a este segmento populacional.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, apoiada em método que preconiza cinco etapas preconizadas, a saber: (1) identificação do problema, (2) pesquisa de literatura, (3) avaliação dos dados, (4) análise dos resultados e (5) apresentação da revisão. Para a sustentação do rigor metodológico, as recomendações do *PRISMA extension for scoping reviews* (PRISMA-ScR) foram aplicadas desde a concepção e durante o desenvolvimento do estudo^{8,9}.

Para a primeira etapa utilizou-se o acrônimo PICo, sendo: P (população) - crianças na primeira infância (0 a 6 anos); I (fenômeno de interesse) – os tipos e naturezas das violências contra as crianças na primeira infância (0 a 6 anos) e, as consequências que estas acarretam; e, Co (contexto) – os diferentes contextos de vida e de atenção à saúde da criança. A determinação da tipologia e as naturezas da violência contra as crianças seguiu o referencial teórico explicitado na introdução desta revisão⁵. Assim, estruturou-se a seguinte questão norteadora: *Quais são os tipos e as naturezas da violência que acometem as crianças na primeira infância (0 a 6 anos) e quais são as consequências que estas acarretam?*

A pesquisa da literatura, que corresponde à segunda etapa do método, foi realizada em 27 de fevereiro de 2024, buscando por publicações científicas dos últimos três anos (2021 a 2023). O recorte temporal justifica-se pelo ano de criação e implementação da iniciativa “Unidade Amiga da Primeira Infância”, anunciada em 2021 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com o objetivo de promover serviços de excelência para a primeira infância, incluindo a qualificação das equipes de saúde para a identificação, notificação e encaminhamento dos casos de violência¹⁰.

O levantamento foi realizado aplicando-se as estratégias de busca específicas para cada base e portais de dados, estruturadas com o apoio de uma bibliotecária atuante na área das ciências da saúde, que possui experiência em estudos de revisão. As estratégias foram compostas por Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), intercalados por operadores booleanos AND e OR. As bases de dados utilizadas foram: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); Embase; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); SciVerse Scopus e *Web of Science*. Também, foi utilizado o portal *US National Library of Medicine* (MEDLINE/Pubmed).





Constituíram-se como critérios de inclusão: pesquisas primárias com abordagem à violência na primeira infância, contra crianças de zero a seis anos de idade e/ou seus pais e cuidadores, estudos disponíveis na íntegra e publicados entre 2021 e 2023. Os critérios de exclusão foram estudos secundários e pesquisas nas quais a violência era relatada por adultos e/ou adolescentes como uma experiência vivenciada. Cabe esclarecer que foram considerados os estudos em qualquer idioma e, quando necessário, foi aplicada ferramenta eletrônica de tradução computacional *Google tradutor*®, para maior clareza contextual e dos achados da pesquisa.

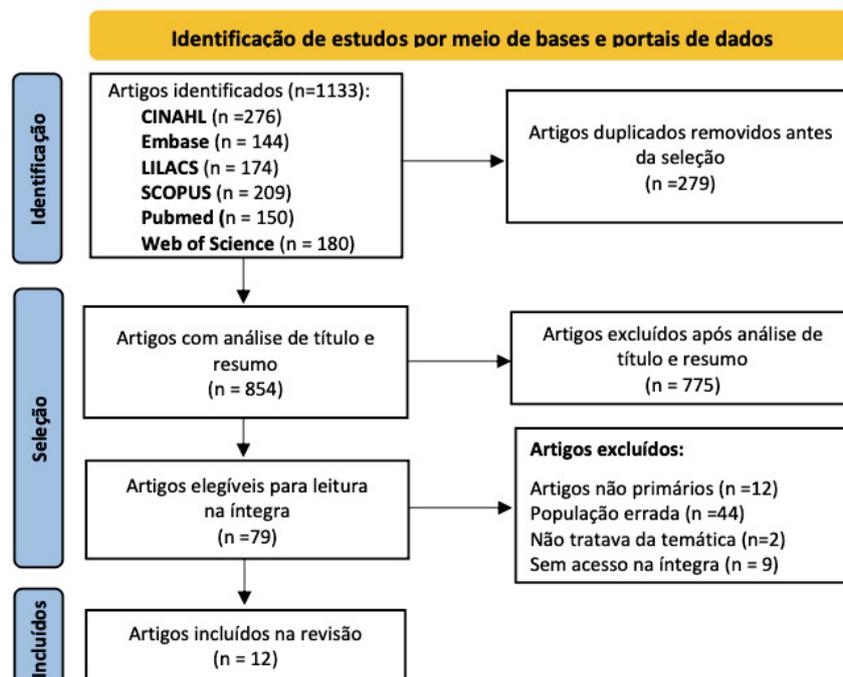
Com os critérios de elegibilidade definidos, procedeu-se à seleção dos estudos, realizada por dois revisores independentes. Primeiramente, foi realizada a triagem por título e resumo e, em seguida, por leitura dos estudos na íntegra. Em situações de divergências entre os revisores, um terceiro revisor foi acionado. Para o gerenciamento e triagem das publicações, a plataforma *Rayyan*® foi utilizada, para manutenção do rigor metodológico, com a ferramenta de duplo-cego acionada.

Seguindo a terceira etapa da revisão integrativa, após a seleção e inclusão dos estudos, foi conduzida a análise dos dados com a aplicação de quatro *checklists Critical Appraisal* da JBI®, que avalia a qualidade metodológica das pesquisas, de acordo com os métodos aplicados, a saber: estudo de caso controle (pontuação de 0-10), estudo transversal analítico (pontuação de 0-8), estudo de coorte (pontuação de 0-11) e ensaio clínico randomizado (pontuação de 0-13). As questões presentes nos instrumentos, foram respondidas com “Sim” e “Não” pelos revisores, com a geração de escores.

A análise dos resultados, como a quarta etapa, compreendeu a construção de um quadro organizacional com finalidade analítica-descritiva, composto pelas seguintes variáveis de interesse: identificação do artigo (ID), acompanhado de um código alfanumérico sequencial (A1 a A12), nome do periódico, fator de impacto do periódico, autores, ano de publicação, país de realização do estudo, título do artigo, método, amostra, tipo e natureza da violência, consequências da violência em crianças na primeira infância, score da JBI® e nível de evidência. Após a organização das variáveis no quadro, elaborou-se um mapa com as categorias e subcategorias das consequências da violência para as crianças na primeira infância, seguido da elaboração de uma síntese, e pela análise dos principais resultados, sendo essa a quinta e última etapa da revisão integrativa.

RESULTADOS

A partir da busca realizada, emergiram 150 estudos, com amostra final composta por 12 artigos primários¹¹⁻²², conforme apresentado na Figura 1.



Adaptado de: PRISMA (2020)⁹

Figura 1: Fluxograma de seleção dos artigos primários incluídos na amostra da revisão integrativa. Curitiba, PR, Brasil, 2024.



As bases de dados em que os artigos foram indexados foram: MEDLINE/Pubmed^{11, 13-16,21} (n=6); CINAHL^{15,17,19} (n=3); Scopus (n=1)¹⁸; Embase (n=1)²⁰; e, LILACS²² (n=1). A qualidade metodológica dos artigos incluídos, foi medida pela análise crítica destes através da aplicação do *Checklist Critical Appraisal* da JBI® e, os estudos foram classificados como: “Excelente”^{12,14,17,18} (n=4); “Muito bom”^{11,16,19,20,22} (n=5); e, “Bom”^{13,15,21} (n=3).

Já, os continentes dos autores dos estudos foram: América do Norte^{11,15-18,21} (n=6); América do Sul^{12,14,22} (n=3); Ásia^{13,19} (n=2); e, Europa²⁰ (n=1). Como idioma predominante destes estudos foi o inglês¹¹⁻²¹, presente em onze estudos da amostra, e apenas um deles foi redigido em espanhol²².

Com relação às áreas de conhecimento dos pesquisadores, quatro foram contempladas, sendo a mais prevalente a psicologia, com cinco artigos^{14-16,21,22}; seguida da medicina, com quatro artigos^{11,12,18,19}; a assistência social, com três artigos^{17,20,22}; e, a educação com dois artigos^{13,18}.

Evidencia-se que um estudo realizado com a população de adultos e/ou adolescentes, detalhava a faixa etária na qual ocorreram as vitimizações durante a infância, este não estava disponível na íntegra. Nas Figuras 2 e 3, é apresentado o detalhamento dos estudos e dos tipos de violência identificados.

ID/ Ano	Periódico / F. I Autores Ano/País	Método /Amostra	Tipo/Natureza da violência Consequências da violência em crianças na primeira infância	Score JBI®/ N. E.
A1 ¹¹ 2021	<i>Dev. Psychobiol.</i> / 3.038/ Goldstein, et al/ EUA	Estudo de caso controle / 21 crianças de 4 a 6 anos expostas a violência e 30 não expostas.	Violência Intrafamiliar/ Não específica a natureza. Retraimento temperamental, emotividade negativa e psicopatologia de humor e ansiedade. Resposta embotada a estímulos afetivos. Risco precoce de vida.	8/10 3.d
A2 ¹² 2021	<i>Am J Prev Med.</i> / 5.5/ Rocha, et al/ Brasil	Estudo transversal / 3.566 crianças de 0 a 5,5 anos.	Violência Intrafamiliar / Física, psicológica e negligência. Comunicação e coordenação motora fina e grossa inferiores. Pontuações mais baixas nos domínios de socialização.	7/8 4.b
A3 ¹³ 2021	<i>Int. J. Psychol.</i> /3.2/ Ziv, et al/ Israel	Estudo de coorte/ 216 crianças de 4 a 6 anos e suas mães.	Violência Estrutural / Política e Violência Intrafamiliar/ Não específica a natureza. Maior desajustamento social, comportamental e problemas de aprendizagem.	8/11 3.c
A4 ¹⁴ 2021	<i>J. Interpers. Violence</i> / 2.5/ Skar, et al/ Colômbia	Ensaio clínico randomizado / 176 pais de crianças de 3 a 4 anos.	Violência Intrafamiliar/Física e psicológica. Violência Estrutural /Política. Menor aprendizagem, crescimento e qualidade nutricional. Maior probabilidade de serem futuros perpetradores.	12/13 1.c
A5 ¹⁵ 2021	<i>Child Maltreat.</i> / 5.1/ Pu, et al/ EUA	Estudo de coorte/ 299 mães e 85 pais, de crianças de 18 meses e 4 anos.	Violência Intrafamiliar/ Não específica a natureza. Problemas comportamentais, dificuldade de internalização e externalização de problemas ao longo do tempo e desregulação emocional.	8/11 3.c
A6 ¹⁶ 2021	<i>Int. J. Psychol.</i> /3.2/ Edler et al/ EUA	Estudo transversal/ 153 mães que abusavam e 78 mães não maltratantes e seus filhos de 3 a 6 anos.	Violência Intrafamiliar/ Psicológica e negligência e Violência Estrutural /Política. Déficit de desenvolvimento e dificuldade e atraso na linguagem. É déficit do desenvolvimento cognitivo e socioemocional.	6/8 4.b
A7 ¹⁷ 2021	<i>J. Pediatr.</i> /5.1/ Ma, et al/ EUA	Estudo de coorte com 2380 famílias com crianças de 3 e 5 anos.	Violência Intrafamiliar/ Física Problemas de comportamento, com uso de agressão para resolução de conflitos a longo prazo e internalização de problemas e sentimentos, com dificuldade de manejo psicoemocional.	10/11 3.c
A8 ¹⁸ 2022	<i>Child. Health Care.</i> / 0.9/ Karaca, et al/ EUA	Estudo de caso controle/ 56 crianças com TDAH e 65 crianças sem (5 a 6 anos).	Violência Intrafamiliar / Psicológica. Diminuição de apetite e problemas relativos ao comportamento. Aumento da prevalência de TDAH.	10/10 3.d
A9 ¹⁹ 2022	<i>Child Abus Rev.</i> / 1.6/ Fatemi, et al/ Irã	Estudo transversal com 5.142 crianças de 3 a 6 anos.	Violência Intrafamiliar/ Física, psicológica e negligência. Maior prevalência de transtornos mentais, distúrbios sociais e comportamentais e aumento de tentativas de suicídio e desnutrição.	6/8 4.b
A10 ²⁰ 2022	<i>Children</i> /2.6/ Ivana Oleck/ República Tcheca	Estudo transversal/ dados sobre crimes (n= 512) e autópsias (n=52) com crianças de 0 a 5 anos.	Violência Intrafamiliar / Física, psicológica, negligência. Aumento da morbimortalidade. Crianças mais propensas a funções sociais, psicológicas e neurobiológicas prejudicadas.	6/8 4.b
A11 ²¹ 2022	<i>Fam. Process</i> / 3,9/ Lee, et al/ EUA	Estudo de coorte com 128 pais e mães de crianças de 1 a 5 anos.	Violência Intrafamiliar/ Física e psicológica. Efeitos socioemocionais prejudiciais e déficit no comportamento pró-social.	8/11 3.c
A12 ²² 2022	<i>Rev Colomb Cienc Soc.</i> / 0.6/ Millán, et al/ Colômbia	Estudo transversal/ 308 mães e cuidadores de crianças de 0 a 5 anos.	Violência Intrafamiliar/ Física psicológica e sexual. As crianças tendem a repetir o comportamento dos pais e, a longo prazo, afeta o desenvolvimento infantil.	6/8 4.b

Legenda: ID= Identificação. F.I.= Fator de Impacto. N.E.= Nível de evidência.

Figura 2: Estudos incluídos segundo sua identificação, periódico de publicação, país, ano de publicação, método / amostra, tipo, natureza da violência e consequências às crianças da primeira infância e escore JBI®. Curitiba, PR, Brasil, 2024.



Os tipos de violência identificados foram, predominantemente, a interpessoal, intrafamiliar¹¹⁻²² (n=12; 100%), podendo ser de natureza psicológica^{12,14,16,18-22} (n=8; 66,6%), física^{12,14,17,19-22} (n=7; 58,3%), de negligência^{12,16,17-20} (n=4; 33,3%) e sexual²² (n=1; 8,3%). Com uma menor frequência, detectou-se a violência do tipo coletiva, estrutural de natureza política^{13-14,16} (n=3; 25%), sendo que três publicações não especificaram a natureza da violência estudada^{11,13,15}.

Quanto às consequências das violências para as crianças durante a primeira infância, a partir dos artigos capturados, foi possível organizá-las em quatro grandes categorias, numeradas de um a quatro, dispostas no centro no diagrama. Além disso, as quatro categorias agruparam oito subcategorias, referentes à especificidade das consequências da violência para as crianças na primeira infância, codificadas nas extremidades do diagrama apresentado, com letras de A à H e o código alfanumérico referente aos artigos que compõem cada subcategoria (Figura 3).



Figura 3: Diagrama da categorização dos estudos incluídos na amostra desta revisão integrativa. Curitiba, PR, Brasil, 2024.

A primeira categoria foi denominada como (1) relativas aos agravos à saúde, composta pelas subcategorias (1): A) a morbimortalidade (n=4)^{11,18-20} e B) consequências para a vida adulta (n=4)^{14,15,17,22}. Já a segunda categoria foi denominada (2) relativas ao desempenho escolar e comportamental, relacionando-se ao desempenho escolar e comportamental - (2): C) aprendizagem (n=4)¹¹⁻¹⁴ e o D) comportamento (n=5)^{13,15,17-19}.

A terceira categoria, com consequências (3) relativas ao crescimento e desenvolvimento, contempla aspectos (3): E) nutricionais (n=3)^{14,18,19} e F) físico e cognitivo (n=5)^{12,14,16,20,22}. Já a quarta e última categoria, com repercussões (4) relativas às características biopsicossociais, incluiu (4): G) socialização (n=6)^{11-13,19-21} e as H) psicoemocionais (n=5)^{11,15,16,20,21}.



Os cenários dos estudos em análise foram os abrigos de violência doméstica^{11,13,14,22} (n=4), os ambientes comunitários^{11-17,19-21} (n=10), escolares¹³ (n=1), hospitalares^{15,17,18} (n=3), ambulatoriais¹⁸ (n=1) e domiciliares^{20,21} (n=2).

A parentalidade positiva foi apresentada em onze artigos¹²⁻²² como medida protetiva e preventiva em relação à violência contra as crianças na primeira infância.

DISCUSSÃO

Quanto ao tipo e à natureza da violência contra as crianças na faixa etária da primeira infância, prevaleceu a violência interpessoal intrafamiliar¹¹⁻²² e a violência psicológica^{12,14,16,18-22}. A violência intrafamiliar é a que mais acomete as crianças durante a primeira infância, sendo os meninos as principais vítimas, ao passo que os pais são os principais perpetradores da violência, tendo o ambiente doméstico como o principal cenário dos maus-tratos³. Com relação à violência psicológica, em um estudo com 44 adultos chineses que sofreram com a violência psicológica durante a infância, apontam-se que as experiências de maus-tratos psicológicos se associam com resultados negativos para a saúde mental, expressos em ansiedade, depressão e comportamento agressivo, a curto, médio e longo prazo²³.

O presente estudo possibilitou a categorização das principais consequências da violência para as crianças durante a primeira infância, as quais foram relativas: aos agravos à saúde, ao desempenho escolar e comportamental, ao crescimento e ao desenvolvimento, e às características biopsicossociais. A primeira categoria que emergiu foi a de: (1) consequências relativas aos *agravos a saúde*, mais especificamente, as consequências para a vida adulta^{14,15,17,22} e, a morbimortalidade^{11,18-20}.

A violência infantil, principalmente durante a primeira infância, acarreta diversas consequências para a idade adulta, a saber: transtorno psicológicos prolongados (ansiedade, depressão, etc); dificuldades em relacionamentos; distúrbio de imagem corporal; automutilação; distúrbios alimentares; e, dificuldade na construção parental²⁴. Os resultados de um estudo realizado com 999 estudantes universitários chineses, demonstrou que indivíduos que sofreram maus-tratos na infância tiveram menor acompanhamento médico nesta fase, com isso apresentaram maior suscetibilidade à morbimortalidade, com aumento do risco de apresentar sofrimento psicológico, como a depressão, na idade adulta²⁵.

Assim como o abuso infantil acarreta diversas consequências a longo prazo, atingindo inclusive a fase adulta, também é considerado uma das principais causas de morbimortalidade entre crianças, sendo a maior parte dos óbitos, relativo ao abuso físico em crianças pequenas menores de três anos e, mais especificamente, ao traumatismo craniano abusivo (TCA). Os lactentes apresentam maiores taxas de TCA, visto que esta acomete 38 a cada 100.00 crianças no primeiro ano de vida e, a estimativa é de que 25% desses casos são considerados fatais²⁶.

A segunda categoria são as das consequências relativas ao *desempenho escolar e comportamental*, subdividida em: aprendizagem¹¹⁻¹⁴ e, comportamento^{13,15,17-19}. Em estudo realizado no oeste do Quênia, relatam-se que os elevados níveis de exposição a violência intrafamiliar em crianças na primeira infância, mantêm associação com os problemas comportamentais e de aprendizagem destas, a curto e a longo prazo, como: dificuldade na educação formal e informal; externalização excessiva de problemas; uso de violência para resolução de conflitos; e, presença de comportamentos incompatíveis com a idade²⁷.

Mais especificamente, com relação a aprendizagem, crianças que experenciam a violência, possuem maiores chances de repetir uma série desde o início do jardim de infância, possuem maiores taxas de faltas escolares e chances de a escola contatar a família devido a problemas, principalmente relacionadas ao comportamento²⁸. O aumento dos problemas comportamentais na primeira infância está significativamente atrelado a parentalidade severa e agressiva e aos altos níveis de neuroticismo materno. Os maus-tratos infantis, têm uma associação negativa com problemas comportamentais de internalização e externalização, e mesmo que estas agressões não atinjam níveis de abuso, podem prejudicar tanto seu comportamento como o desenvolvimento geral da criança, que ainda está em processo ativo de amadurecimento tanto físico, quanto psicológico²⁹.

A terceira categoria que emergiu foi relativa ao *crescimento e desenvolvimento*, que se subdivide em: nutricionais^{14,18,19} e físico e cognitivo^{12,14,16,20,22}. Acerca das consequências nutricionais, a má nutrição foi uma delas e, em estudo realizado com 117 crianças abusadas, apontou-se que 41% delas apresentaram emaciação (perda de massa muscular e gordura) e 25% apresentaram atraso de crescimento, sendo as crianças menores de cinco anos as mais prevalentes³⁰.

O crescimento e desenvolvimento neurobiológico das crianças maltratadas apresenta uma vulnerabilidade cognitiva, com capacidade reduzida de propagar a informação nas regiões cerebrais³¹. A exemplo disso tem-se de que, a presença de maus-tratos no ciclo de desenvolvimento da criança pode acarretar hipoatividade no lobo frontal, gerando efeitos significativos na função executiva, atenção e integração cognitiva, memorial, afetiva e





somatosensorial, principalmente da criança na primeira infância, que ainda está experienciando um crescimento e desenvolvimento físico, cognitivo e social, muito ativo³².

A quarta categoria diz respeito às *características biopsicossociais*, que se subdividiu em: socialização^{11-13,19-21} e psicoemocionais^{11,15,16,20,21}. A socialização em crianças que sofrem maus-tratos é inferior se comparado a crianças que não sofrem com a violência. As crianças maltratadas apresentam uma conduta antissocial frequente, dificuldade de comunicação e interação com outras pessoas³³. Além disso, apresentam também comportamento agressivo com os pais, quando os níveis de abuso são elevados e apresentam menor relação afetiva e socialização, quando os níveis de negligência infantil são altos³⁴.

Autores apontam, com relação às consequências psicoemocionais, que os maus-tratos infantis desencadeiam um estado extremo de intensidade emocional, afetando a capacidade de um pensamento linear, de interpretar e lidar com os sentimentos e as habilidades verbais³⁰. Isso se deve, em grande parte, a hipertrofia da amígdala, devido a exposição precoce ao estresse tóxico, que advém dos processos ativos de violência. Essa resposta hiper-responsiva e persistente pode gerar os problemas emocionais a curto, médio e longo prazo. Crianças que tiveram essa experiência, tendem a reconhecer mais facilmente estímulos ameaçadores, ficando sempre em um estado de hiper vigília e apresentando sinais e sintomas de ansiedade de forma muito frequente. Essa exposição pode gerar também, estratégias de regulação emocional mal adaptativas³⁵.

Nesse contexto, a parentalidade positiva, que é considerada um mecanismo de proteção infantil, emergiu nos resultados de muitos estudos que compõe a amostra dessa revisão. Foi apontada como uma das principais estratégias para prevenção da violência intrafamiliar. A parentalidade diz respeito a qualidade da relação entre pais e filhos, ou seja, proximidade, compreensão, confiança, tomada de decisão compartilhada e cuidado, e é composta por calor, disponibilidade e proximidade. Dessa forma a parentalidade saudável desempenha um papel crítico no desenvolvimento infantil, previne e protege as crianças das consequências das adversidades, como a violência³⁶.

Aponta-se que, dentre os estudos analisados, houve escassez da abordagem específica à faixa etária da primeira infância, muito embora seja a faixa etária mais acometida pela violência, sobretudo a intrafamiliar. Recomenda-se para os estudos primários futuros a abordagem à violência contra crianças com foco na primeira infância, principalmente a intrafamiliar, fomentando a parentalidade positiva, considerada pelos autores analisados na presente revisão, como a principal medida preventiva e protetiva ao processo de violência.

Por fim, considera-se atendido o objetivo da presente revisão integrativa, gerando conhecimento e fortalecendo a área da saúde e interligadas, acerca dos tipos, naturezas e consequências das violências que, preponderantemente, acometem essa população, conforme os estudos que compõe a amostra. Esta revisão, complementarmente, apresenta a parentalidade como principal estratégia preventiva e protetiva da violência contra crianças, demonstrando a necessidade de serem trabalhadas fortemente as políticas públicas, as tecnologias e as intervenções, que promovam a parentalidade positiva.

Limitações do estudo

O estudo limitou-se estritamente a sintetizar a produção que foi selecionada, a partir de um método seguido rigorosamente, da extração de informações suficientes e elucidadoras da pergunta que norteou a pesquisa, discutindo-as. Aponta-se como limitações a dificuldade em se precisar a faixa etária da população evidenciada no manuscrito; a exiguidade de estudos produzidos com a população brasileira e publicados no Brasil; bem como, a falta de estudos desenvolvidos por Enfermeiros.

CONCLUSÃO

Verificou-se que o principal tipo de violência contra crianças na primeira infância a intrafamiliar, de natureza psicológica. Em relação às principais consequências desse processo, para as crianças que sofrem maus-tratos, apresenta-se a socialização, uma vez que estas crianças possuem com frequência conduta antissocial e, apresentam dificuldades para comunicação e interação.

Entre os 12 artigos incluídos, nove foram consideradas publicações de qualidade metodológica de muito boa a excelente e três classificadas como boas, segundo o instrumento de análise crítica aplicado.

O desenvolvimento da presente revisão permite a expansão do conhecimento do fenômeno violência na primeira infância, relativo aos parâmetros e às dimensões fundamentais, como a tipologia e natureza da violência e suas consequências. Obteram-se dados para melhor identificação, manejo e prevenção do processo de violência, tanto para as famílias quanto para profissionais de saúde e órgãos públicos responsáveis pela integridade e qualidade de vida das crianças, como previsto em políticas de proteção infantil. Compreende-se a existência de lacuna significativa entre os estudos disponíveis, em especial, para a faixa etária estudada, entre zero e seis anos de idade.





O (re)conhecimento da magnitude e da intensidade desta problemática busca romper crescentes impeditivos ao enfrentamento da violência na primeira infância e da manutenção da privação das crianças pela vida e desenvolvimento sadios, sendo ainda invisíveis à sociedade, e assim, condenando-as a um futuro incerto, que dependerá de sua resiliência.

Este estudo contribui para a área da vigilância e notificação de agravos e violências, da prevenção e da promoção da saúde, pois apresenta e explora os tipos e as naturezas das violências que acometem as crianças de zero a seis anos de idade, durante a primeira infância e as consequências desta, nessa faixa etária. A apresentação da parentalidade como estratégia preventiva essencial, deve receber maior atenção, por todos os países, no âmbito das políticas públicas, gerando iniciativas de fomento, de incentivo e de educação populacional.

REFERÊNCIAS

- Katz L, Amorim MM, Giordano JC, Bastos MH, Brilhante AVM. Who is afraid of obstetric violence? *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2020 [cited 2024 Mar 13]; 20(2):623–6. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>.
- Oliveira SMT, Galdeano EA, Trindade EMGG, Fernandez RS, Buchaim RL, Buchaim DV, et al. Epidemiological study of violence against children and its increase during the COVID-19 andemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 [cited 2024 Mar 13]; 18(19):181910061. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph181910061>.
- Riba AC, Zioni F. The child's body as a receptacle of physical violence: analysis of epidemiological data from VIVA/SINAN. *Saúde debate*. 2022 [cited 2024 Mar 13]; 46(5). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042022e516>.
- Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância. Prevenção de violência contra crianças. São Paulo (SP): Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. 2023 [cited 2024 Mar 13]. Available from: <https://ncpi.org.br/wp-content/uploads/2024/08/Prevencao-de-violencia-contra-criancas.pdf>.
- Minayo MCS, Pinto LW, Silva CMFP. Our daily violence according to PNS 2019 data. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022 [cited 2024 Mar 13]; 27(9):3701–14. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07532022>.
- Souza ER, Pinto LW, Njaine K, Silva A. Contributions to the literature on violence and health in 25 years of the Brazilian public health. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020 [cited 2024 Mar 13]; 25(12):4791-802. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.20322020>.
- Mcmanus C, Neves AAB, Schleicher RT, Castro HCOD, Pimentel F, Pimentel D, et al. Brazilian South-South Scientific Collaboration and The Sustainable Development Goals. *An Acad Bras Ciênc*. 2023 [cited 2024 Mar 13]; (95):e20230492. DOI: <https://doi.org/10.1590/0001-3765202320230492>.
- Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005 [cited 2024 Mar 20]; 52(5):332. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.
- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018 [cited 2024 Mar 20]; 169(7):467-73. DOI: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>.
- UNICEF. Estrutura metodológica da iniciativa unidade amiga da primeira infância. Fortaleza; 2021 [cited 2024 Mar 27]. Available from: <https://www.unicef.org/brazil/media/14181/file/estrutura-metodologica-iniciativa-unidade-amiga-da-primeira-infancia.pdf>.
- Goldstein BL, Grasso DJ, McCarthy KJ, DiVietro S, Briggs-Gowan MJ. Neurophysiological patterns associated with blunted emotional face processing and withdrawal tendencies in young children exposed to intimate partner violence. *Dev Psychobiol*. 2021 [cited 2024 Mar 27]; 63(6):e22154. DOI: <https://doi.org/10.1002/dev.22154>.
- Rocha HAL, Sudfeld CR, Leite ÁJM, et al. Adverse childhood experiences and child development outcomes in Ceará, Brazil: a population-based study. *Am J Prev Med*. 2021 [cited 2024 Mar 27]; 60(4):579-586. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.08.012>.
- Ziv Y, Kupermintz H. The effects of exposure to political and domestic violence on preschool children and their mothers. *Int J Psychol*. 2021 [cited 2024 Mar 27]; 56(1):12-21. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijop.12608>.
- Skar AS, Sherr L, Macedo A, Tetzchner SV, Fostervold KI. Evaluation of parenting interventions to prevent violence against children in Colombia: a randomized controlled trial. *J Interpers Violence*. 2021 [cited 2024 Mar 27]; 36(1-2):1098-126. DOI: <https://doi.org/10.1177/0886260517736881>.
- Pu DF, Rodriguez CM. Spillover and crossover effects: mothers' and fathers' intimate partner violence, parent-child aggression risk, and child behavior problems. *Child Maltreat*. 2021 [cited 2024 Mar 27]; 26(4):420-30. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077559520985936>.
- Edler K, Lawson M, Speidel R, Valentino K. Intergenerational transmission of autobiographical memory specificity: Indirect effects through maternal reminiscing. *J Exp Child Psychol*. 2021 [cited 2024 Mar 27]; 203:105021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2020.105021>.
- Ma J, Lee SJ, Grogan-Kaylor A. Adverse childhood experiences and spanking have similar associations with early behavior problems. *J Pediatr*. 2021 [cited 2024 Mar 27]; 235:170-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.01.072>.
- Karaca SN, Cicek AU, Isik CM, Kanak M, Demirel G. Evidence of the relationship between attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and emotional abuse in a sample of preschool children. *Child Health Care*. 2022 [cited 2024 Mar 27]; 51(3):336-53. DOI: <https://doi.org/10.1080/02739615.2022.2072311>.
- Fatemi MJ, Afrashteh S, Zahmatkesh S, Hemmati A, Fararouei M. Prevalence and determinants of caregivers' self-reported child abuse among children aged 3–6 years in the South of Iran. *Child Abuse Rev*. 2022 [cited 2024 Mar 27]; 31(6):e2763. DOI: <https://doi.org/10.1002/car.2763>.





Artigo de Revisão
Review Article
Artículo de Revisión

Peres AL, Bomfim AL, Freire MHS, Silva FR, Miranda C, Martineli AS, Erti N, Pereira RLL
Violência contra crianças na primeira infância

DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2025.83409>

20. Olecká I. Early identification of risk of child abuse fatalities: possibilities and limits of prevention. *Children*. 2022 [cited 2024 Mar 27]; 9(5):594. DOI: <https://doi.org/10.3390/children9050594>.
21. Lee JK, Marshall AD, Feinberg ME. Parent-to-child aggression, intimate partner aggression, conflict resolution, and children's social-emotional competence in early childhood. *Fam Process*. 2022 [cited 2024 Mar 27]; 61(2):823-40. DOI: <https://doi.org/10.1111/famp.12701>.
22. Millán MCD, Moanack PMA, García LYP, Betancourt LKS. Domestic violence. A risk to early childhood development. *Rev Colomb Cienc Soc*. 2022 [cited 2024 Mar 27]; 13(1):77-101. DOI: <https://doi.org/10.21501/22161201.3628>.
23. Xiao Z, Obsuth I, Meinck F, Murray AL. Relations Between childhood psychological maltreatment and mental health dimensions within a higher-order model. *Int. J. Clin. Health Psychol*. 2024 [cited 2024 Apr 02]; 24:100416. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2023.100416>.
24. Reingold OH, Goldner L. "It was wrapped in a kind of normalcy": the lived experience and consequences in adulthood of survivors of female child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2023 [cited 2024 Nov 27]; 139:106125. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106125>.
25. Li M, Yuan Y, Cheng X, Wang Y, Xu Z. Childhood maltreatment and insomnia in college students: the role of alexithymia and psychological distress. *Acta Psychol*. 2024 [cited 2024 Apr 02]; 243:e:104149. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104149>.
26. Hartman L, Greene HM. Acute presentation of abusive head trauma. *Semin Pediatr Neurol*. 2024 [cited 2024 Nov 27]; 50:101135. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.spen.2024.101135>.
27. Laurenzi CA, Skeen S, Sundin P, Hunt X, Weiss RE, Rhoteram-Borus MJ. Associations between young children's exposure to household violence and behavioural problems: Evidence from a rural Kenyan sample. *Glob Public Health*. 2020 [cited 2024 Apr 02]; 15(2):173-84. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1656274>.
28. Ghanem N. The effect of violence in childhood on school success factors in US children. *Child Abuse Negl*. 2021 [cited 2024 Nov 28]; 120:105217. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105217>.
29. Berthelon M, Contreras D, Kruger D, Palma MI. Harsh parenting during early childhood and child development. *Econ Hum Biol*. 2020 [cited 2024 Nov 27]; 36:100831. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2019.100831>.
30. Martín-Martín V, Romo-González C, González-Zamora JF. Frequency of malnutrition in children and adolescents with child maltreatment. *Nutr Hosp*. 2022 [cited 2024 Apr 02]; 39(2):282-9. DOI: <https://doi.org/10.20960/nh.03820>.
31. Samson JA, Newkirk TR, Teicher MH. Practitioner Review: Neurobiological consequences of childhood maltreatment - clinical and therapeutic implications for practitioners. *J Child Psychol Psychiatry*. 2024 [cited 2024 Apr 02]; 65(3):369-80. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.13883>.
32. Giotakos O. Neurobiology of emotional trauma. *Psychiatry*. 2020 [cited 2024 Nov 27]; 31(2):162-71. DOI: <https://doi.org/10.22365/jpsych.2020.312.162>.
33. Hultmann O, Broberg AG, Axberg U. Child psychiatric patients exposed to intimate partner violence and/or abuse: the impact of double exposure. *J Interpers Violence*. 2022 [cited 2024 Apr 02]; 37(11-12):8611-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260520978186>.
34. Buisman RSM, Bakermans-Kranenburg MJ, Pittner K, van IJzendoorn MH, van den Berg LJ, Tollenaar MS, et al. Child maltreatment and parent-offspring interaction: a multigenerational extended family design. *J Fam Psychol*. 2021 [cited 2024 Nov 28]; 35(6):735-44. DOI: <https://doi.org/10.1037/fam0000841>.
35. Zhu Y, Zhang G, Anme T. Adverse childhood experiences, resilience, and emotional problems in young Chinese children. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 [cited 2024 Nov 28]; 20(4):3028. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20043028>.
36. Olson, AE, Chow SM, Jones DE, Shenk CE. Child maltreatment, parent-child relationship quality, and parental monitoring in relation to adolescent behavior problems: Disaggregating between and within person effects. *Child Abuse Negl*. 2023 [cited 2024 Apr 02]; 136:106003. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.106003>.

Contribuições dos autores:

Concepção, A.L.P., A.L.B., M.H.S.F., F.R.S., C.M., N.E. e R.L.L.P.; metodologia, A.L.P. e A.L.B.; análise formal, A.L.P. e A.L.B.; investigação, A.L.P. e A.L.B.; obtenção de recursos, M.H.S.F.; curadoria de dados, A.L.P. e A.L.B.; preparação do manuscrito, A.L.P. e A.L.B.; revisão e edição, M.H.S.F., F.R.S., C.M., N.E. e R.L.L.P.; visualização, F.R.S., C.M., N.E. e R.L.L.P.; supervisão, M.H.S.F.; administração do projeto, M.H.S.F.; aquisição de financiamento, A.L.P. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Uso de ferramentas de inteligência artificial

Os autores declaram que não foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial na composição do manuscrito "Violência contra crianças na primeira infância e suas consequências: revisão integrativa".



3.2 EFETIVIDADE DOS PROGRAMAS DE PARENTALIDADE NA SAÚDE E NO DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA

Efetividade dos programas de parentalidade na saúde e no desenvolvimento na primeira infância: Revisão Sistemática

Resumo

Objetivo: Avaliar a efetividade dos Programas de Parentalidade Preventivos Universais para a saúde e desenvolvimento físico, cognitivo e social de crianças na primeira infância. **Método:** revisão Sistemática de efetividade, segundo as recomendações da JBI®. A busca foi realizada nas bases e portais de dados CINAHL, Embase, LILACS, Pubmed, Scopus e Web of Science, OADT, OpenGrey e Google acadêmico, por três revisores independentes. Os critérios de elegibilidade foram os estudos com pais e cuidadores de crianças na primeira infância que participaram de programas de treinamento parental e, obtiveram resultados nos desfechos de saúde e desenvolvimento físico, cognitivo e social infantil. Para avaliar o risco de viés, utilizaram-se os checklists próprios da JBI®. **Resultados:** Selecionaram-se 16 estudos de 2016 a 2024, que evidenciaram resultados positivos no que diz respeito principalmente ao desenvolvimento infantil (n=11; 68,7%), mais especificamente o cognitivo, com (n= 10; 63,5%) e relativos à saúde (n=8; 50%) **Conclusão:** Os programas de parentalidade preventivos universais demonstraram ser efetivos, no que diz respeito a saúde e ao desenvolvimento infantil. A adoção de programas parentais, principalmente na modalidade de visitas domiciliares, pode fortalecer o enfermeiro como protagonista do cuidado infantil e favorece resultados eficazes na qualidade de vida dessas crianças.

Descritores: Poder Familiar; Relações Pais-Filho; Programas; Criança; Desenvolvimento Infantil; Saúde da Criança; Revisão Sistemática.

Introdução

A família se apresenta como uma estrutura social única, que passa por diversas transições relativas as etapas do ciclo de vida familiar, sendo uma delas a parentalidade ⁽¹⁾. Nesse contexto, Meleis et al., formulou a Teoria das transições, que diz respeito a passagem de uma fase, condição de vida ou status para outro, e à exemplo disso têm-se a transição designada como a parentalidade ⁽²⁾. O exercício positivo da parentalidade, diz respeito a um compromisso contínuo dos pais/ cuidadores em suprir as demandas dos filhos, envolvendo ações de cuidado, ensino, liderança e provisão ⁽³⁾.

As práticas parentais positivas desempenham um papel fundamental no desenvolvimento global infantil, pois é um fator de proteção central. O estabelecimento pleno da competência parental, trará repercussões positivas, tanto para o próprio comportamento como para a saúde e bem-estar parental; bem como, para o desenvolvimento e comportamento infantil e as interações entre pais/ cuidadores e filhos ⁽¹⁻³⁾.

A conduta parental positiva, ou seja, ser caloroso, validador e responsivo, está intimamente atrelada ao maior controle cognitivo, emocional e comportamental nas crianças, além do aumento da capacidade parental de manejo de situações estressantes. Apesar de todas essas potencialidades, a parentalidade é uma prática que pode ser trilhada de forma negativa e, com frequência, relacionar-se à violência ⁽⁴⁾.

A violência é caracterizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “uso intencional de força física, contra si próprio ou terceiros, ou contra um grupo ou comunidade, que pode resultar em lesão, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação deste e até a morte”. Nesse contexto, tem-se a

violência interpessoal, mais especificamente a intrafamiliar, de natureza física, psicológica, sexual e negligência, que ocorre entre os membros da família, sendo os principais perpetradores os pais/ cuidadores e as crianças as principais vítimas, devido a vulnerabilidade em que se encontram e a sua dificuldade em identificar e comunicar o ocorrido ⁽⁵⁾.

A violência intrafamiliar, sobretudo de natureza física e psicológica, afeta principalmente as crianças na primeira infância (zero a seis anos), etapa essa designada como a “janela de oportunidades”, devido neste período ocorrer um desenvolvimento físico, cognitivo e social, mais ativo ⁽⁶⁾. No mundo, mais de 300 milhões de crianças entre dois e quatro anos, são afetadas, com frequência, por abusos físicos e psicológicos, praticados por pais / cuidadores, tem-se estatisticamente que três a cada quatro crianças nessa faixa etária são violentadas ⁽⁷⁾. No Brasil, em 2021, foram registradas 30.604 denúncias de violação de direitos envolvendo crianças de zero a seis anos de idade e, em 2022, somente no primeiro semestre, foram 25.377 denúncias de crianças na mesma faixa etária ⁽⁸⁾.

Nesse contexto, uma das intervenções essenciais no viés da prevenção de abusos infantis e melhora da qualidade de vida e bem-estar das crianças são os Programas de Parentalidade Preventivos Universais (PPPU). Esses programas são oferecidos para todos os pais /cuidadores, independentemente do status de risco da família, e possuem diversos formatos, como aqueles baseados em grupo, na modalidade de visita domiciliar ou os virtuais ⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Os PPPU visam a expansão dos conhecimentos parentais acerca do papel a ser desempenhado pelos pais, mães e/ou cuidadores e, da importância da parentalidade positiva na saúde e desenvolvimento físico, cognitivo e social da

criança, principalmente na primeira infância. E, como consequência, propicia a compreensão acerca do uso de disciplina não violenta, sem castigos e punição física, mas, focada na qualificação da comunicação dos pais/ cuidadores, em todos os seus relacionamentos familiares e sociais. Esses programas também têm como escopo prover a redução do estresse parental e a o ajuste emocional e comportamental da criança (9-10).

Portanto, o desenvolvimento da presente revisão sistemática visa o aprofundamento do arcabouço de conhecimento teórico acerca da temática dos PPPU, como instrumento de intervenção para a melhoria da saúde (atendimento médico, internamento hospitalar, vacinação, consumo alimentar e outros) e, desenvolvimento infantil pleno, principalmente na primeira infância.

Concernente à temática de efetividade dos PPPU nesse contexto, e conforme buscas recentes em bases de dados, identificou-se lacuna importante nos estudos, e mais especificamente, com a faixa etária em estudo – de zero a seis anos. Sob essa perspectiva, apresenta-se o objetivo de avaliar a efetividade dos PPPU para a saúde e desenvolvimento físico, cognitivo e social das crianças na primeira infância.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de uma Revisão Sistemática de Efetividade, que seguiu o referencial metodológico da JBI (11) e os critérios do instrumento *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (12). O protocolo da revisão, encontra-se registrado no *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO), sob o número CRD42024551540.

Coleta de dados

Esta revisão sistemática utilizou o mnemônico PICO, para estruturação da questão norteadora, sendo: **P** (população) - pais, cuidadores, guardiões e tutores de crianças na primeira infância; **I** (intervenção) - PPPU; **C** (comparação)- comparação que os estudos apresentarem e **O** (desfecho) - saúde e desenvolvimento físico, cognitivo e social de crianças na primeira infância, como desfechos primários e, prevenção da violência intrafamiliar e uso de tecnologias para a estruturação dos PPPU, como desfechos secundários. Mediante esta estrutura formulou-se a seguinte questão de revisão: *Qual a efetividade dos PPPU na saúde e no desenvolvimento físico, cognitivo e social da criança na primeira infância?*

A busca foi realizada em 24 de junho de 2024, relativa às publicações científicas dos últimos oito anos, de 01/01/2016 até a data da busca, 24/06/2024, pela pesquisadora principal. O recorte temporal utilizado se justifica pela criação da iniciativa INSPIRE: Sete estratégias para acabar com a violência contra crianças, da OMS, em 2016, que trás os PPPU como uma das principais estratégias de fortalecimento da parentalidade ⁽¹³⁾. Foram considerados estudos em qualquer idioma e, quando necessário, utilizou-se o *Google* tradutor, que é uma ferramenta de tradução computacional, para o suporte técnico dos revisores.

As bases de dados utilizadas foram: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) / *Ebsco*; *Excerpta Medica Database* (Embase) / Elsevier; Scopus / Elsevier.; e, *Web of Science* / *Clarivate*. Os portais de dados utilizados foram: *US National Library of Medicine* (MEDLINE / *Pubmed*) e a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Também foram acessados bases e portais de

dados que possuem literatura cinzenta, como: *Open Grey*, *Google Scholar* e, a *Open Access Theses & Dissertations* (OATD). Nestas últimas bases e portais foram consideradas sendo consideradas nessas respectivas as primeiras 100 referências resgatadas ⁽¹⁴⁾.

Uma busca inicial foi desenvolvida na MEDLINE (Pubmed) e CINAHL, para mapeamento dos termos-chave, que compuseram as estratégias de busca. Essas estratégias foram estruturadas com auxílio da bibliotecária das Ciências da Saúde, que possui experiência com estudos de revisão, além de uma profissional, consultora da área da psicologia, com experiência teórica e metodológica. As estratégias utilizadas foram individualizadas para cada base e portal de dados, empregaram-se os descritores do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH), intercalados com os operadores booleanos *AND* e *OR* e as estratégias utilizadas foram estruturadas com a utilização do PRISMA-S ⁽¹⁴⁾, que é uma extensão do PRISMA, especifica para estruturação de estratégia de busca (APÊNDICE 1).

Critérios de elegibilidade

Com relação aos critérios de inclusão, foram considerados os estudos experimentais e quase-experimentais, como: Ensaios Clínicos Randomizados e Não Randomizados; estudos antes e depois; e Estudos Observacionais Analíticos - Estudos de Coorte e de Caso-controle.

Como critérios de exclusão tiveram-se os estudos com populações clínicas específicas (como pais/ cuidadores e crianças diagnosticadas com distúrbios de saúde mental ou condições clínicas, como: Transtorno do espectro autista (TEA); Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); e outros), intervenções realizadas somente durante a gravidez e, estudos que não

analisaram a saúde e o desenvolvimento físico, cognitivo e social de crianças na primeira infância como um resultado primário, mas somente como uma variável mediadora ou moderadora.

Seleção dos estudos

Após a busca nas bases e portais de dados, as citações recuperadas foram carregadas na plataforma *Rayyan*, que é um gerenciador de triagem, no qual as duplicatas foram resolvidas. Essa etapa da seleção dos estudos ocorreu inicialmente através de reunião de consenso entre os revisores. E ainda, um teste piloto da leitura de título e resumo de três fontes que compunham a amostra foi realizado, para melhorar a qualidade da seleção e garantir a convergência do processo de inclusão e exclusão dos estudos, respeitando os critérios estruturados previamente.

Após a reunião, o processo de seleção teve início com a leitura do título e do resumo e, posteriormente, a leitura na íntegra dos artigos resgatados na etapa de busca. Após seleção da amostra final, buscaram-se as evidências que poderiam compor a amostra, na lista de referências dos estudos selecionados. Qualquer divergência nas etapas descritas, foi resolvida em reunião de consenso entre os revisores ou um terceiro revisor determinou a inclusão ou exclusão do estudo. Esclarece-se que o primeiro revisor possui experiência com a temática e treinamento metodológico, curso de revisão sistemática pela JBI®; o segundo e terceiro revisores, possuem experiência significativa com revisões de literatura.

Extração dos dados

Para extração dos dados utilizou-se o instrumento da JBI, que é composto por: detalhes do estudo, como: Autor; Ano; Objetivos; Participantes (características/ amostra); Contexto; Descrição da intervenção/ fenômeno de

interesse (componentes do PPPU; tipo e modalidade da intervenção; frequência e duração das sessões) e País de origem do estudo.

Além disso, contemplaram-se dados acerca do desenho do estudo e instrumento utilizado para avaliação do desfecho (método; objetivo; método de randomização e seleção dos grupos; nível de cegamento; instrumento; e, análise); dados dos desfechos (medidas de efetividade - contínuas e dicotômicas-, tipos de tecnologias utilizadas, prevenção da violência intrafamiliar).

Avaliação da qualidade metodológica

Com relação a avaliação metodológica dos estudos incluídos na amostra final dessa revisão, foram aplicados os *Critical Appraisal Tools* da JBI®, *checklists* que avaliam a qualidade metodológica dos estudos. Foi aplicada para cada tipo de estudo incluído um instrumento específico para cada método, a exemplo disso: Ensaio Clínico Randomizado (pontuação de 0-13) ⁽¹⁵⁾; Estudo Quase-experimental (pontuação de 0-9) ⁽¹⁶⁾; e, Estudo de Coorte (pontuação de 0-11) ⁽¹⁷⁾. Estes instrumentos apresentam as opções de respostas como: “Sim”, “Não”, “Não está claro” e “Não se aplica”.

Síntese dos dados

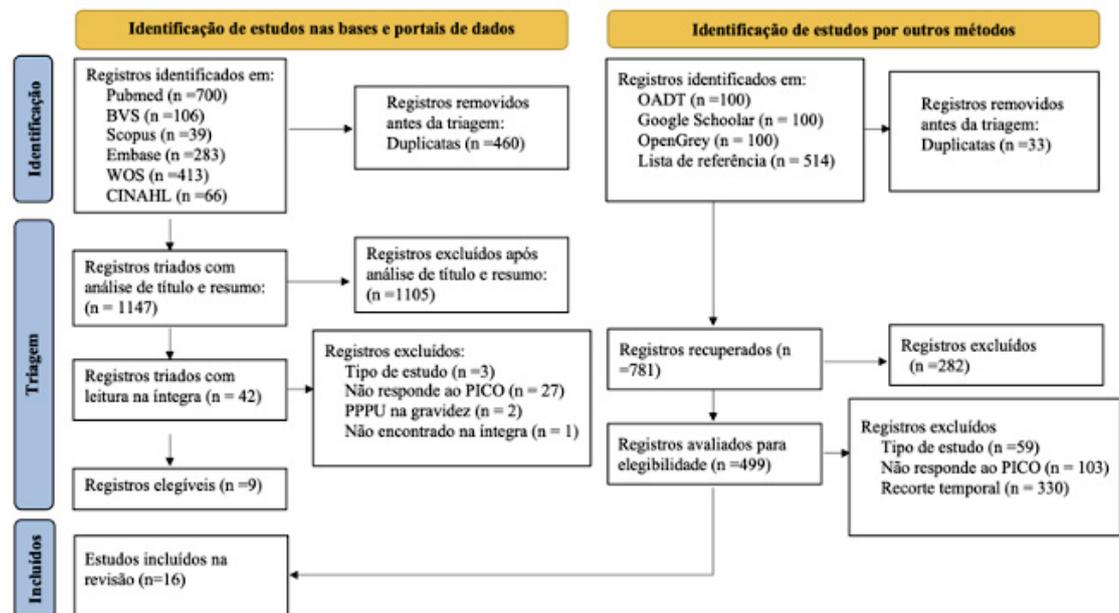
Para a presente revisão, o processo de meta-análise estatística mostrou-se inviável devido a alta heterogeneidade entre os estudos incluídos, que apresentaram diferentes metodologias, populações (quantitativo e características), intervenções (programas e suas modalidades) e desfechos avaliados, impossibilitando assim o agrupamento e tratamento estatístico. Por estas razões os resultados foram organizados em formato narrativo, com apoio de instrumentos de auxílio, quadros e figuras, para a sua apresentação.

Aspectos éticos

Não foi necessário proceder à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, devido a característica metodológica de uma pesquisa de revisão.

Resultados

A busca nas bases e portais de dados resultou em 2.421 estudos e foram excluídas 493 duplicatas. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, a amostra final desta revisão foi composta por 16 ⁽¹⁸⁻³³⁾ estudos, conforme apresentado na Figura 1.



Fonte: Adaptação do fluxograma PRISMA (2020) ⁽¹¹⁾

Figura 1 – Fluxograma PRISMA utilizado para identificação e seleção dos estudos incluídos na revisão. Curitiba-PR, Brasil, 2025.

Os estudos foram redigidos exclusivamente no idioma inglês e, publicados no período de 2017 a 2024 ⁽¹⁸⁻³³⁾. Os continentes de desenvolvimento dos estudos, foram principalmente: a Ásia (n= 7; 43,75%) ^(22-23, 25, 29-32); seguida da América do Norte (n=5; 31,25%) ^(18, 20, 24, 28, 33), África (n=3; 18,75%) ^(21, 26-27) e Europa (n=1; 6,25%) ⁽¹⁹⁾, conforme apresentado no Figura 2.

Com relação às bases e portais de dados, nos quais os artigos foram indexados, tem-se primordialmente a *Pubmed* (n=10; 62,5%) (18, 22, 24-26, 28-29, 31-33). Em seguida: a *Web of Science* (n=2; 12,5%) (19, 21); o *Google Scholar* (n=2; 12,5%) (20, 27); a *Scopus* (n=1; 6,25%) (23); e, a *Embase* (n=1; 6,25%) (30). A qualidade metodológica dos artigos incluídos, foi aferida mediante a aplicação individualizada do *Checklist Critical Appraisal* da JBI, para cada método de pesquisa incluído na presente revisão. E, todos os estudos foram classificados como de alta qualidade, pois apresentaram pontuações de sete ou mais pontos (18-33).

ID	Autores Ano / País	Periódico / Fator de impacto	Método Score da JBI	PPPU / Intervenção (n) x Comparação (n)
A1 ⁽¹⁸⁾	Lind et al. 2017 / EUA *	<i>Dev Psychopathol.</i> / 3.1	Ensaio clínico randomizado 10/13	ABC-T † (n=48) x DEF (n=43) x Grupo de baixo risco (n= 52)
A2 ⁽¹⁹⁾	Calheiros et al. 2017 / Portugal	<i>J Child Fam Stud</i> /1.6	Ensaio clínico randomizado 9/13	FSP ‡ (n= 19) x sem intervenção (n=18)
A3 ⁽²⁰⁾	Chartier et al. 2017 / Canadá	<i>Child Maltreatment</i> /4.5	Estudo de coorte 10/11	FFHV § (n=4562) x sem intervenção (n=5184)
A4 ⁽²¹⁾	Betancourt et al. 2018 / Ruanda	<i>Early Child Dev Care.</i> / 1.0	Estudo quase- experimental 7/9	Sugira Murungu (n=22) x não possui grupo comparação
A5 ⁽²²⁾	Rosales et al. 2019 / Armênia	<i>Preventive medicine reports</i> /4.3	Estudo quase- experimental 8/9	GBG/Pil (n=140) x Intervenções tradicionais
A6 ⁽²³⁾	Zhou et al. 2019 / China	<i>Public Health</i> /3.9	Estudo quase- experimental 9/9	IECD ¶ (n=1468) x sem intervenção (n=1485)
A7 ⁽²⁴⁾	Goodman et al. 2019 / EUA *	<i>Dev Psychopathol.</i> /4 .3	Ensaio clínico randomizado 12/13	Family Connects (FC) (n=260) x cuidados usuais (n=271)
A8 ⁽²⁵⁾	Andrew et al. 2020 / Índia	<i>J. Child Psychol Psychiatry.</i> / 6.5	Ensaio clínico randomizado 12/13	Reach Up and Learn (n=191) x sem intervenção (n=189)
A9 ⁽²⁶⁾	Betancourt et al. 2020 / Ruanda	<i>BMC public health</i> / 3.5	Ensaio clínico randomizado 12/13	Sugira Murungu (n=559) x cuidados usuais (n=525)

A10 ⁽²⁷⁾	Jensen et al. 2021 / Ruanda	BMJ Global Health / 7.1	Ensaio clínico randomizado 13/13	Sugira Murungu (n=559) x cuidados usuais (n=525)
A11 ⁽²⁸⁾	Goodman et al. 2021 / EUA *	JAMA network open / 13.3	Ensaio clínico randomizado 12/13	Family Connects (FC) (n=260) x cuidados usuais (n=271)
A12 ⁽²⁹⁾	Mehrin et al. 2022 / Índia	Frontiers in Pediatrics / 3.6	Ensaio clínico randomizado 13/13	Reach Up and Learn (n=396) x sem intervenção (n=319)
A13 ⁽³⁰⁾	Rokhanawati et al. 2023 / Indonésia	Children / 2.0	Estudo quase- experimental 9/9	PPE** (n=15) x sem intervenção (n=15)
A14 ⁽³¹⁾	Tofail et al. 2023 / Índia	Pediatrics / 7.1	Ensaio clínico randomizado 13/13	Reach Up and Learn (n=150) x sem intervenção (n=150)
A15 ⁽³²⁾	Hossain et al. 2024 / Índia	Lancet Reg. Health/ 5.0	Ensaio clínico randomizado 11/13	Reach Up and Learn (n=299) x ajuda de custos (n=300)
A16 ⁽³³⁾	McKelvey et al. 2024 / EUA *	Acad. Pediatr. / 1.0	Estudo quase- experimental 9/9	HFA†† (n=601) x sem intervenção (n=601)

Legenda: * EUA= Estados Unidos da América; †ABC-T= Attachment and Biobehavioral Catch-up for Toddlers; ‡ FSP= Family Support Program; § FFHV= Families First Home Visiting Program; || GBG/P= Go-Baby-Go-Plus; ¶ IECD= Integrated Early Childhood Development; ** PPE= Parenting Peer Education; ††HFA= Healthy Families America.

Figura 2- Estudos resgatados segundo sua identificação, autores, ano, país, periódico, fator de impacto, método, score da JBI e composição do grupo intervenção x comparação. Curitiba-PR, Brasil, 2025.

Os contextos que emergiram dos estudos incluídos na amostra final dessa revisão foi, majoritariamente, o contexto domiciliar (n=12; 75%) (18-22, 24-28, 32-33), conforme dados apresentados na Figura 3. Além do domicílio, outros contextos apresentados foram: o ambulatorial (n=4; 25%) (23, 29-31), o virtual (n=4; 25%) (22, 24, 28, 30) e escolar (n=2; 12,5%) (19-20). A duração dos estudos variou em: menos de um ano (n=3; 18,7%) (19, 26, 30); um ano (n=5; 31,2%) (27, 29, 31-33), mais de um ano (n=5; 31,2%) (21-22, 24-25, 28), dois anos (n=1; 12,5%) (23) e, mais de dois anos (n=2; 12,5%) (18, 20).

As áreas de conhecimento, formação dos autores correspondentes dos artigos, foram primordialmente as da psicologia (n=5; 31,25%) (18, 19, 24, 28, 30) e medicina (n=4; 25%) (20, 22-23, 33); seguidas do serviço social (n=3; 18,75%) (21, 26-27), nutrição (n=3; 18,75%) (29, 31-32) e economia (n=1; 6,25%) (25). A atuação dos enfermeiros está presente em metade dos estudos da amostra (n= 8; 50%) (20-22, 24, 26-28, 30). Os enfermeiros atuaram como: principais aplicadores (n= 2; 12,5%) (24, 28); treinadores e supervisores (n= 3; 18,75%) (20, 22, 30); colaboraram na autoria do estudo (n = 1; 6,25%) (21); e, ainda consta no desenvolvimento das pesquisas, o auxílio de departamentos de enfermagem no contexto de universidades (n= 2; 12,5%) (26-27).

ID	Idade das crianças/ Modalidade PPPU	Componentes de interesse dos PPPU, relativos à saúde e desenvolvimento da criança	Instrumentos para medir os desfechos
A1 ⁽¹⁸⁾	1 a 5 anos / Visita domiciliar	Aumentar o cuidado parental com a criança e encorajá-los a servirem como co-reguladores de seus filhos.	<i>Dimensional Change Card Sort (DCCS)</i>
A2 ⁽¹⁹⁾	3 a 5 anos / Grupo, visita domiciliar e virtual	Desenvolver as habilidades pessoais, sociais e cognitivas das crianças.	Escalas de desenvolvimento mental de Ruth Griffiths
A3 ⁽²⁰⁾	1 a 5 anos / Visita domiciliar	Fomentar o desenvolvimento infantil, a parentalidade positiva e as atividades parentais e infantis.	Instrumento de Desenvolvimento Precoce (EDI)
A4 ⁽²¹⁾	7 meses a 3 anos / Visita domiciliar	Fornecer educação sobre desenvolvimento, nutrição, saúde e higiene das crianças.	MICS5* e DHS†
A5 ⁽²²⁾	1 a 3 anos / Grupo e virtual	Encorajar interações positivas, para estimular o desenvolvimento infantil da linguagem, cognição, habilidades socioemocionais e motoras.	Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil III (BSID-III)
A6 ⁽²³⁾	0 a 2 anos / Grupo	Desenvolver a saúde, nutrição, cuidados responsivos, proteção e suporte de aprendizagem precoce.	ASQ-III ‡ e HemoCue201p

A7 ⁽²⁴⁾	0 a 2 anos / Visita domiciliar e teleatendimento	Prover educação acerca das condições gerais da saúde infantil, como: nutrição adequada e práticas seguras de sono; e bem-estar da família.	Codificação dos registros hospitalares
A8 ⁽²⁵⁾	10 meses a 1 ano / Visita domiciliar	Melhora das interações mãe-criança e do desenvolvimento infantil global	BSID-III e ASQ-III‡
A9 ⁽²⁶⁾	6 meses a 4 anos / Visita domiciliar	Promoção de parentalidade responsiva, saúde e nutrição infantil.	MICS5* e DHS†
A10 ⁽²⁷⁾	6 meses a 3 anos / Visita domiciliar	Capacitar os pais em cuidados responsivos, nutrição e higiene	ASQ-III‡ e MDTA§
A11 ⁽²⁸⁾	6 meses a 5 anos / Visita domiciliar e teleatendimento	Desenvolver a saúde e bem-estar da criança, como: assistência à saúde, nutrição, sono e desenvolvimento.	Codificação dos registros hospitalares
A12 ⁽²⁹⁾	6 meses a 2 anos / Grupo	Promover a parentalidade responsiva e aumentar o desenvolvimento infantil motor, cognitivo e linguístico.	BSID-III
A13 ⁽³⁰⁾	1 a 3 anos / Grupo e virtual	Promover a parentalidade, nutrição e prevenção de violência.	BSID-III
A14 ⁽³¹⁾	6 meses a 2 anos / Grupo	Aumento do conhecimento parental acerca da saúde infantil, nutrição, higiene e prevenção de doenças.	BSID-III
A15 ⁽³²⁾	1 ano e 5 meses em média/ Visita domiciliar	Construção de vínculo pais-filhos e conhecimento sobre desenvolvimento infantil e educação nutricional.	BSID-III
A16 ⁽³³⁾	0 a 1 ano / Visita domiciliar	Promoção do desenvolvimento e saúde infantil de qualidade.	Codificação dos registros hospitalares

*MICS5= UNICEF *Multiple Indicator Cluster Survey*; † DHS= *Demographic and Health Survey*; ‡ASQ-III= *Ages & Stages Questionnaire*; § MDTA= *Malawi Developmental Assessment Tool*.

Figura 3 - Estudos resgatados segundo sua identificação, idade das crianças, modalidades dos programas, componentes de interesse dos PPPU e instrumentos. Curitiba-PR, Brasil, 2025.

Como resultados principais dessa revisão, foram considerados os *desfechos primários* acerca da efetividade dos PPPU no **desenvolvimento** (n=11; 68,7%) (18-20, 22-23, 25, 27, 29-32) e na **saúde** (n=8; 50%) (20-22, 24, 26, 28, 31, 33) de

crianças na primeira infância, ressaltando que três dos artigos (20, 22, 31) apresentam os dois desfechos, de desenvolvimento e saúde infantil.

Com relação ao desenvolvimento tem-se principalmente o (1) **desenvolvimento cognitivo** (n= 10; 63,5%) (18-19, 22-23, 25, 27, 29-32) e seus subdomínios, que são: (1a) flexibilidade cognitiva (n=1) (18), (1b) raciocínio prático (n=1) (19), (1c) desempenho (n=1) (19) e (1d) resolução de problemas (n=1) (23, 27), conforme apresentado no Figura 4.

O segundo grande domínio apresentado pelos estudos foi o (2) **desenvolvimento de linguagem** (n=9; 56,25%) (19, 22-23, 25, 27, 29-32), com os subdomínios: (2a) audição-linguagem (n=1) (19), (2b) comunicação (n=2) (23, 27) e, (2c) linguagem receptiva e expressiva (n=1) (25). Os estudos também apresentaram o (3) **desenvolvimento motor** (n=7; 43,75%) (23, 25, 27, 29-32) e seus subdomínios (3a) coordenação motora fina e (3b) grossa (n=2) (23, 27). Os domínios de (4) **crescimento/ desenvolvimento físico** (n= 4; 25%) (22, 29-31) também emergiram, em conjunto de seu subdomínio relativo as (4a) medidas antropométricas (n= 2) (29, 31), assim como o (5) **desenvolvimento socioemocional** (n=2; 12,5%), com o domínio (5a) pessoal-social (n= 2) (23, 27) e o (6) **desenvolvimento geral** (n=2; 12,5%) (19-20).

Para os domínios relativos à saúde, os estudos apresentaram principalmente os domínios de: (7) **busca por atendimento médico** (de emergência, ambulatorial e atenção primária) (n=5; 31,25%) (20, 24, 26, 28, 33), (8) **internamento hospitalar** (n=2; 12,5%) (24, 28), (9) **consumo e diversidade alimentar** (n=3; 18,75%) (21-22, 26), (10) **prevalência de doenças agudas na infância** (n=2; 12,5%) (21, 26), (11) **processo de vacinação** (n=1; 6,25%) (33), (12) **prescrição de medicamentos** (n=1; 6,25%) (33) e (13) **parâmetros nutricionais**

no sangue (n=1; 6,25%)⁽³¹⁾, com seus subdomínios de (13a) níveis séricos de ferro (n=1)⁽³¹⁾ e (13b) níveis de hemoglobina (n=1)⁽³¹⁾.

ID	Resultados principais dos PPPU na saúde e/ou desenvolvimento infantil
A1 ⁽¹⁸⁾	Crianças que receberam a intervenção ABC-T, demonstraram <u>melhores</u> resultados na flexibilidade cognitiva (1a) no DCCS* (M = 23,67, DP = 13,06), do que as crianças cujos pais receberam a intervenção DEF (M = 18,54, DP = 12,88).
A2 ⁽¹⁹⁾	O grupo intervenção, que recebeu o FSP, apresentou melhora nas dimensões audição-linguagem (2a) (F (1,35) = 3,02, p= 0,091), desempenho (1c) (t (18) = -4,25, p= 0,000), raciocínio prático (1b) (t (18) = -2,34, p= 0,031) e desenvolvimento geral (6) (t (18) = -2,52, p= 0,021), em comparação com o grupo controle.
A3 ⁽²⁰⁾	No grupo intervenção, a probabilidade de buscar qualquer atendimento de saúde (7) , até o primeiro ano de vida, foi menor (7%), se comparada ao grupo que não recebeu a intervenção (10%). Não houve diferença entre os grupos, no que diz respeito ao desenvolvimento geral infantil (6) .
A4 ⁽²¹⁾	Houve melhora na diversidade alimentar infantil (9) (z = 2,000; p = 0,046) e, nos indicadores de saúde, mais especificamente na incidência (10) (z = -1.414; p = 0.157) e tratamento da diarreia (7) (z = 2,000; p = 0,046), sendo que esses dois últimos, não foram estatisticamente significativos.
A5 ⁽²²⁾	Os resultados do <u>Bayley Total Composite</u> , demonstraram que 71,4% das crianças no braço de intervenção versus 59,2% no braço de controle, produziram mais de 85 em todas as três subescalas compostas de desenvolvimento infantil (físico (4) , cognitivo (1) e de linguagem (2)). Houve também aumento da diversidade alimentar mínima (9) , pois as chances de recebê-la foram 55% maiores em comparação ao grupo controle (aOR = 1,55, IC 95% 1,10–2,19, P= 0,013).
A6 ⁽²³⁾	As crianças que usufruíram da intervenção tiveram menores chances de suspeita de atraso no desenvolvimento, principalmente nos domínios de: comunicação (2b) (aOR¼ 0,69, IC de 95%: 0,48 e 0,98), coordenação motora fina (3a) (aOR¼ 0,40, IC de 95%: 0,27e0,59) e grossa (3b) (aOR¼ 0,65, IC de 95%: 0,44e0,97), resolução de problemas (1d) (aOR¼ 0,50, IC de 95%: 0,34e0,73) e, pessoal-social (5a) (aOR¼ 0,58, IC de 95%: 0,37e0,91).
A7 ⁽²⁴⁾	A intervenção apresentou 37% menos uso total de atendimento médico de emergência (7) do que o controle, M C = 2,41, M I = 1,52, p < 0,001, com tamanho do efeito = 0,24 e as crianças tiveram 85% menos pernoites em hospitais (8) , M C = 0,86, M I = 0,13, p < 0,001, tamanho do efeito = 0,24.
A8 ⁽²⁵⁾	Houve melhora nos resultados de linguagem receptiva (0,224 DP; p= 0,099 <u>stepdown</u> p= 0,184) e expressiva (2c) (0,192 DP; p= 0,085, <u>stepdown</u> p= 0,184) e na cognição (1) infantil em 0,349 DP (p= 0,005, <u>stepdown</u> p= 0,017). O estudo demonstrou uma melhora, embora pouco significativa, no que diz respeito ao desenvolvimento motor (3) , de 0,301 DP (p= 0,032).
A9 ⁽²⁶⁾	Aumento significativo na diversidade alimentar infantil (9) em comparação com os cuidados usuais (Coeficiente = 0,45, IC de 95%: 0,26; 0,64, d de Cohen = 0,35, IC: 0,22, 0,47). Houve 3, 3 vezes mais chances do grupo

	intervenção, buscar cuidados para febre (Coeficiente = 1,19, IC de 95%: 0,60, 1,77; OR = 3,28, IC de 95%: 1,82, 5,89) e 4,4 vezes mais chances da busca de cuidados para a diarreia (7) (Coeficiente = 1,49, IC de 95%: 0,66, 2,31; OR = 4,43, IC de 95%: 1,95, 10,10).
A10 ⁽²⁷⁾	Os domínios de coordenação motora grossa (3b) ($\beta=0,294$, IC de 95%: 0,118 a 0,470), comunicação (2b) ($\beta=0,139$ IC de 95% 0,009 a 0,268), resolução de problemas (1d) ($\beta=0,159$, IC de 95% 0,035 a 0,282) e pessoal-social (5a) ($\beta=0,148$, IC de 95% 0,023 a 0,273), tiveram melhora significativa. Não houve diferença na coordenação motora fina (3a) .
A11 ⁽²⁸⁾	Redução de 33% no uso médio total de cuidados médicos de emergência por criança (7) (IC de 95%, -0,59 a -0,14; IC de 90%, -0,55 a -0,18). E redução nos pernoites hospitalares (8) , onde o grupo controle teve 338 visitas e pernoites hospitalares por 100 crianças e o grupo intervenção = 227 visitas e pernoites hospitalares por 100 crianças.
A12 ⁽²⁹⁾	Benefícios significativos da intervenção no desenvolvimento cognitivo (1) ((ES) = 0,85; (IC de 95%): 0,59, 1,11), de linguagem (2) (ES = 0,69; IC de 95%: 0,43, 0,94) e motor (3) (ES = 0,52; IC de 95%: 0,31, 0,73). As medidas antropométricas (4a) , não diferiram entre os grupos.
A13 ⁽³⁰⁾	Melhora no crescimento físico (4) ($p = 0,000$, $\eta^2 p = 0,307$), no desenvolvimento cognitivo (1) ($p = 0,001$, $\eta^2 p = 0,521$) e, de linguagem (2) das crianças ($p = 0,032$, $\eta^2 p = 0,081$). Melhora discreta no desenvolvimento motor (3) , ($p = 0,046$, $\eta^2 p = 0,008$).
A14 ⁽³¹⁾	Impacto significativo nos resultados cognitivos (1) com efeito de 0,75 DP, na linguagem (2) (0,77 DP; $P < 0,001$) e motor (3) (0,41 DP; $P = 0,02$). Houve aumento dos níveis séricos de ferro (13a) (s_{TfR} , -0,36 DP; $P < 0,03$). Não houve aumento significativo das medidas antropométricas (4a) e de níveis de hemoglobina (13b) .
A15 ⁽³²⁾	Constatado aumento na cognição (1) [β (IC 95%): 2,7 (1,3–4,1), d de Cohen do tamanho do efeito; 0,42 DP (IC 95%: 0,58–0,25)], linguagem (2) [β : 2,4 (IC 95%: 0,4–4,4) (Tamanho do efeito; 0,38 DP, IC 95%: 0,55–0,22)] e desenvolvimento motor (3) [β : 1,5 (IC 95%: 0,1–2,8) (tamanho do efeito; 0,17 DP (IC 95%: 0,01–0,34)], das crianças às quais a família participou da intervenção.
A16 ⁽³³⁾	Aumento do uso de cuidados médicos infantis (7) , incluindo consultas de especialidades (IRR = 1,17 [IC 95% = 1,07–1,29], $P = 0,001$) e ambulatoriais (IRR = 1,09 [IC 95% = 1,03–1,15], $P = 0,003$). Houve também um maior número de prescrições médicas (12) (IRR = 1,23 [IC 95% = 1,08–1,39], $P = 0,001$). As crianças apresentaram maiores chances de vacinação (11) , nessas consultas (aOR = 1,42 [IC 95% = 1,10–1,85], $P = 0,008$).

*DCCS= *Dimensional Change Card Sort*

Figura 4 - Estudos resgatados segundo sua identificação e resultados principais dos PPPU, na saúde e desenvolvimento infantil. Curitiba-PR, Brasil, 2025.

Muitos dos PPPU apresentados, foram efetivos no que concerne a prevenção da violência intrafamiliar ($n = 9$; 56,25%) (19-22, 24, 26-28, 31), alguns estudos não relataram resultados acerca dessa temática ($n=7$; 43,75%) (18, 23, 25,

29-30, 32-33). Os estudos apresentaram resultados positivos na diminuição de maus-tratos gerais (n=3; 18,75%) (20, 24, 28), redução do abuso psicológico e físico (n=3; 18,75%) (19, 21, 31), diminuição da disciplina severa (n=3; 18,75%) (26, 27, 31) e da negligência (n=1; 6,25%) (19) e melhora das práticas disciplinares (n=2; 12,5%) (22, 26).

Além disso, mais da metade (n=9; 56,25%) das intervenções apresentam o uso de alguma tecnologia para sua implementação, a saber plataforma on-line (n=1; 6,25%) (22), aplicativos (n=1; 6,25%) (30), vídeos (n=2; 12,5%) (18-19), teleatendimento (n=2; 12,5%) (24, 28) e questionários on-line (n=3; 18,75%) (21, 26-27), conforme apresentado na Figura 5. As demais (n=7; 43,75%) não possuem auxílio tecnológico para o seu desenvolvimento (20, 23, 25, 29, 31-33).

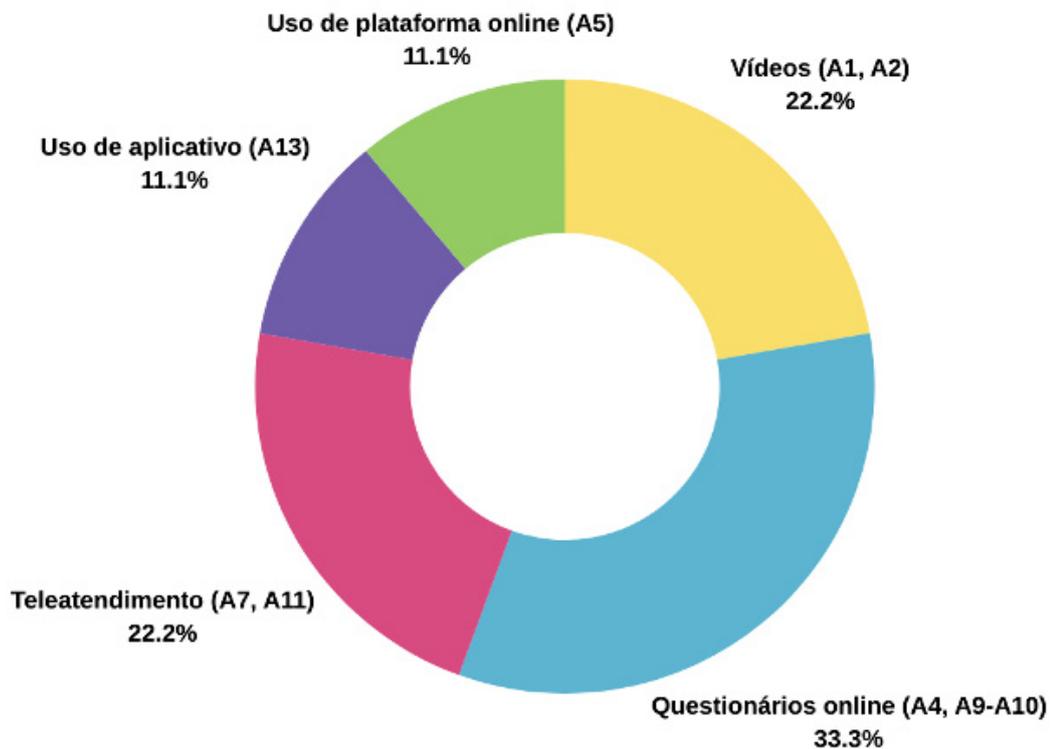


Figura 5 - Estudos resgatados (n=9) segundo o tipo de tecnologia aplicada para a implementação dos PPPU. Curitiba-PR, Brasil, 2025.

Discussão

O levantamento apresentado na presente revisão, demonstrou que os PPPU são especialmente eficazes para o desenvolvimento infantil (18-20, 22-23, 25, 27, 29-32), particularmente no desenvolvimento cognitivo (18-19, 22-23, 25, 27, 29-32). Convergente a isso, em um estudo realizado no Irã, em uma intervenção parental baseada em grupo que foi aplicada com 181 díades mãe-filho, apresentou resultados positivos e significativos sobretudo na cognição infantil, além de incremento do conhecimento materno acerca do desenvolvimento infantil geral, com ganhos crescentes a cada sessão da intervenção (34).

As atividades dos PPPU contribuem com o enriquecimento do conhecimento parental sobre o desenvolvimento infantil geral e, com a conscientização dos pais/ cuidadores acerca da importância de práticas parentais adequadas. Além disso, promovem conhecimento teórico, e prático na dependência do PPPU, acerca do cotidiano de cada estrutura familiar, manejo de conflitos, disciplina positiva e, da adaptação das estratégias de potencialização do desenvolvimento infantil ao contexto cultural específico (35).

Além do desenvolvimento cognitivo, a presente revisão evidenciou ainda a eficácia desses programas no desenvolvimento da linguagem (19, 22-23, 25, 27, 29-32), motor (23, 25, 27, 29-32) e socioemocional (23, 27). Uma investigação conduzida em centro da Índia, revelou que, com a aplicação de uma intervenção parental com 326 díades mãe-filho, principalmente, o desenvolvimento cognitivo foi aprimorado, mas também houve um efeito significativo no desenvolvimento motor, socioemocional e de linguagem (36). Em consonância, tem-se um estudo realizado na Tanzânia, por Russell et al., no qual um programa parental foi

aplicado com 499 crianças de 18 a 29 meses e suas famílias, resultando em maior domínio cognitivo, motor, de linguagem e socioemocional (37).

Com relação a saúde infantil (20-22, 24, 26, 28, 33), o principal desfecho apresentado pelos estudos que compõe a amostra dessa revisão foi a busca pelo atendimento médico de alta, média e baixa complexidade (20, 24, 26, 28, 33). McKelvey et al., conduziram uma investigação com 498 recém-nascidos e suas famílias, que receberam alta de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e que foram matriculados em um programa de parentalidade, no formato de visita domiciliar, no Arkansas. Os neonatos inscritos foram mais propensos a ter um número maior de consultas médicas gerais, de diversas complexidades e de internamento hospitalar e, um histórico vacinal correto e compatível com a idade (38).

Considerando ainda a saúde infantil, os estudos apresentaram outros domínios, em dois deles destacam-se: o consumo e a diversidade alimentar (21-22, 26) e, a prevalência de doenças agudas na infância (21, 26). Uma intervenção parental baseada em grupo, foi realizada com 149 pais, com filhos menores de cinco anos, em Ruanda, esta tinha o objetivo de melhorar o consumo de alimentos de origem animal, apoiar e incrementar o conhecimento dos pais acerca da nutrição infantil, de entre outros. As evidências apresentadas sugerem melhora da qualidade nutricional fornecida pelos pais e, conseqüente, o aumento do consumo e da diversidade alimentar infantil. Após a intervenção parental observou-se duplicação na introdução dos alimentos de origem animal, como leite, ovos, e carne bovina, mas não de peixe (39).

No tocante à prevalência das doenças agudas na infância, um estudo realizado na Índia, em 192 aldeias, com 1.449 díades mãe-filho, os quais foram

inscritas em um programa de parentalidade em modalidade mista (visitas domiciliares e baseado em grupo) e utilizou o currículo **Reach up and Learn*, demonstrou em seus resultados menor prevalência das doenças agudas relativas à infância e, conseqüente, diminuição na ocorrência de febre, diarreia e tosse em crianças de 12 e 24 meses, das quais os pais participaram da intervenção (41).

Além da saúde e do desenvolvimento infantil, muitos dos estudos relataram resultados referentes à prevenção da violência intrafamiliar (19-22, 24, 26-28, 31). Um Ensaio Clínico Randomizado foi conduzido com 115 famílias na Jamaica e avaliou um programa parental de prevenção da violência na primeira infância, chamado **Irie Homes Toolbox* (IHT). Este estudo encontrou resultados significativos na redução do uso de violência contra crianças e aumento do uso de estratégias alternativas, para gerenciar o mau comportamento infantil. A aplicação da intervenção resultou na melhoria do bem-estar dos pais, em especial, na autogestão parental, com conseqüente aumento do uso de estratégias parentais positivas e melhora no comportamento infantil (42).

Mais da metade dos estudos desta revisão (cerca de 56%; n=9), também destacaram a importância do uso de tecnologias para a implementação dos programas de parentalidade. As tecnologias são ferramentas que elevam o potencial de atingir um quantitativo maior de famílias, favorecem o acesso aos programas, personalizam as intervenções e, propiciam a adaptação dos

* *Reach up and Learn*: programa de treinamento parental que tem como principal objetivo o auxílio dos pais na promoção do desenvolvimento infantil global (40).

* *Irie Homes Toolbox*: O IHT é um programa jamaicano que tem o intuito de gerar mudanças comportamentais nos pais e cuidadores e que visa, a prevenção da violência intrafamiliar e principalmente redução dos maus-tratos infantis (44).

recursos educacionais às necessidades e realidades das estruturas familiares (43).

Um estudo conduzido por Shorey et al., envolvendo 200 lactentes e 400 pais e mães de Singapura, avaliou a eficácia de um aplicativo móvel de apoio parental, obtendo resultados significativos relacionados ao desenvolvimento infantil, em crianças de 2 a 12 meses de idade. O estudo constatou que os lactentes cujos pais participaram da intervenção, exclusivamente tecnológica, tinham melhores habilidades de comunicação e linguagem e menor proporção de crianças se enquadrava na categoria de risco. Após 12 meses de intervenção, essas crianças tinham melhor desempenho cognitivo e melhores pontuações nos componentes sociais (45).

Este estudo contribui significativamente para o avanço do arcabouço de conhecimento científico acerca dos PPPU, com foco específico na aplicação desses programas aos pais com filhos na primeira infância. Em particular, os resultados apontam para a eficácia desses programas em desfechos cruciais para a saúde e o desenvolvimento infantil, evidenciando múltiplos benefícios para essas duas áreas e para a promoção da saúde global na primeira infância.

A maioria desses programas é implementada por meio de visita domiciliar, visando o aprimoramento do conhecimento parental, sobre aspectos essenciais da infância. No contexto brasileiro, as visitas domiciliares têm como protagonistas os profissionais: Agentes Comunitários em Saúde (ACS) e os enfermeiros. Estes possuem uma formação teórica e prática aprofundada em saúde e desenvolvimento infantil, pode tornar esse profissional particularmente apto a desempenhar um papel central na implementação dessas intervenções. A implementação dos programas de parentalidade no contexto da atenção

primária, desenvolvidos e conduzidos por enfermeiros, podem oferecer um grande potencial para melhorar o conhecimento parental e, conseqüentemente, alcançar melhores resultados na saúde e no desenvolvimento infantil.

Além disso, essas intervenções podem ter implicações significativas para a queda da morbimortalidade da população pediátrica, redução dos custos assistenciais em diferentes níveis, e prevenção da violência intrafamiliar. Para a área da saúde e enfermagem, esse avanço de conhecimento científico fortalece o papel dos enfermeiros como agentes chave do cuidado infantil e oferece um modelo eficaz de cuidado baseado em evidências.

Conclusão

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. A impossibilidade de realizar a meta-análise, a qual decorreu da alta heterogeneidade dos estudos incluídos, que apresentaram diferentes metodologias, populações, intervenções e desfechos avaliados. Além disso, nenhum dos estudos revisados foi produzido com a população brasileira, o que pode limitar a aplicabilidade dos achados, no que diz respeito ao contexto nacional. Outro ponto a destacar é a ausência de estudos desenvolvidos por enfermeiros, o que restringe a análise do papel específico desses profissionais na implementação de intervenções voltadas ao público avaliado.

A amostra final desta revisão foi composta por 16 estudos, que apontam que a implementação dos PPPU é relevante principalmente na melhora do desenvolvimento infantil, mais especificamente com relação ao desenvolvimento cognitivo, seguido do desenvolvimento de linguagem, motor e socioemocional, respectivamente. Em relação a saúde infantil, os estudos apresentaram

resultados relevantes no que diz respeito principalmente a busca por atendimento médico, consumo e diversidade alimentar e prevalência de doenças agudas na infância.

Além disso, destaca-se a prevenção da violência intrafamiliar como um aspecto significativo dos resultados obtidos. A utilização de tecnologias para a implementação dos programas, também emergiu como uma estratégia essencial para potencializar as intervenções, ampliando o alcance e a efetividade das ações voltadas ao estabelecimento da parentalidade positiva, com consequente melhora da saúde e do desenvolvimento infantil.

A adoção de intervenções parentais, principalmente na modalidade de visitas domiciliares, permite o fortalecimento do papel do ACS e do enfermeiro, como protagonistas do cuidado e como fomentadores da promoção em saúde. O enfermeiro possui a capacitação teórico e prática acerca da saúde e do desenvolvimento infantil. O fortalecimento dessa abordagem tem o potencial de transformar a prática profissional, proporcionando resultados mais eficazes e sustentáveis na saúde pública. Sob esta ótica, recomenda-se a construção de novos estudos, que abordem a implementação desses programas por equipes multiprofissionais, incluindo a enfermagem e no contexto brasileiro.

Referências

1. Fareleira F, Xavier MR, de Lima FT, Reis HS, Velte J, Martins C. 'Space to talk': a Portuguese focus group study of parents' experiences, needs and preferences in parenting support during prenatal and well-childcare. *BMJ Open*. 2023;13: e066627. <https://10.1136/bmjopen-2022-066627>

2. Meleis AI. Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer; 2010.
3. Kelada L, Zamir O. What Promotes Positive Parenting During Breast Cancer? A Cross-Sectional Analysis of Social Support, Emotion Regulation, and Meaning in Life. Int J Behav Med. 2024; 31(4): 595–604. <https://doi.org/10.1007/s12529-023-10196-9>
4. Kahhalé I, Barry KR, Hanson JL. Positive parenting moderates associations between childhood stress and corticolimbic structure. PNAS nexus. 2023; 2(6): 145. <https://doi.org/10.1093/pnasnexus/pgad145>
5. Minayo MC de S, Pinto LW, Silva CMFP da. A violência nossa de cada dia, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Ciênc. saúde coletiva. 2022; 27(9):3701–14. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07532022>
6. Nogueira-de-Almeida CA, Filho DR, Weffort VRS, Ued F da V, Nogueira-de-Almeida CCJ, Nogueira FB, et al. Primeiros 2.200 dias de vida como janela de oportunidade de atuação multidisciplinar relativa à origem desenvolvimentista de saúde e doença: posicionamento da Associação Brasileira de Nutrologia. Int. J. Nutr. 2022; 15(3): 1-22. <https://doi.org/10.54448/ijn22303>

7. Riba AC, Zioni F. O corpo da criança como receptáculo da violência física: análise dos dados epidemiológicos do Viva/Sinan. *Saúde debate*. 2022; 46(5):193–207. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E516>
8. Fórum Brasileiro De Segurança Pública. 16º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. [Internet]. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022. [cited 2025 Abr 4]. Available from: <https://apidspace.forumseguranca.org.br/server/api/core/bitstreams/c0c2a9ec-d322-487a-b54f-a305cb736798/content>
9. Branco MSS, Altafim ERP., Linhares, MBM. Universal Intervention to Strengthen Parenting and Prevent Child Maltreatment: Updated Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2022; 23(5): 1658–1676. <https://doi.org/10.1177/15248380211013131>
10. Altafim ERP, Magalhães C, Linhares MBM. Prevention of Child Maltreatment: Integrative Review of Findings from an Evidence-Based Parenting Program. *Trauma Violence Abuse*. 2023; 25 (3). <https://doi.org/10.1177/15248380231201811>
11. Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. Chapter 4: Systematic reviews of effectiveness [Internet]. In: Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. Adelaide: JBI; 2024. [cited 2024 Dez 19] Available from: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-03>

12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021; 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
13. World Health Organization. *INSPIRE Seven Strategies for Ending Violence Against Children* [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2024 Dez 19]. Available from: <https://www.unicef.org/media/66876/file/INSPIRE-SevenStrategies.pdf>
14. Reithlefsen ML, Kirtley S, Waffenschmidt S, Ayala AP, Moher D, Page MJ, et al. PRISMA-S Group. PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. *Syst Rev*. 2021;10(1):39. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01542-z>
15. Barker TH, Stone JC, Sears K, Klugar M, Tufanaru C, Leonardi-Bee J, Aromataris E, Munn Z. The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. *JBI Evid Synth*. 2023;21(3):494-506. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
16. Barker TH, Habibi N, Aromataris E, Stone JC, Leonardi-Bee J, Sears K, et al. The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias quasi-experimental studies. *JBI Evid Synth*. 2024;22(3):378-88. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

17. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K, Mu P-F. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide: JBI, 2020. [cited 2024 Dez 19] Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>
18. Lind T, Lee Raby K, Caron EB, Rohen CK, Dozier M. Enhancing executive functioning among toddlers in foster care with an attachment-based intervention. *Dev Psychopathol.* 2017;29(2):575-586. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000190>
19. Calheiros MM, Patrício JN, Graça J, Magalhães E. Evaluation of an Intervention Program for Families with Children at Risk for Maltreatment and Developmental Impairment: A Preliminary Study. *J Child Fam Stud.* 2017; 27:1605–1613. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0988-x>
20. Chartier MJ, Brownell MD, Isaac MR, et al. Is the Families First Home Visiting Program Effective in Reducing Child Maltreatment and Improving Child Development? *Child Maltreat.* 2017;22(2):121-131. <https://doi.org/10.1177/1077559517701230>
21. Betancourt TS, Franchett E, Kirk CM, Brennan RT, Rawlings L, Wilson B, et al. Integrating social protection and early childhood development: open trial of a family home-visiting intervention, *Sugira Murvango*. *Early Child Dev.*

Care. 2018;190(2):219–235.

<https://doi.org/10.1080/03004430.2018.1464002>

22. Rosales A, Sargsyan V, Abelyan K, Hovhannesian A, Ter-Abrahanyan K, Jillson KQ, et al. Behavior change communication model enhancing parental practices for improved early childhood growth and development outcomes in rural Armenia - A quasi-experimental study. *Prev Med Rep.* 2019;14:100820. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100820>
23. Zhou S, Zhao C, Huang X, Li Z, Ye R, Shi H, et al. The effect of a community-based, integrated and nurturing care intervention on early childhood development in rural China. *Public Health.* 2019;167:125-135. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.11.010>
24. Goodman WB, Dodge KA, Bai Y, O'Donnell KJ, Murphy RA. Randomized controlled trial of Family Connects: Effects on child emergency medical care from birth to 24 months. *Dev Psychopathol.* 2019;31(5):1863-1872. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000889>
25. Andrew A, Attanasio O, Augsburg B, Day M, Grantham-McGregor S, Meghir C, et al. Effects of a scalable home-visiting intervention on child development in slums of urban India: evidence from a randomised controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry.* 2020;61(6):644-652. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13171>

26. Betancourt TS, Jensen SKG, Barnhart DA, Brennan RT, Murray SM, Yousafzai AK, et al. Promoting parent-child relationships and preventing violence via home-visiting: a pre-post cluster randomised trial among Rwandan families linked to social protection programmes. BMC Public Health. 2020;20(1):621. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08693-7>
27. Jensen SK, Placencio-Castro M, Murray SM, Brennan RT, Goshey S, Farrar J, et al. Effect of a home-visiting parenting program to promote early childhood development and prevent violence: a cluster-randomized trial in Rwanda. BMJ Glob Health. 2021;6(1):e003508. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003508>
28. Goodman WB, Dodge KA, Bai Y, Murphy RA, O'Donnell K. Effect of a Universal Postpartum Nurse Home Visiting Program on Child Maltreatment and Emergency Medical Care at 5 Years of Age: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2021;4(7):e2116024. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.16024>
29. Mehrin SF, Hasan MI, Tofail F, Shiraji S, Ridout D, Grantham-McGregor S, et al. Integrating a Group-Based, Early Childhood Parenting Intervention Into Primary Health Care Services in Rural Bangladesh: A Cluster-Randomized Controlled Trial. Front Pediatr. 2022;10:886542. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.886542>

30. Rokhanawati D, Salimo H, Andayani TR, Hakimi M. The Effect of Parenting Peer Education Interventions for Young Mothers on the Growth and Development of Children under Five. *Children* (Basel). 2023;10(2):338. <https://doi.org/10.3390/children10020338>
31. Tofail F, Islam M, Akter F, Zonji S, Roy B, Hossain SJ, et al. An Integrated Mother-Child Intervention on Child Development and Maternal Mental Health. *Pediatrics*. 2023;151(Suppl 2):e2023060221G. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-060221G>
32. Hossain SJ, Rahman SM, Fisher J, Rahman A, Tofail F, Hamadani JD. Effect of a parenting and nutrition education programme on development and growth of children using a social safety-net platform in urban Bangladesh: a cluster randomized controlled trial. *Lancet Reg Health Southeast Asia*. 2024;25:100388. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2024.100388>
33. McKelvey LM, Goudie A, Li J, Lewis KN. Examining Impacts of Healthy Families America on Infant Health Care. *Acad Pediatr*. 2024;24(4):570-578. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2023.09.002>
34. Bemanalizadeh M, Badihian N, Khoshhali M, Badihian S, Hosseini N, Purpirali M, et al. Effect of parenting intervention through "Care for Child Development Guideline" on early child development and behaviors:

- a randomized controlled trial. *BMC Pediatr.* 2022;22(1):690. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03752-x>
35. Viet TH, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C, Pitikulang S. Positive Parenting Program to Promote Child Development Among Children 1 to 3 Years Old: A Quasi-Experimental Research. *J Prim Care Community Health.* 2022;13:21501319221089763. <https://doi.org/10.1177/21501319221089763>
36. Gaidhane A, Khatib MN, Telrandhe S, Patil M, Kogade P, Gaidhane S, et al. Design-redesign, implementation, and evaluation of effectiveness of maternal nutrition and responsive parenting program on child development at 2 years of age from rural India: a cluster RCT. *Front Public Health.* 2023;11:1165728. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1165728>
37. Russell AL, Hentschel E, Fulcher I, Ravà MS, Abdulkarim G, Abdalla O, et al. Caregiver parenting practices, dietary diversity knowledge, and association with early childhood development outcomes among children aged 18-29 months in Zanzibar, Tanzania: a cross-sectional survey. *BMC Public Health.* 2022;22(1):762. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13009-y>
38. McKelvey LM, Lewis KN, Beavers J, Casey PH, Irby C, Goudie A. Home Visiting for NICU Graduates: Impacts of Following Baby Back Home. *Pediatrics.* 2021;148(1):e2020029397. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-029397>

39. Flax VL, Ouma EA, Schreiner MA, Ufitinema A, Niyonzima E, Colverson KE, et al. Engaging fathers to support child nutrition increases frequency of children's animal source food consumption in Rwanda. *PLoS One*. 2023;18(4):e0283813. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283813>
40. Coore-Hall J, Smith J, Kelly M, Baker-Henningham H, Chang S, Walker S. Using lessons learnt from key stakeholders to increase support for scaling the Reach Up Early Childhood Parenting program. *Front Public Health*. 2023; 8 (11):1151826. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1151826>
41. Grantham-McGregor S, Adya A, Attanasio O, Augsburg B, Behrman J, Caeyers B, et al. Group Sessions or Home Visits for Early Childhood Development in India: A Cluster RCT. *Pediatrics*. 2020;146(6):e2020002725. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-002725>
42. Francis T, Packer D, Baker-Henningham H. A qualitative evaluation of the mechanisms of action in an early childhood parenting programme to prevent violence against children in Jamaica. *Child Care Health Dev*. 2023;49(3):579-590. <https://doi.org/10.1111/cch.13074>
43. Alam M, Hickie IB, Poulsen A, Ekambareshwar M, Loblay V, Crouse J, et al. Parenting app to support socio-emotional and cognitive development in early childhood: iterative codesign learnings from nine low-income and middle-income countries. *BMJ Open*. 2023;13(5):e071232. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071232>

44. Francis T, ~~Diarte-Diaz L~~, Powers S, Baker-Henningham H. The Virtual Irie Homes Toolbox: Adaptation and Remote Delivery of an Early Childhood, Violence Prevention, Parenting Program in Jamaica. *J. Res. Child. Educ.* 2023;38(sup1):92–S111. <https://doi.org/10.1080/02568543.2023.2281560>
45. Shorey S, Chong YS, Shi L, Chua JS, ~~Thilagamangai~~, Mathews J, et al. Evaluating the Effects of the Supportive Parenting App on Infant Developmental Outcomes: Longitudinal Study. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2023;11:e43885. <https://doi.org/10.2196/43885>

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação, com a construção de dos dois artigos que compõe o atendimento a seus objetivos específicos, possibilitou uma análise abrangente do fenômeno da violência na primeira infância, de seus impactos na vida da criança, e da efetividade dos PPPU, na promoção da saúde e do desenvolvimento infantil. A construção desta primeira revisão, possibilitou a identificação de evidências científicas robustas e confiáveis para sustentação do conhecimento acerca da violência contra crianças, mais especificamente os tipos e naturezas da violência, que são prevalentes nessa faixa etária e, as consequências que advém desse processo.

Os achados confirmam que a violência interpessoal intrafamiliar e a violência de natureza psicológica são as principais formas de maus-tratos enfrentadas pelas crianças nessa fase, com consequências que se estendem ao longo da vida, incluindo prejuízos relativos aos agravos a saúde, desempenho escolar e comportamental, além de impactos no crescimento e desenvolvimento e de características biopsicossociais.

A construção da segunda revisão, que foi uma revisão sistemática de efetividade, teve como principal intuito o de pautar a efetividade dos PPPU para a saúde e desenvolvimento infantil e averiguar a atuação que possuem na prevenção da violência intrafamiliar, bem como explorar as tecnologias que estão sendo utilizadas para desenvolvimento e aplicação desses programas de treinamento parental.

Nesse contexto, um dos achados dessa revisão foi a de que, os PPPU constituem-se em estratégias eficazes na mitigação dos efeitos negativos da violência e, no fortalecimento das habilidades parentais. A análise dos estudos indica que tais programas contribuem significativamente para o desenvolvimento cognitivo, motor, socioemocional e da linguagem, além de estarem associados a melhores indicadores de saúde infantil, como maior adesão ao acompanhamento de saúde e à vacinação, melhor qualidade nutricional, e menor incidência de doenças agudas.

Em especial, destaca-se a prevenção da violência intrafamiliar, como um dos desfechos mais relevantes desses programas, apontando para a necessidade de implementação de estratégias baseadas, principalmente, em visitas domiciliares e, o uso de tecnologias para ampliar o alcance das intervenções. Nesse contexto, chama-se a atenção para a atuação essencial dos ACS e dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde, considerando que a formação favorece a sua competência em

desenvolvimento infantil e, sua proximidade com as famílias o tornam um profissional estratégico para a condução dessas ações, dando ênfase para a promoção em saúde. O mesmo sendo válido para quaisquer formações profissionais que tenham em seu escopo de formação e atuação, uma abordagem próxima às famílias e crianças.

Entretanto algumas limitações devem ser consideradas, como a escassez de estudos voltados para a realidade brasileira e a necessidade de pesquisas que avaliem o papel específico do profissional enfermeiro na implementação desses programas. Diante disso, recomenda-se o desenvolvimento de novos estudos que explorem a inserção de equipes multiprofissionais, incluindo enfermeiros, na condução de treinamentos parentais adaptadas aos contextos culturais próprios.

Por fim, conclui-se que, fortalecer políticas públicas voltadas à parentalidade positiva e investir na capacitação profissional para a execução dos PPPU pode representar um avanço significativo na redução da morbimortalidade infantil, na promoção do desenvolvimento saudável e na construção de uma sociedade menos vulnerável aos impactos da violência na infância. Esse desenvolvimento dissertativo dará suporte ao projeto multicêntrico, qualifica o arcabouço teórico da temática e oferece instrumentos para qualificação do projeto, além de robustez nas evidências científicas, para que este possa produzir tecnologias referentes ao treinamento parental, mais especificamente aos programas de parentalidade preventivos universais.

REFERÊNCIAS

ALAM, M; HICKIE, I. B; POULSEN, A; et al. Parenting app to support socio-emotional and cognitive development in early childhood: iterative codesign learnings from nine low-income and middle-income countries. **BMJ Open**. Sydney, v. 13, n. 5, p. e071232, 2023.

ALTAFIM, E. R. P.; MAGALHÃES, C.; LINHARES, M. B. M. Prevention of child maltreatment: integrative review of findings from an evidence-based parenting program. **Trauma, Violence, & Abuse**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 1938–1953, 2023.

ALTAFIM, E. R. P.; MCCOY, D. C.; LINHARES, M. B. M. Unpacking the impacts of a Universal Parenting Program on child behavior. **Child development**, São Paulo, v. 92, n. 2, p. 626–637, 2021.

BAUMRIND, D. Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. **Child Development**, California, v. 37, n.4, p.887–907, 1966. <https://doi.org/10.2307/1126611>

BELSKY, J.; VONDRA, J. Lessons from child abuse: The determinants of parenting. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), **Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect**. New York: Cambridge University Press, 1989, p. 153–202.

BLACK, M. M., WALKER, S. P., FERNALD, L. C., ANDERSEN, C. T., DIGIROLAMO, A. M., LU, C., DEVERCELLI, A. E., et al. Early childhood development coming of age: Science through the life course. **Lancet**, Baltimore, v. 389, n. 10064, p. 77-90, 2017.

BOAVENTURA, I. D. DA S.; BENTES, N. M. S. Pacto nacional pela primeira infância: Uma análise à luz dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável número 4 e da jurisprudência da corte interamericana sobre direito à educação. **Revista Da Faculdade De Direito Do Sul De Minas**, Pará, v. 39, n. 2, p. 541-566, 26 set. 2023.

BOWLBY, J. **A Secure base: Parent-child Attachment and Healthy Human Development**. New York: Basic Books, 1988.

BRANCO, M. S. S.; ALTAFIM, E. R. P.; LINHARES, M. B. M. Universal intervention to strengthen parenting and prevent child maltreatment: updated systematic review. **Trauma, Violence, & Abuse**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 15248380211013131, 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Estabelece o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 de junho de 2014. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 de abril de 2017. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022. Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 de maio de 2022. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 14.826, de 20 de março de 2024. Institui a parentalidade positiva e o direito ao brincar como estratégias intersetoriais de prevenção à violência contra crianças. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de março de 2024. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de julho de 1990. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 687/2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 de março de 2006. Seção 1, p. 1.

BRITO, L. S. et al. Transições vivenciadas por mães de crianças/ adolescentes com doença falciforme no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Bahia, v. 44, p. 20220075, 2023.

CAPITANI, E.; LORENZINI, C.; BIUZZI, A.; ALAIMO, L.; NANTE, N. Factors influencing the first thousand days of life: The importance of Nurturing Care. **Journal of Preventive Medicine and Hygiene**, Siena, v. 62, n. 3, 2023.

CHARTIER, M. J., BROWNELL, M. D., ISAAC, M. R., CHATEAU, D., NICKEL, N. C., KATZ, A., et al. Is the Families First Home Visiting Program Effective in Reducing Child Maltreatment and Improving Child Development? **Child maltreatment**, Canadá, v. 22, n. 2, p. 121–131, 2017.

CONDON JT. The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 1993; 66(2):167-183.

COORE-HALL, J., SMITH, J., KELLY, M., BAKER-HENNINGHAM, H., CHANG, S., WALKER, S. Using lessons learnt from key stakeholders to increase support for scaling the Reach Up Early Childhood Parenting program. **Frontiers in public health**, Siena, v. 11, p.1151826, 2023.

DA COSTA, K. A; LAPORT, T. J. Família e sociedade: uma análise sobre o processo do desenvolvimento humano. **Revista Mosaico**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 49-55, 2019.

DA SILVA, C. M.; JUNIOR, D. P. M.; RODRIGUES, J. R. B. A.; SILICILIANO, B.; ARBILLA, G. Ares Novos Para a Primeira infância: as Crianças São O Futuro Do Planeta. **Ambiente & Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 26, 2023.

DA SILVA, S. A.; CERIBELLI, C. O papel do enfermeiro frente a violência infantil na atenção primária. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, São Paulo, v. 8, p. e5001, jan. 2021.

DE OLIVEIRA, S. M. T. et al. Epidemiological study of violence against children and its increase during the COVID-19 pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, São Paulo, v. 18, n. 19, p. 10061, 24 set. 2021.

DESMOND, C., WATT, K. G., JENSEN, S. K. G., SIMMONS, E., MURRAY, S. M., FARRAR, J., et al. Measuring the cost-effectiveness of a home-visiting intervention to promote early child development among rural families linked to the Rwandan social

protection system. **PLOS global public health**, Ruanda, v. 3, n. 10, p. e0002473, 2023.

ENGLE, P. L., FERNAND, L. C., ALDERMAN, H., BEHRMAN, J., O'GARA, C., YOUSAFZAI, A. et al. Global Child Development Steering Group. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. **Lancet**, California, n. 378, p. 1339-1353, 2011.

FARELEIRA, F. XAVIER, M. R.; DE LIMA, F. T.; REIA, H. S.; VELTE, J; MARTINS, C. "Space to talk": A portuguese focus group study of parents' experiences, needs and preferences in parenting support during prenatal and well-child care. **BMJ Open**, Porto, v. 13, n. 6, p. e066627–e066627, 1 jun. 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **16º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022. Disponível em: <https://apidspace.forumseguranca.org.br/server/api/core/bitstreams/c0c2a9ec-d322-487a-b54f-a305cb736798/content>

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024. Disponível em: <https://apidspace.forumseguranca.org.br/server/api/core/bitstreams/1d896734-f7da-46a7-9b23-906b6df3e11b/content>

GALINSKY, E. **The Six Stages Of Parenthood**. New albany, OH: Addison-Wesley, 1987.

GRANTHAM-MCGREGOR, S., CHEUNG, Y. B., CUETO, S., GLEWWE, P., RICHTER, L., STRUPP, B. Developmental potential in the first years for children in developing countries. **Lancet**, Londres, v. 369, p. 60-70, 2007

GUIMARÃES, L. T.; SILVA, D. R. S. Lei 13.431/17: Avanços na proteção de crianças e adolescentes através da escuta protegida contra a revitimização em casos de violência. **Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação**, Tocantins, v. 9, n. 9, 29 out. 2023.

JENSEN SK, PLACENCIO-CASTRO M, MURRAY SM, BRENNAN RT, GOSHEV S, FARRAR J, ET AL. Effect of a home-visiting parenting program to promote early childhood development and prevent violence: a cluster-randomized trial in Rwanda. **BMJ Glob Health**. V. 6, n. 1, p. e003508, 2021

KAHHALÉ, I.; BARRY, K.; HANSON, J. L. Positive parenting moderates associations between childhood stress and corticolimbic structure. **PNAS Nexus**, Pittsburgh, v. 2, n. 6, 31 maio 2023.

KANAMOTA, P. F. et al. O Conceito de responsividade na terapia analítico comportamental e suas implicações para a pesquisa de processo-resultado. **Revista Perspectiva**, Mato Grosso do Sul, v. 10, n. 1, p. 114–128, 1 ago. 2019.

KELADA, L.; ZAMIR, O. What promotes positive parenting during breast cancer? A cross-sectional analysis of social support, emotion regulation, and meaning in life. **International journal of behavioral medicine**, Jerusalem, v. 31, n. 4, p. 595-604, 2024

LIMA C. C. O. de J. et al. Violência intrafamiliar presenciada e vivenciada por adolescentes escolares. **Cogitare Enfermagem**, Salvador, v. 27, p. e84185, 2022.

LOTTO, C. R.; ALTAFIM, E. R. P.; LINHARES, M. B. M. Maternal history of childhood adversities and later negative parenting: A systematic review. **Trauma, violence & abuse**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 662–683, 2023.

MACCOBY, E; MARTIN, J. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: **Handbook of child psychology. Socialization, personality, and social development**. New York: Wiley, 1983, p. 1-101.

MACIEL-PORTES, J. R.; CARVALHO-AMORIM, M. V. L.; VIEIRA M. L. Estilos parentais, coparentalidade e problemas de comportamento em crianças com autismo: estudo correlacional. **Acta Colombiana de Psicología**, Santa Catarina, v. 25, n. 2, 1 dez. 2022.

MELEIS, A. I. *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010.

MINAYO, M. C. de S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. DE S.. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 1, n. 2, p. 91–102, maio 2001.

MINAYO, M. C. de S.; PINTO, L.W; DA SILVA, C. M. F. P. A violência nossa de cada dia, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 09, pp. 3701-3714, set. 2022.

MOTA, C. P.; DE ASSUNÇÃO, S. Estilos parentais e vinculação aos pares fazem a diferença nos motivos do consumo de álcool em jovens universitários? **Avances en Psicología Latinoamericana**, Portugal, v. 41, n. 1, 10 mar. 2023.

PHOTICHA, P.; LUVIRA, V. The impact of a skipped-generation family structure on early child development in Khon Kaen Province: a prospective cohort study. **Scientific Reports**, v. 13, n. 1, 6 out. 2023.

PHUA, D. Y.; KEE, M. Z. L.; MEANEY, M. J. Positive maternal mental health, parenting, and child development. **Biological psychiatry**, Singapura, v.c7, n. 4, p. 328–337, 2020.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA. **Plano Nacional pela Primeira Infância**. Brasília,DF: RNPI/ANDI, 2020. Disponível em: <https://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2020/10/PNPI.pdf>

RIBA, A. C.; ZIONI, F. O corpo da criança como receptáculo da violência física: Análise dos dados epidemiológicos do Viva/Sinan. **Saúde Em Debate**, São Paulo, v. 46, n. spe5, p. 193–207, dez. 2022.

RYBIŃSKA, A., BEST, D. L., GOODMAN, W. B., BAI, Y., DODGE, K. A. Transitioning to virtual interaction during the COVID-19 pandemic: Impact on the family connects postpartum home visiting program activity. **Infant mental health journal**, Carolina do Norte, v. 43, n. 1, p. 159–172, 2022.

SARAMI, B.; MYRFENDERESKI, S.; TALI, S. S.; HASANPOUR-DEHKORDI, A.; REISI, H. The Effect of implementing Peplau's Theory of interpersonal communication

on the quality of life of patients with acquired immunodeficiency syndrome. **Przegląd epidemiologiczny**, Shahrekord, v. 77, n. 1, p. 101–107, 1 jan. 2023.

SARGSYAN, V. et al. The benefits of nurturing care interventions on early child development and care: Findings from a quasi-experimental study in a humanitarian setting. **BMC Pediatrics**, Yerevan, v. 23, n. 1, 24 ago. 2023.

SFERRA, D. T. B.; REDIVO, H. Lei Henry Borel: mudanças, efetividade e aplicabilidade da legislação. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista**, Paraná, v. 25, n. 45, p. 261–287, 18 ago. 2023.

SHONKOFF, J. P., GRADNER, A. S., SIEGEL, B. S., DOBBINS, M. I., EARLS, M. F., MC GUINN, L., WOOD, D. L., et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. **Pediatrics**, v. 129, n. 1, p. 232-246, 2012.

SILVA, C. M. DA et al. Ares Novos Para a Primeira infância: as Crianças São O Futuro Do Planeta. **Ambiente & Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-21, 2023.

SOUZA, S; DAU, S., NICHIO, R.; SANTOS, V. Os impactos das políticas públicas de caráter socioeducativo após a publicação do estatuto da criança e do adolescente (Lei 8069/1990). **Concilium**, v. 22, n. 6, p. 913–923, 2 nov. 2022.

TRILLINGSGAARD, T.; FENTZ, H. N.; SIMONSEN, M. Does group-based parent support during the transition to parenthood affect child socio-emotional problems and health care utilization? A randomized controlled trial. **Social science & medicine**, Aarhus, v. 347, p. 116741, 2024.

TRINDADE, A. DE A.; HOHENDORFF, J. V. Efetivação da Lei Menino Bernardo pelas Redes de Proteção e de Atendimento a Crianças e Adolescentes. **Cadernos De Saúde Pública**, Rio Grande do Sul, v. 36, n. 10, 2020.

UNICEF. **A Rede de Ação para Desenvolvimento da Primeira Infância: Uma Rede Global para Fortalecer o Apoio às Crianças Pequenas**. Nova York: Fundação Bernard Van Leer, 2017. Disponível em: <<https://bernardvanleer.org/pt-br/ecm-article/2017/early-childhood-development-action-network-global-network-strengthen-support-young-children/>>.

UNICEF. **O Cuidado Integral e a Parentalidade Positiva na Primeira Infância**. Brasília, DF: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/biblioteca>

VERONESE, J. R. P.; RIBEIRO, J. O Pacto Nacional Pela Primeira Infância: Instrumento de proteção às crianças e garantia de um futuro ao país. **Revista CNJ**, Brasília, v. 3, n. 2, 2019.

WAILES, E., MACKENZIE, F. Protecting people with communication disability from modern slavery: Supporting Sustainable Development Goals 8 and 16. **International journal of speech-language pathology**, Sydney, v. 25, n. 1, p. 42–46, 2023.

WALKER-DESCARTES, I. et al. Sexual violence against children. **Pediatric Clinics of North America**, New York, v. 68, n. 2, p. 427–436, 1 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Status Report On Preventing Violence Against Children 2020**. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332394/9789240004191eng.pdf?sequence=1>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Nurturing Care for Early Childhood Development**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064eng.pdf?sequence=1>

APÊNDICE 1

Pubmed/ Medline

("infant" OR "infant, newborn" OR "newborn" OR "children" OR "toddler" OR "child, preschool") AND ("maltreatment" OR "violence" OR "violence prevention" OR "abuse" OR "child abuse" OR "abused child" OR "child maltreatment" OR "childhood abuse" OR "childhood maltreatment" OR "childhood mistreatment" OR "harsh parenting" OR "physical punishment" OR "spank" OR "spanking ") AND ("child parent relation" OR "child parent relationship" OR "parenting" OR "parent child relation" OR "parent child relationship" OR "parent infant relation" OR "parent to child relation" OR "parent to child relationship" OR "parent-child relations" OR "parental role" OR "parent infant bonding" OR "parenting practices") AND ("parenting* programs" OR parent program OR parent training OR parenting training OR parent interventions OR parenting interventions) AND ("child* development" OR "child* health")

1282 resultados

Com filtro de 2016 a 2024- 700 resultados

BVS-

("infant" OR "infant, newborn" OR "newborn" OR "children" OR "toddler" OR "child, preschool") AND ("maltreatment" OR "violence" OR "violence prevention" OR "abuse" OR "child abuse" OR "abused child" OR "child maltreatment" OR "childhood abuse" OR "childhood maltreatment" OR "childhood mistreatment" OR "harsh parenting" OR "physical punishment" OR "spank" OR "spanking ") AND ("child parent relation" OR "child parent relationship" OR "parenting" OR "parent child relation" OR "parent child relationship" OR "parent infant relation" OR "parent to child relation" OR "parent to child relationship" OR "parent-child relations" OR "parental role" OR "parent infant bonding" OR "parenting practices") AND ("parenting* programs" OR parent program OR parent training OR parenting training OR parent intervention OR parenting intervention) AND ("child* development" OR "child* health")

232 resultados

Com filtro de 2016 a 2024- 106 resultados

SCOPUS

(TITLE ("infant" OR "infant, newborn" OR "newborn" OR "children" OR "toddler" OR "child, preschool") AND ("maltreatment" OR "violence" OR "violence prevention" OR "abuse" OR "child abuse" OR "abused child" OR "child maltreatment" OR "childhood abuse" OR "childhood maltreatment" OR "childhood mistreatment" OR "harsh parenting" OR "physical punishment" OR "spank" OR "spanking ") AND ("child parent relation" OR "child parent relationship" OR "parenting" OR "parent child relation" OR "parent child relationship" OR "parent infant relation" OR "parent to child relation" OR "parent to child relationship" OR "parent-child relations" OR "parental role" OR "parent infant bonding" OR "parenting practices") AND ("parenting* programs" OR parent program OR parent training OR parenting training OR parent intervention OR parenting

intervention) AND ("child* development" OR "child* health")) AND ABS (("infant" OR "infant, newborn" OR "newborn" OR "children" OR "toddler" OR "child, preschool") AND ("maltreatment" OR "violence" OR "violence prevention" OR "abuse" OR "child abuse" OR "abused child" OR "child maltreatment" OR "childhood abuse" OR "childhood maltreatment" OR "childhood mistreatment" OR "harsh parenting" OR "physical punishment" OR "spank" OR "spanking ") AND ("child parent relation" OR "child parent relationship" OR "parenting" OR "parent child relation" OR "parent child relationship" OR "parent infant relation" OR "parent to child relation" OR "parent to child relationship" OR "parent-child relations" OR "parental role" OR "parent infant bonding" OR "parenting practices") AND ("parenting* programs" OR parent program OR parent training OR parenting training OR parent intervention OR parenting intervention) AND ("child* development" OR "child* health"))

61 resultados

Com filtro de 2016 a 2024- 39 resultados

Embase

('infant' OR 'infant, newborn' OR 'newborn' OR 'children' OR 'toddler' OR 'child, preschool') AND ('maltreatment' OR 'violence' OR 'violence prevention' OR 'abuse' OR 'child abuse' OR 'abused child' OR 'child maltreatment' OR 'childhood abuse' OR 'childhood maltreatment' OR 'childhood mistreatment' OR 'harsh parenting' OR 'physical punishment' OR 'spank' OR 'spanking') AND ('child parent relation' OR 'child parent relationship' OR 'parenting' OR 'parent child relation' OR 'parent child relationship' OR 'parent infant relation' OR 'parent to child relation' OR 'parent to child relationship' OR 'parent-child relations' OR 'parental role' OR 'parent infant bonding' OR 'parenting practices') AND ('parenting* programs' OR parent program OR parent training OR parenting training OR parent intervention OR parenting intervention) AND ('child* development' OR 'child* health')

658 resultados

Com filtro de 2016 a 2024- 283 resultados

Web of Science

("infant" OR "infant, newborn" OR "newborn" OR "children" OR "toddler" OR "child, preschool") AND ("maltreatment" OR "violence" OR "violence prevention" OR "abuse" OR "child abuse" OR "abused child" OR "child maltreatment" OR "childhood abuse" OR "childhood maltreatment" OR "childhood mistreatment" OR "harsh parenting" OR "physical punishment" OR "spank" OR "spanking ") AND ("child parent relation" OR "child parent relationship" OR "parenting" OR "parent child relation" OR "parent child relationship" OR "parent infant relation" OR "parent to child relation" OR "parent to child relationship" OR "parent-child relations" OR "parental role" OR "parent infant bonding" OR "parenting practices") AND ("parenting* programs" OR parent program OR parent training OR parenting training OR parent interventions OR parenting interventions) AND ("child* development" OR "child* health")

605 resultados

Com filtro de 2016 a 2024- 413 resultados

CINAHL

("infant" OR "infant, newborn" OR "newborn" OR "children" OR "toddler" OR "child, preschool") AND ("maltreatment" OR "violence" OR "violence prevention" OR "abuse" OR "child abuse" OR "abused child" OR "child maltreatment" OR "childhood abuse" OR "childhood maltreatment" OR "childhood mistreatment" OR "harsh parenting" OR "physical punishment" OR "spank" OR "spanking ") AND ("child parent relation" OR "child parent relationship" OR "parenting" OR "parent child relation" OR "parent child relationship" OR "parent infant relation" OR "parent to child relation" OR "parent to child relationship" OR "parent-child relations" OR "parental role" OR "parent infant bonding" OR "parenting practices") AND ("parenting* programs" OR parent program OR parent training OR parenting training OR parent intervention OR parenting intervention) AND ("child* development" OR "child* health")

116 resultados

Com filtro de 2016 a 2024- 66 resultados

Google acadêmico

(infant OR children OR child, preschool) AND (maltreatment OR violence OR violence prevention OR child abuse) AND (child parent relation OR child parent relationship OR parenting OR) AND (parenting programs OR parent program OR parent training OR parenting training OR parent intervention OR parenting intervention) AND (child development OR child health)

109.000 resultados

Com filtro de 2016 a 2024- 17.600 resultados- primeiras 100 referencias

Open Grey

(infant OR newborn OR children OR toddler OR child, preschool) AND (maltreatment OR violence OR violence prevention OR abuse OR child abuse OR abused child OR child maltreatment OR childhood abuse OR childhood maltreatment OR childhood mistreatment OR harsh parenting OR physical punishment OR spank OR spanking) AND (child parent relation OR child parent relationship OR parenting OR parent child relation OR parent child relationship OR parent infant relation OR parent to child relation OR parent to child relationship OR parent-child relations OR parental role OR parent infant bonding OR parenting practices) AND (parenting programs OR parent program OR parent training OR parenting training OR parent intervention OR parenting intervention) AND (child development OR child health)

100 resultados- últimos 2 anos

OADT

(infant OR newborn OR children OR toddler OR child, preschool) AND (maltreatment OR violence OR violence prevention OR abuse OR child abuse OR abused child OR child maltreatment OR childhood abuse OR childhood maltreatment OR childhood mistreatment OR harsh parenting OR physical punishment OR spank OR spanking) AND (child parent relation OR child parent relationship OR parenting OR parent child relation OR parent child relationship OR parent infant relation OR parent to child relation OR parent to child relationship OR parent-child relations OR parental role OR parent infant bonding OR parenting practices) AND (parenting programs OR parent program

OR parent training OR parenting training OR parent intervention OR parenting intervention) AND (child development OR child health)

Com filtro de 2015 a 2024-25.430 resultados- primeiras 100 referencias