

MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA

Prevenção de abusos e negligência na infância

John Eckenrode, PhD

Family Life Development Center, Cornell University, EUA

Abril 2004

Introdução

Os maus-tratos na infância e na adolescência são um problema que vai muito além das vítimas e dos agressores diretamente afetados por esses comportamentos. Eles afetam a vida de profissionais encarregados de cuidar da saúde e do bem-estar de famílias e de crianças, bem como a de agentes governamentais e de cidadãos que se preocupam com a qualidade de vida em suas comunidades. Os maus-tratos na infância impedem o capital social e a coesão social que une as comunidades. Qualquer abordagem eficaz à prevenção de abuso e negligência na infância precisa acomodar as causas complexas do problema e os diversos interesses e necessidades representados por todos os indivíduos afetados por eles.¹

Do que se trata

Acompanhando os esforços para melhorar os sistemas de detecção e de tratamento de crianças vítimas de maus-tratos e de famílias que maltratam, a prevenção deve ser vista como parte de uma abordagem abrangente ao problema integral de maus-tratos na infância nos países e nas comunidades. Algumas vezes, a ênfase excessiva em detecção e proteção tem desviado a atenção das estratégias de prevenção primária que visam a oferecer apoio e assistência às famílias que vivem em situações estressantes ou que não estão funcionando de forma efetiva.²

Há muitas abordagens à prevenção de abuso e negligência na infância, desde o nível individual dos pais e da criança até a sociedade mais ampla.³ Pesquisadores e profissionais de diferentes disciplinas desenvolveram vários referenciais para a caracterização dos esforços de prevenção nesse campo. Os dois referenciais mais proeminentes talvez sejam o modelo ecológico de desenvolvimento e o modelo de saúde pública.^{4,5,6} Relatórios recentes da *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde), tais como o *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention* (Relatório da consulta sobre prevenção de abusos na infância)⁷ e o *World Report on Violence and Health*

(Relatório Mundial sobre Violência e Saúde)⁸ discutem os esforços de prevenção ao abuso e a negligência na infância, a partir de uma perspectiva internacional, incluindo recomendações sobre ações necessárias por parte de governos, profissionais da atenção à saúde, da educação e da área jurídica, e outros grupos interessados na prevenção de abusos e negligência.

Contexto de pesquisa

Os programas de prevenção, especialmente aqueles sobre os quais foi realizada alguma avaliação adequada, têm focalizado principalmente esforços secundários ou terciários com famílias em situação de risco ou com vítimas e perpetradores de abuso e negligência. Os esforços de prevenção primária planejados e avaliados de forma adequada são menos frequentes.

Questões-chave de pesquisa

As questões-chave de pesquisa incluem a identificação de abordagens efetivas para a prevenção nos níveis da comunidade, da escola, do sistema de saúde e da família. O planejamento de intervenções fundamentadas em teorias e sua avaliação por meio de formatos rigorosos de pesquisa são desafios constantes. Persistem questões-chave relativas ao papel do contexto comunitário, bem como das características individuais da criança e da família, que podem influenciar a efetividade dos programas de intervenção.

Resultados de pesquisas recentes

Em todos os países, esforços de prevenção primária que envolvem campanhas de informação e educação do público representam ferramentas importantes para aumentar a conscientização do público a respeito do problema de abusos e negligência na infância; para reforçar os padrões da comunidade quanto aos cuidados da criança; para captar recursos para iniciativas comunitárias; e como uma forma de exercer pressão pública sobre órgãos governamentais, no sentido da criação de políticas e programas destinados a dar apoio ao desenvolvimento saudável das crianças. Frequentemente, o alvo das campanhas educacionais são os pais. Por exemplo, nos Estados Unidos, uma campanha ampla de conscientização do público focalizou a Síndrome do Bebê Sacudido.⁹ Na Holanda, no início da década de 1990, uma campanha multimídia teve o objetivo de aumentar a revelação das ocorrências pelas vítimas e por adultos cuidadores.^{8,10} Essa campanha incluiu um documentário na TV, filmes curtos e comerciais, e um programa de rádio, bem como materiais impressos, como cartazes e folhetos. O resultado foi um aumento nos contatos telefônicos com o Serviço Nacional da Criança.

As abordagens mais amplamente utilizadas para a prevenção de maus-tratos na infância talvez sejam aquelas que envolvem tentativas de oferecer apoio direto às famílias e melhorar as práticas de cuidados parentais. Algumas dessas abordagens universais tinham como foco o aprimoramento de práticas parentais – por exemplo, políticas de hospedagem no hospital para todos os pais após o nascimento do bebê –, porém muitas delas eram voltadas a programas destinados a pais considerados em risco de aplicar práticas parentais inadequadas. As abordagens mais promissoras levavam em conta múltiplos fatores de risco de aplicação de práticas parentais inadequadas, e utilizavam diversos tipos de apoio – informação, apoio emocional e ajuda material.¹¹ Esses programas talvez sequer sejam identificados como programas de prevenção de abusos e negligência contra a criança, mas de maneira geral são denominados programas de “apoio e educação da

família” ou de “intervenção precoce”.

Uma abordagem que tem recebido atenção considerável nos últimos anos é o programa de visitas domiciliares para aqueles que são pais pela primeira vez. Um conjunto crescente de pesquisas indica uma série de benefícios para as crianças e para os pais, associados a programas de visitas domiciliares planejados e implementados adequadamente, particularmente aqueles que envolvem enfermeiras como visitadoras.^{13,14,15} A visita domiciliar a pais de primeiros filhos é muito adequada como estratégia de prevenção de maus-tratos na infância.¹⁶ Atinge pais de alto risco que não têm as habilidades ou a confiança necessárias para envolver-se em contextos formais de serviços de atendimento, ou que talvez não tenham capacidade ou disposição para frequentar reuniões em grupo. Essa estratégia se baseia na atenção especial oferecida por um adulto atencioso, que não julga as atitudes da família, em um contexto familiar e confortável para os pais. Os visitadores domiciliares estão também em condições de observar diretamente fatores do lar e da família que podem comprometer os cuidados parentais adequados e colocar as crianças em risco – como, por exemplo, condições físicas inseguras.

Os modelos de visita domiciliar que produziram resultados em ensaios clínicos com atribuição aleatória das famílias a condições de tratamento e de controle podem ser considerados mais confiáveis. Por exemplo, em um estudo experimental sobre visitas domiciliares por enfermeiras em uma comunidade semi-rural (Elmira, Nova Iorque, EUA), mães em situação de risco (jovens, pobres e solteiras) foram visitadas por enfermeiras desde a gravidez e até que seus filhos tivessem 2 anos de idade – em média, 32 visitas. A ocorrência detectada de maus-tratos na infância ao longo de um período de 15 anos foi significativamente mais baixa nas famílias visitadas.¹⁷

Apesar desses achados promissores em um pequeno número de estudos experimentais sobre programas de visitas domiciliares, também está claro que esses serviços, por si só, não podem atender a todas as necessidades de famílias em risco que têm filhos pequenos. Tendem a ter mais sucesso quando combinados com uma variedade de serviços comunitários de prevenção e de intervenção, tais como creches de boa qualidade.^{15,18}

As escolas são contextos importantes para os esforços de prevenção de abusos na infância. Os professores desempenham um papel crucial na identificação precoce de crianças que correm risco de maus-tratos. Os programas baseados em escolas são também uma das estratégias preventivas mais amplamente utilizadas. Têm sido desenvolvidos e avaliados diversos currículos planejados para crianças pequenas, que focalizam primariamente a prevenção de abuso e persuasão sexual.^{19,20,21} As abordagens envolvem tipicamente alguma combinação de vídeos, materiais impressos e instrução ministrada por adultos. Alguns programas tentaram envolver os pais incluindo encontros de educação parental e enviando materiais à casa.²²

Segundo avaliações realizadas por meio de entrevistas que utilizam jogos de papéis ou situações e ilustrações hipotéticas, intervenções educacionais, particularmente aquelas que utilizam conceitos concretos e uma experiência interativa que incluem ensaios e modelos, podem ser eficazes para melhorar o conhecimento da criança. Crianças mais velhas – por exemplo, de 10 a 12 anos de idade – são mais propensas a aprender e a reter mais informações do que crianças pequenas – por exemplo, de 4 a 5 anos de idade.¹⁹ Poucos estudos, mesmo aqueles que incluíram os pais, avaliaram ou evidenciaram efeitos na redução direta do abuso sexual na infância. Uma pesquisa nacional nos EUA mostrou que a exposição a programas de prevenção de assédio

não levou à redução da incidência de vitimização ou de danos, embora estivesse associada a uma maior probabilidade de que as crianças denunciasses a vitimização e não culpassem a si mesmas.²³

Profissionais da área da saúde que oferecem serviços diretos às crianças podem desempenhar diversos papéis importantes na prevenção do abuso e da negligência na infância. Dois papéis primários de prevenção – que evitariam a necessidade de cuidados médicos para as consequências de maus-tratos, ou uma prevenção secundária – dos provedores de atenção primária em saúde²⁴ são: (1) avaliação cuidadosa do ambiente doméstico para identificar fatores de risco para maus-tratos modificáveis e não modificáveis, tais como evidências de isolamento social e de falta de apoio social; e (2) atenção dos profissionais de saúde para situações desencadeadoras que podem contribuir para incidentes de maus-tratos, tais como o choro e o treino no uso do banheiro. Em contextos pediátricos, serviços suplementares podem ser oferecidos por especialistas em desenvolvimento infantil e apoio aos pais. Essa é a abordagem adotada pelo programa *Healthy Steps for Young Children* (Passos Saudáveis para Crianças Pequenas), mantido parcialmente pela Academia Americana de Pediatria.²⁵

Conclusões

O *World Report on Violence and Health* (Relatório Mundial sobre Violência e Saúde) da WHO (OMS)⁸ recomendou diversas ações que devem ser implementadas por governos, pesquisadores, profissionais da saúde e de assistência social, organizações não governamentais e outros interessados na prevenção de abusos e negligência na infância. Essas recomendações reforçam outras já apresentadas no relatório da Consulta sobre Prevenção de Abuso na Infância, da WHO (OMS).⁷ Pesquisas mais aprofundadas são fundamentais para o aprimoramento dos esforços de prevenção. Muitos países ainda não têm sistemas adequados de monitoramento de casos de abuso e negligência. São necessários dados mais confiáveis que documentem o custo que maus-tratos na infância impõem aos sistemas de saúde em cada país, bem como os fatores de risco e de proteção, os sistemas existentes de atuação em casos reconhecidos, e a avaliação de esforços de prevenção. Além do aprimoramento da coleta de registros oficiais, são necessárias pesquisas periódicas realizadas por instituições acadêmicas baseadas nas populações, sistemas de atenção à saúde e organizações não governamentais. Na medida do possível, as técnicas existentes de mensuração de maus-tratos e de suas consequências devem ser utilizadas em diversos países, para possibilitar comparações interculturais e explorar as razões de variações culturais em casos de abuso e negligência na infância.²⁶

Implicações

A capacitação a respeito de abusos e negligência precisa ser mais desenvolvida nas disciplinas pertinentes, particularmente nas áreas da saúde, jurídica, educação e serviço social. Os profissionais que atuam nessas áreas e que têm contato direto com crianças e famílias em risco podem trabalhar também para atrair recursos para esforços mais amplos de prevenção, e para defender políticas governamentais que protegem as crianças e dão apoio aos pais.

Os governos precisam oferecer o apoio local necessário para garantir que existam sistemas de atenção a crianças vítimas de abuso e negligência efetivos, eficientes e seguros, e para iniciar e manter esforços de prevenção. Estes incluem os esforços para melhorar a resposta dos hospitais e clínicas às crianças maltratadas e negligenciadas e para melhorar o sistema de justiça criminal. A prevenção de abusos e

negligência na infância deve ser incorporada a políticas, metas, programas e orçamentos nacionais de saúde pública.

Embora tenham sido desenvolvidas e testadas muitas abordagens de prevenção de abusos e negligência na infância, relativamente poucas têm sido avaliadas com rigor. Tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, há grande necessidade de garantir a avaliação aprofundada sobre a eficácia dos esforços de prevenção. No longo prazo, a vontade política e social em prol de esforços de prevenção pode ser minada se forem instituídas abordagens ineficazes e se forem evidenciados poucos progressos na prevenção de incidentes de maus-tratos

Uma abordagem abrangente à prevenção de abusos e negligência envolverá muitos esforços coordenados de diferentes setores da sociedade. Em última instância, no entanto, as abordagens mais eficazes de maus-tratos incluirão suas causas profundas considerando questões de pobreza, habitação, emprego, escolas, atenção à saúde e outros sistemas comunitários e de vizinhança que constroem capital financeiro, humano e social²⁷ e oferecem apoio aos pais na tarefa de criar seus filhos.

Referências

1. National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC: National Academy Press; 1993.
2. Melton GB, Barry FD. *Protecting children from abuse and neglect*. New York, NY: The Guilford Press; 1994.
3. Wolfe DA. *Child abuse: implications for child development and psychopathology*. 2nd edition. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1999.
4. Belsky J. Etiology of child maltreatment: A developmental ecological analysis. *Psychological Bulletin* 1993;114(3):413-434.
5. Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology* 1986;22(6):723-742.
6. Cicchetti D, Lynch M. Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry* 1993;56(1):96-118.
7. World Health Organization. *World Report on Violence and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
8. World Health Organization. *Report of the Consultation on Child Abuse and Neglect Prevention*, 29-31 March, Geneva. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1999. Document WHO/HSC/PVI/99.1.
9. Duhaime A, Christian CW, Rorke LB, Zimmerman RA. Nonaccidental head injury in infants: the "shaken baby syndrome". *New England Journal of Medicine* 1998;338(25):1822-1829.
10. Hoefnagels C, Mudde A. Mass media and disclosures of child abuse in the perspective of secondary prevention: putting ideas into practice. *Child Abuse & Neglect* 2000;24(8):1091-1011.
11. Thompson RA. *Preventing child maltreatment through social support*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1995.
12. Weiss HB, Jacobs FH. *Evaluating family programs*. New York, NY: Aldine de Gruyter; 1988.
13. Olds DL, Kitzman H. Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Future of Children* 1993;3(3):53-92.
14. Gomby DS, Culross PL, Behrman RE. Home visiting: recent program evaluations-analysis and recommendations. *Future of Children* 1999;9(1):4-26.
15. American Academy of Pediatrics, Council on Child and Adolescent Health. The role of home-visitation programs in improving health outcomes for children and families. *Pediatrics* 1998;101(3 pt 1):486-489.
16. Olds DL, Henderson CR. The prevention of maltreatment. In: D. Cicchetti, V. Carlson, eds. *Child maltreatment*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1989:722-763.
17. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect:15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of American Medical Association* 1997;278(8):637-643.

18. Weiss HB. Home visits: necessary but not sufficient. *Future of Children* 1993;3(3):113-128.
19. MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR, Griffith L, MacMillan A. Primary prevention of child sexual abuse: a critical review Part II. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1994;35(5):857-876.
20. Davis MK, Gidycz CA. Child sexual abuse prevention programs: a meta-analysis. *Journal of Clinical Child Psychology* 2000;29(2):257-265.
21. Rispens J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect* 1997;21(10):975-987.
22. Conte JR, Rosen C, Saperstein L. An analysis of programs to prevent the sexual victimization of children. *Journal of Primary Prevention* 1986;6(3):141-155.
23. Finkelhor D, Asdigian N, Dziuba-Leatherman J. Victimization prevention programs for children: a follow-up. *American Journal of Public Health* 1995;85(12):1684-1689.
24. Theodore AD, Runyan DK. A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next steps. *Pediatrics* 1999;104(1 pt 2):168-177.
25. Zukerman B, Kaplan-Sanoff M, Parker S, Taaffe Young K. The Healthy Steps for Young Children program. *Zero to Three* 1997;17(6):20-25.
26. Schwartz-Kenney BM, McCauley M, Epstein MA. *Child abuse: a global view*. Westport, Conn: Greenwood Press; 2001.
27. Runyan DK, Hunter WM, Socolar RRS, Amaya-Jackson L, English D, Landsverk J, Dubowitz H, Browne DH, Bangdiwala SI, Mathew RM. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics* 1998;101(1):12-18.

Reconhecimento:

Este resumo foi adaptado do seguinte documento: Eckenrode, J., & Runyan, D. K. (in press) The prevention of child abuse and neglect. Annales Nestle.