ENCICLOPÉDIA
sobre o Desenvolvimento
na Primeira Infância



Baixa renda e gravidez

Atualização Fevereiro 2017

©2002-2026 ABILIO | BAIXA RENDA E GRAVIDEZ

Índice

Síntese 5

Avaliando programas de intervenção na primeira infância. Comentários sobre Kitzman, Knitzer, e Lipman e Boyle 8
PAMELA KATO KLEBANOV, PHD, JANEIRO 2005

Intervenções para a promoção de desenvolvimento social e emocional saudável em crianças de baixa renda 14
JANE KNITZER, ED.D., MAIO 2003

Baixa renda e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial da criança 20
[1]MICHAEL WEITZMAN, MD, [2]LILY LEE, FEVEREIRO 2017

Obstáculos aos serviços de promoção de saúde emocional, comportamental e social da criança 29
ELLEN L. LIPMAN, MD, MICHAEL H. BOYLE, PHD, MARÇO 2003

Baixa renda (pobreza) durante os períodos pré-natal e pós-natal inicial e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial da criança 36
GREG J. DUNCAN, PHD KATHERINE A. MAGNUSON, PHD, JUNHO 2002

Baixa renda e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial da criança. Comentários sobre Duncan e Magnuson, e Weitzman 42
JULIUS RICHMOND, PHD, ABRIL 2003

Programas eficazes de desenvolvimento infantil para famílias de baixa renda: intervenções de visitas domiciliares durante a gravidez e a primeira infância 45
HARRIET J. KITZMAN, RN, PHD, FEVEREIRO 2004

©2002-2026 ABILIO | BAIXA RENDA E GRAVIDEZ

Serviços para crianças de baixa renda e suas famílias. Comentários sobre Lipman e Boyle, Kitzman, e Knitzer 52
TAMA LEVENTHAL, PHD, OUTUBRO 2005

©2002-2026 ABILIO | BAIXA RENDA E GRAVIDEZ

Tema financiado por:



©2002-2026 ABILIO | BAIXA RENDA E GRAVIDEZ

Síntese

Qual é sua importância?

Segundo as estatísticas nacionais de 2005, quase 12% das crianças canadenses vivem abaixo do nível de baixa renda. Isto representa 788 mil crianças.[1] A situação de baixa renda é particularmente prevalente em famílias uniparentais chefiadas por mulheres. De acordo com os dados de 2005, 33,4% das famílias desse tipo estão abaixo do limiar inferior de baixa renda. Há consenso entre os pesquisadores de que a pobreza agrava o estresse enfrentado por todas as famílias e pode ter um efeito negativo sobre o desenvolvimento das crianças. Os riscos de resultados negativos para a criança e a probabilidade de condições precárias de vida são sensivelmente maiores para crianças que vivem em famílias com renda anual inferior a $30 mil.[2]

O que sabemos?

Uma vez que a renda familiar pode mudar ao longo do tempo, os pesquisadores reconhecem *dois tipos de situações de baixa renda*, um transitório e o outro persistente. A situação de baixa renda persistente, ou simplesmente *pobreza de longo prazo*, tem-se revelado mais prejudicial do que a pobreza de curto prazo. E quando a situação de pobreza ocorre nos primeiros anos de vida, também parece ser mais prejudicial do que quando ocorre em anos posteriores da infância.

A situação de baixa renda familiar tem sido consistentemente associada a QI baixo e fracasso escolar precoce. Foi relacionada também a diversos problemas infantis, entre os quais apego inseguro, humor negativo e desatenção, assim como outros problemas comportamentais. Diversos fatores associados à pobreza podem exercer uma *influência negativa* sobre o desenvolvimento social e emocional da criança: falta de apoio comunitário, uniparentalidade, baixo nível educacional dos pais, depressão materna, nutrição, baixo peso ao nascer e saúde do bebê são apenas algumas dessas variáveis. Na verdade, quando os pesquisadores levam em conta esses fatores associados, a baixa renda familiar, em si mesma, parece ter pouco *efeito causal* sobre o desenvolvimento social e comportamental nos primeiros anos de vida.

O que pode ser feito?

Dessa forma, embora a melhoria do status econômico das famílias promova resultados mais positivos para o desenvolvimento cognitivo e o desempenho acadêmico das crianças, serviços diretos e *intervenções* terapêuticas podem ser uma alternativa comparativamente mais promissora para a promoção do desenvolvimento psicossocial das crianças e a redução de problemas comportamentais. A chave parece ser a *intervenção precoce*. *Visitas domiciliares* são uma das formas pelas quais diversos serviços podem ser oferecidos a famílias de baixa renda. Estão surgindo evidências de que o impacto de programas de visitas domiciliares de alta qualidade e multidimensionais persiste por mais tempo depois do término da intervenção. As famílias estabelecem uma trajetória de vida diferente, com maior espaçamento entre os partos, menor dependência da assistência social e mais saúde e bem-estar entre as crianças. As visitas domiciliares, particularmente quando combinadas com cuidados oferecidos em um centro de atendimento, têm apresentado bons resultados na redução de problemas comportamentais das crianças. Dois importantes programas baseados em instituições que demonstraram *efeitos de longo prazo* sobre o comportamento das crianças são *Perry Preschool* e *Head Start*. Ainda são necessárias mais pesquisas para determinar quais *componentes dos programas* são essenciais, e quais produzem maior impacto no longo prazo. Da mesma forma, são necessárias mais pesquisas para descobrir de que maneira o funcionamento dos programas produz seus efeitos de longo prazo – se isso se deve a melhor qualidade do cuidado, aumento dos recursos pessoais da mãe, melhor funcionamento da família, aumento de recursos econômicos, ou todos esses fatores.

Outros serviços e políticas que tendem a ter *efeitos positivos* sobre o ambiente e o desenvolvimento das crianças incluem os programas de suplementação alimentar para gestantes e os programas de subsídios habitacionais. Apesar desses resultados de pesquisa promissores, os *serviços de intervenção* nem sempre estão disponíveis na prática. Por exemplo, não são tão facilmente acessíveis em áreas rurais como em áreas urbanas do Canadá, e também não são tão facilmente acessíveis nas regiões mais ao norte quanto no sul do país. Os pesquisadores afirmam que a promoção da compreensão dos pais ou cuidadores sobre o desenvolvimento normal e o desenvolvimento problemático das crianças, assim como o aumento do que chamam de *percepção dos serviços*, ou suas crenças e expectativas sobre os serviços sociais são fatores importantes para garantir que os serviços sejam procurados pelas famílias que precisam deles. Sugerem também a redução dos obstáculos relativos à acessibilidade ao serviço por meio do provimento de cuidados infantis, auxílio para custos de transporte, diversificação dos locais e épocas de oferecimento dos programas, programas gratuitos ou de baixo custo, e esforços de ajustamento a diferenças de letramento, idiomáticas e culturais.

Os pesquisadores reivindicam aumento de *financiamento* para intervenções que ajudariam crianças de baixa renda cujo desenvolvimento pode ficar comprometido por fatores familiares e ambientais de risco. Além disso, pedem mais avaliações dos serviços de intervenção, especialmente diante do fato de que estes são implementados em contextos de que não correspondem ao contexto ideal do mundo real. A *avaliação dos programas* deve ter bases teóricas, utilizar métodos rigorosos e focalizar os resultados emocionais, sociais e comportamentais das crianças.

Referências

1. Statistics Canada. Income in Canada 2005. Catalogue no. 75-202-XIE.
2. Ross DP, Roberts P. Income and child well-being: A new perspective on the poverty debate. Ottawa: Canadian Council on Social Development; 1999.

Avaliando programas de intervenção na primeira infância. Comentários sobre Kitzman, Knitzer, e Lipman e Boyle

Pamela Kato Klebanov, PhD

National Center for Children and Families Teachers College, Columbia University, EUA

Janeiro 2005

Introdução

Nos últimos anos, diversos analistas avaliaram os efeitos de programas de educação na primeira infância (EPI).[1-6] A maior parte das pesquisas focalizou os ganhos em desenvolvimento cognitivo, e não em desenvolvimento do comportamento.[6] Em conjunto, esses resultados sugerem que programas de EPI baseados em instituições e iniciados nos primeiros anos de vida resultaram nas melhorias mais consistentes nos resultados cognitivos e comportamentais das crianças.[1,2,5]

Estes artigos examinam os efeitos de programas de intervenção na primeira infância sobre o desenvolvimento social e emocional de crianças pequenas de famílias de baixa renda. Knitzer oferece uma revisão geral das intervenções, Kitzman focaliza os resultados de programas de visitas domiciliares, e Lipman e Boyle focalizam obstáculos aos serviços para crianças canadenses. Em conjunto, esses artigos destacam a necessidade de focalizar os resultados comportamentais e emocionais de crianças pobres, de avaliar com maior rigor a intensidade dos programas, de dar atenção ao estudo de problemas relacionados ao abandono dos programas, e de acompanhar as crianças no longo prazo.

Pesquisas e conclusões

Esses artigos salientam a diversidade das intervenções realizadas nas últimas décadas. Chama a atenção o fato de reduções nos problemas comportamentais serem geralmente encontradas nas diferentes modalidades de programas. A redução de problemas comportamentais na infância dura pelo menos seis meses a um ano depois da intervenção. Embora a maioria dos estudos tenha focalizado efeitos no curto prazo, acredito que há pesquisas notórias que envolvem efeitos no longo prazo, tais como o projeto *High/Scope Perry Preschool*, que encontrou efeitos sobre a delinquência aos 14 anos de idade e menos envolvimento com o sistema de justiça criminal aos

19 e aos 27 anos.[5,7] Dados retrospectivos do *Head Start* também mostram que crianças que frequentaram este programa foram menos propensas a ser acusadas de crimes na idade adulta.[8]

Em segundo lugar, quando realizados como medida isolada, programas de visitas domiciliares demonstraram efeitos menos consistentes para as crianças. Estes programas tendem a ser mais orientados para os pais e, portanto, tiveram mais sucesso na modificação do comportamento parental. Mas há exceções. O Programa de Visitas Domiciliares por Enfermeiras (*Nurse Family Partnership*) gerou efeitos não só para mães, mas também para comportamentos de crianças acima de 10 anos de idade.[9] Entretanto, a combinação de visitas domiciliares com cuidados baseados em instituições teve mais sucesso na redução de problemas comportamentais das crianças.[10,11]

Em terceiro lugar, embora as intervenções tenham tido efeito sobre o comportamento parental, Knitzer, particularmente, verifica que não houve mudanças correspondentes na depressão materna. Eu acredito, ao contrário, que os estudos demonstraram efeitos sobre a depressão materna. Quando são examinados os resultados de programas que utilizaram atribuição aleatória a grupos e ofereceram serviços orientados para a família por meio de visita domiciliar, as mães que receberam o tratamento relataram menos sentimento depressivo.[9,12-16] A meu ver, o que merece exame é se características maternas como a depressão medeiam a associação entre o tratamento e os problemas comportamentais das crianças. Até o momento, poucos estudos examinaram diretamente essa questão. [16-19]

Embora haja consenso de que as famílias expostas a riscos múltiplos são as que têm maior probabilidade de se beneficiar de programas de intervenção, essa população não é atendida com frequência. A maior parte do trabalho consistiu em intervenções gerais que promovem o bem-estar da criança e da família. No entanto, mesmo que sejam atendidas, famílias em situação de risco têm maior probabilidade de abandonar o programa e menos propensão a participar dele. Como apontado por Lipman e Boyle, a disponibilidade de serviços em vizinhanças carentes, a acessibilidade aos serviços e os obstáculos psicológicos a eles constituem desafios para a pesquisa. Por fim, uma questão que se reflete nesses artigos e na literatura de pesquisa refere-se à possibilidade de uma intervenção ser eficaz diante de riscos familiares múltiplos, e de que maneira isso se dá.[20] Os autores apontam, no entanto, o fato de que programas multidimensionais têm mais sucesso do que programas unidimensionais.

Implicações para desenvolvimento e políticas

Estas revisões sinalizam a necessidade de pesquisas coerentes. A diversidade de intervenções realizadas dificulta qualquer conclusão sólida sobre o que funciona, e por quê. Os estudos precisam oferecer uma documentação mais cuidadosa de informações, tais como o tempo gasto nas diversas atividades, e apoiar-se na mesma abordagem curricular em diferentes situações. Os esforços de pesquisa existentes podem melhorar se avaliarem inicialmente a intensidade do programa e o engajamento da família. Até o momento, poucos estudos examinaram de que forma a quantidade de intervenção recebida influencia os efeitos desses programas. Há duas maneiras de analisar se há um número mínimo de visitas necessário para produzir efeitos: pela comparação entre aqueles que utilizaram a intervenção e aqueles que não a utilizaram, ou pela mensuração da forma pela qual o nível relativo de participação prediz o tamanho dos efeitos do tratamento. Algumas avaliações diferentes utilizaram essas abordagens para mostrar que os efeitos do programa dependem do nível de participação.[21-26] Assim, programas como visitas domiciliares podem melhorar os resultados das crianças se os serviços forem suficientemente intensivos. Poucos estudos examinaram o engajamento da família no programa de intervenção.[27-28] Entretanto, esses estudos verificaram que o envolvimento da mãe e da criança estava associado a melhores resultados da criança. Além disso, o envolvimento do visitador pode moderar os efeitos da intervenção. Visitadores que ajudam a mãe a aprender habilidades mais adaptativas de resolução de problemas e que se envolvem em sua vida diária tiveram efeitos positivos sobre a saúde emocional.[16]

Para que as intervenções sejam eficazes, é preciso superar os obstáculos físicos e psicológicos aos serviços. Mesmo quando estão disponíveis, os serviços não são acessíveis. Para que os pais utilizem os serviços, precisam de ajuda com o cuidado da criança, transporte e flexibilidade nos horários e localização dos serviços. Alguns estudos enfrentaram com sucesso os problemas de acessibilidade.[29] Lipman e Boyle sugerem que técnicas de pesquisa de mercado podem ser úteis para identificar preferências pelos programas. Ainda que esses obstáculos sejam superados, persistem obstáculos psicológicos. A falta de confiança nos provedores de serviços ou nas instituições da comunidade pode impedir a utilização dos serviços. No caso de problemas comportamentais, os estigmas constituem mais um obstáculo psicológico.

Os futuros programas de intervenção precisam resistir a pressões financeiras. Kitzman argumenta que intervenções que tiveram uma grande diversidade de efeitos exigiram recursos significativos, e que existe uma pressão constante pela redução do volume de recursos envolvidos na implementação. No entanto, economistas como Barnett argumentaram contra o

subinvestimento na infância citando, por exemplo, estudos como o projeto *Perry Preschool*, no qual os benefícios superaram os custos em uma proporção de sete para um.[1,30]

Os programas de intervenção precisam examinar a interrelação entre desenvolvimento social e emocional e sucesso na escola. Eu acrescentaria também que, para complementar as medidas existentes, são necessárias medidas observacionais sobre o engajamento, a persistência e o entusiasmo das crianças em relação às tarefas.

Por fim, os autores sugerem que precisa ser adotada uma visão mais modesta sobre os efeitos dos programas. É necessário reexaminar a questão geral relativa ao que é razoável esperar de qualquer intervenção.[20] Muitas famílias enfrentam situações persistentes de pobreza e múltiplos fatores de risco. Não se pode esperar que uma intervenção isolada modifique significativamente sua trajetória de vida. No entanto, o que é razoável em termos de tamanho dos efeitos? Uma vez que, de maneira geral, os efeitos cognitivos são maiores que os efeitos comportamentais, essa expectativa varia conforme o resultado. O que é razoável em termos de duração do efeito? O que é razoável em termos da amplitude

geral ou do escopo do efeito? Esperam-se efeitos tanto para as crianças quanto para os pais? Esperam-se efeitos nas áreas cognitiva, comportamental e de saúde? De modo geral, concordo com os autores que o campo da intervenção na primeira infância ainda está em seus primórdios quanto à determinação da importância relativa de quaisquer características específicas envolvidas. Entretanto, o fato de que esses programas beneficiam mais as famílias que enfrentam múltiplos riscos indica que vêm cumprindo seu objetivo.

Referências

1. Barnett WS. Long-term effects of early childhood programs on cognitive and school outcomes. *Future of Children* 1995;5(3):25-50.
2. Brooks-Gunn J, McCarton CM, Casey PH, McCormick MC, Bauer C, Bernbaum JC, Tyson J, Swanson M, Bennett FC, Scott DT, Tonascia J, Meinert CL. Early intervention in low-birth-weight premature infants: Results through age 5 years from the Infant Health and Development Program. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1994;272(16):1257-1262.
3. Bryant DM, Maxwell K. The effectiveness of early intervention for disadvantaged children. In: Guralnick MJ, ed. *The effectiveness of early intervention*. Baltimore, Md: P.H. Brookes Publishing; 1997:23-46.
4. Farran DC. Another decade of intervention for children who are low income or disabled: What do we know now? In: Shonkoff JP, Meisels SJ, eds. *Handbook of early childhood intervention*. 2nd ed. New York, NY: Cambridge University Press; 2000:510-548.
5. Karoly LA, Greenwood PW, Everingham SS, Hoube J, Kilburn MR, Rydell CP, Sanders M, Chiesa J. *Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions*. Santa Monica,

Calif: RAND; 1998. Disponível em: http://www.rand.org/publications/MR/MR898/. Acesso em: 11 de Abril de 2005.

6. Yoshikawa H. Long-term effects of early childhood programs on social outcomes and delinquency. *Future of Children* 1995;5(3):51-75.
7. Schweinhart LJ, Barnes HV, Weikart DP, Barnett WS, Epstein AS. *Significant benefits: The High/Scope Perry Preschool Study through age 27*. Ypsilanti, Mich: High/Scope Press; 1993.
8. Garces E, Thomas D, Currie J. Longer term effects of Head Start. *American Economic Review* 2002;92(4):999-1012.
9. Olds DL, Henderson CR, Kitzman HJ, Eckenrode JJ, Cole RE, Tatelbaum RC. Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *Future of Children* 1999;9(1):44-65.
10. Gross RT. Enhancing the outcomes of low-birth-weight, premature infants: A multisite, randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1990;263(22):3035-3042.
11. Kisker EE, Paulsell D, Love JM, Raikes H. *Pathways to quality and full implementation in Early Head Start programs*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2002. Disponível em: http://www.acf.hhs.gov/programs/opre/ehs/ehs_resrch/reports/pathways/pathways.pdf. Acesso em: 11 de Abril de 2005.
12. Barnard KE, Magyary D, Sumner G, Booth CL, Mitchell SK, Spieker SJ. Prevention of parenting alterations for women with low social support. *Psychiatry* 1988;51(3):248-253.
13. Booth CL, Mitchell SK, Barnard KE, Spieker SJ. Development of maternal social skills in multiproblem families: Effects on the mother-child relationship. *Developmental Psychology* 1989;25(3):403-412.
14. Erickson MF, Korfmacher J, Egeland BR. Attachments past and present: Implications for therapeutic intervention with mother infant dyads. *Development and Psychopathology* 1992;4(4):495-507.
15. Olds DL, Henderson CR, Kitzman H. Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics* 1994;93(1):89-98.
16. Klebanov PK, Brooks-Gunn J, McCormick MC. Maternal coping strategies and emotional distress: Results of an early intervention program for low birth weight young children. *Developmental Psychology* 2001;37(5):654-667.
17. Burchinal MR, Campbell FA, Bryant DM, Wasik BH, Ramey CT. Early intervention and mediating processes in cognitive performance of children of low-income African American families. *Child Development* 1997;68(5):935-954.
18. NICHD Early Child Care Research Network. Child care and mother-child interaction in the first 3 years of life. *Developmental Psychology* 1999;35(6):1399-1413.
19. Harnish, JD, Dodge KA, Valente E, Bierman KL, Coie JD, Dodge KA, Greenberg MT, Lochman JE, McMahon RJ. Mother-child interaction quality as a partial mediator of the roles of maternal depressive symptomatology and socioeconomic status in the development of child behavior problems. *Child Development* 1995;66(3):739-753.
20. Brooks-Gunn J. Do you believe in magic?: What we can expect from early childhood interventions programs. *Social Policy Report* 2003;17(1):3-14. Disponível em: http://www.srcd.org/Documents/Publications/SPR/spr17-1.pdf. Acesso em: 11 de Abril de 2005.
21. Brooks-Gunn J, Burchinal M, Lopez M. *Enhancing the cognitive and social development of young children via parent education in the Comprehensive Child Development Program*. National Center for Children and Families, Teachers College, Columbia University; 2002. Manuscript non publié.
22. Hill J, Waldfogel J, Brooks-Gunn J. Differential effects of high-quality child care. *Journal of Policy Analysis and Management* 2002;21(4):601-627.
23. Osofsky JD, Culp AM, Ware LM. Intervention challenges with adolescent mothers and their infants. *Psychiatry* 1988;51(3):236-241.

24. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR, Hanks C, Cole R, Tatelbaum R, McConnochie KM, Sidora K, Luckey DW, Shaver D, Engelhardt K, James D, Barnard K. Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing trial: A randomized controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):644-652.

25. Ramey CT, Bryant DM, Wasik BH, Sparling JJ, Fendt KH, LaVange LM. Infant Health and Development Program for low birth weight, premature infants: Program elements, family participation, and child intelligence. *Pediatrics* 1992;89(3):454-465.

26. Sparling JJ, Lewis I, Ramey CT, Wasik BH, Bryant DM, LaVange LM. Partners: A curriculum to help premature, low birthweight infants get off to a good start. *Topics in Early Childhood Special Education* 1991;11(1):36-55.

27. Berlin LJ, O'Neal CR, Brooks-Gunn J. What makes early intervention programs work? The program, its participants, and their interaction. *Zero to Three* 1998;18(4):4-15.

28. Liaw FR, Meisels SJ, Brooks-Gunn J. The effects of experience of early intervention on low birth weight, premature children: The Infant Health & Development Program. *Early Childhood Research Quarterly* 1995;10(4):405-431.

29. Constantine WL, Haynes CW, Spiker D, Kendall-Tackett K, Constantine NA. Recruitment and retention in a clinical trial for low birth weight, premature infants. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1993;14(1):1-7.

30. Gomby DS, Larner MB, Stevenson CS, Lewit EM, Behrman RE. Long-term outcomes of early childhood programs: Analysis and recommendations. *Future of Children* 1995;5(3):6-24.

Intervenções para a promoção de desenvolvimento social e emocional saudável em crianças de baixa renda

Jane Knitzer, Ed.D.

Columbia University, EUA

Maio 2003

Introdução

Recentemente houve uma explosão no conhecimento a respeito da importância dos primeiros anos de vida para a criação do cenário do desenvolvimento de habilidades e capacidades sociais e emocionais de crianças pequenas. É a partir dessas experiências e relações iniciais que as crianças desenvolvem – ou deixam de desenvolver – a capacidade de confiar nos outros e de regular emoções e comportamentos sociais. Essas habilidades, por sua vez, estão relacionadas ao sucesso escolar.

Tanto evidências empíricas quanto evidências a partir de situações individuais sugerem que, nos Estados Unidos, crianças pequenas de famílias de baixa renda têm probabilidade desproporcionalmente maior de vivenciar problemas para o domínio de habilidades sociais e emocionais. Em todo o país, chega a um terço a proporção das crianças em idade pré-escolar que estão em situação de risco em função de um fator demográfico, e 16% em função de dois ou mais desses fatores. Os números são ainda muito mais altos para crianças pertencentes a minorias e para aquelas que vivem em zonas urbanas.1 Pesquisas baseadas em relatos de professores sugerem que cerca de 10% de todas as crianças em idade pré-escolar não desenvolveram as habilidades sociais e emocionais desejáveis. Pesquisas com crianças de baixa renda sugerem que cerca de 25% a pouco mais de 30% não desenvolveram essas habilidades. Relatos de professores expressam uma grande preocupação quanto ao comportamento das crianças sob seus cuidados. Relatos de todo o país revelam também que um número desconhecido de crianças chega a ser convidado a retirar-se da creche devido a seus problemas comportamentais. Crianças pequenas em ambientes de baixa renda também manifestam distúrbios em níveis clínicos, com taxas de prevalência comparáveis às de crianças mais velhas. Ao lado da preocupação generalizada de cuidadores e de professores de crianças em idade pré-escolar a respeito de comportamentos agressivos, retraídos ou de alguma outra forma desafiadores, dados como aqueles estimularam a

proliferação de políticas e, em menor grau, de interesses de pesquisa sobre a eficácia de intervenções para ajudar famílias de baixa renda e outros cuidadores na promoção de desenvolvimento socioemocional saudável em crianças pequenas.

Problemas

Embora as pesquisas apresentem um quadro muito claro e convincente sobre os fatores de risco que estão associados a resultados socioemocionais precários em crianças pequenas – particularmente fatores de risco ligados a práticas parentais, como a utilização de disciplina demasiadamente severa, falta de afeto, depressão materna, abuso de drogas e violência doméstica - têm sido alocados poucos recursos para intervenções ou para pesquisas. Tem havido um investimento limitado no financiamento de intervenções para auxiliar crianças de baixa renda cujo desenvolvimento (especialmente o desenvolvimento social e emocional) pode estar comprometido por fatores familiares ou ambientais de risco, que as expõem ao fracasso escolar precoce.[2] É limitado também o financiamento de serviços para crianças com problemas em nível clínico.[3,4]

Contexto de pesquisa

Embora a qualidade das pesquisas nesta área seja variável, há uma extensa produção de literatura na área da pesquisa sobre intervenções gerais que promovem o bem-estar da criança e, frequentemente, da família, por meio de programas de visitas domiciliares, desenvolvimento da criança e apoio à família.[5] No entanto, esses estudos incluem, no máximo, algumas análises do impacto de intervenções gerais sobre crianças que apresentam sinais específicos de comportamentos problemáticos, que não têm habilidades sociais ou cujas famílias estão sob vários fatores de risco. Há também pesquisas que demonstram que o cuidado em creches de boa qualidade, em contextos em que as educadoras têm relações afetuosas e cuidadosas com as crianças, promove melhores resultados cognitivos, linguísticos e socioemocionais, embora as pesquisas também evidenciem que crianças de baixa renda têm menor probabilidade de frequentar esses contextos do que seus pares que vivem em famílias mais abastadas.[6]

Mais recentemente, foram financiados diversos estudos de intervenção (muitos dos quais ainda estão em andamento) para examinar o impacto de estratégias planejadas para a abordagem a questões sociais e emocionais. Esses estudos situam-se em geral em uma de três categorias. O primeiro grupo de estudos testa o impacto de currículos de habilidades sociais e emocionais

especialmente planejados e para serem utilizados em sala de aula. O segundo grupo é semelhante à geração anterior de estudos, que avaliam programas mais genéricos, mas dá mais atenção a medidas e resultados relacionados à área socioemocional, envolve intervenções mais explicitamente planejadas para utilização com base em relações e inclui mais análise dos níveis de risco em subpopulações. Os exemplos incluem avaliações durante a aplicação de uma intervenção que focaliza todas as crianças e famílias (*Healthy Steps*[7]) ou todas as crianças de baixa renda (*Early Head Start*[8]). O terceiro grupo testa o impacto da gestão de casos gerais/intervenções de saúde mental para crianças identificadas em contextos de creche e de atenção primária à saúde, e as vezes em contextos que atendem maior número de crianças em situação de alto risco, como abrigo para a população sem teto. Surge também um conjunto de pesquisas que exploram em maior profundidade as maneiras pelas quais os comportamentos sociais e emocionais impactam o sucesso ou o fracasso escolar.[9]

Questões-chave de pesquisa

Nessas intervenções atuais, as questões de pesquisa focalizam em grande parte a avaliação de efeitos de curto prazo de uma intervenção específica sobre os resultados alcançados pela criança, particularmente aqueles relacionados à prontidão para a escola e ao sucesso no início da escolarização. Em menor medida, alguns esforços têm sido empreendidos para rastrear a redução de depressão parental, a utilização de serviços (tais como abuso de drogas) e as mudanças nas práticas disciplinares dos pais. Os esforços para avaliar o impacto de intervenções intencionais, como estratégias de consulta de saúde mental voltadas a cuidadores que não os pais, são mais limitados, embora muitos investimentos de campo relacionem-se a essas estratégias.

Resultados de pesquisas recentes

Esta seção resume os resultados dos estudos referidos acima. Embora promissora, a pesquisa sobre currículos de habilidades sociais para crianças pequenas envolve, de modo geral, amostras pequenas, e carece de acompanhamento longitudinal. É questionável se as provisões recomendadas são suficientemente sólidas para lidar com os níveis de risco a que estão expostas muitas crianças de baixa renda. As intervenções mais promissoras nesta área são as experiências com habilidades sociais que incluem, além das crianças, pais e professores.[10] Pesquisas sobre estratégias mais genéricas com foco em crianças em situação de alto risco apresentam resultados mais promissores. Pesquisas sobre o *Head Start*, por exemplo, encontraram mudanças

positivas no comportamento dos pais e em medidas cognitivas e comportamentais da criança aos 3 anos de idade. No entanto, famílias carentes, vulneráveis, em situação de alto risco, não alcançam os resultados desejados. Também são promissoras intervenções em locais diversificados, baseadas em princípios de apoio para o fortalecimento familiar e de gestão de casos. A pesquisa *Starting Early Starting Smart*[11], por exemplo, evidenciou mais progressos comportamentais e em desenvolvimento de linguagem nas crianças do grupo de intervenção do que naquelas do grupo controle. Foi notável também um aumento acentuado da utilização de serviços parentais relacionados ao abuso de drogas.

Conclusões

Tendo em vista o número muito limitado de pesquisas nesta área, é difícil tirar conclusões suficientemente seguras, e muitos resultados ainda não foram publicados. No entanto, alguns aspectos parecem claros:

1. Estudos cuidadosos sobre intervenções mostram redução em comportamentos problemáticos das crianças por pelo menos de seis meses a 12 meses após a intervenção.[12]
2. No caso de bebês e crianças pequenas, programas de visitas domiciliares não mostraram os impactos previstos, e existe certa preocupação de que as famílias mais vulneráveis sejam justamente as menos propensas a permanecer nesses programas.
3. No caso de crianças em idade pré-escolar, as intervenções mais promissoras envolvem também famílias e cuidadores que utilizam as mesmas estratégias.
4. Apesar do alto nível de depressão materna em meio a populações de baixa renda, as intervenções que evidenciam mudanças em práticas parentais e/ou em resultados para a criança normalmente não apresentam mudanças nos níveis de depressão materna. (Este fato é problemático, uma vez que o impacto negativo da depressão materna tem sido substanciado por evidências claras, não apenas em relação a comportamentos sociais e emocionais, mas também ao comportamento cognitivo).
5. Embora sejam poucas as intervenções baseadas em evidências, os profissionais, pressionados pela necessidade, têm criado novas abordagens para responder aos desafios sociais e emocionais das crianças e famílias que atendem. Por exemplo, em algumas comunidades, os programas *Early Head Start* estão elaborando intervenções mais intensivas para famílias muito vulneráveis (por exemplo, aquelas punidas com prisão por abuso de drogas). Esses esforços, no entanto, raras vezes são submetidos a avaliações formais.

Implicações

A implicação mais clara da pesquisa atual sobre desenvolvimento é a importância do investimento em esforços para a promoção de relações saudáveis e de desenvolvimento social e emocional para crianças pequenas. O fracasso desses esforços custa caro tanto para as crianças quanto para a sociedade. Uma segunda implicação é que há necessidade de uma agenda coerente de pesquisa nessa área, incluindo o desenvolvimento e o teste de intervenções fundamentadas teoricamente para abordar problemas de relacionamento vividos por bebês, crianças pequenas e crianças em idade pré-escolar no contexto da família e em experiências fora do lar. Uma terceira implicação é que há necessidade de pesquisas que examinem o nexo entre desenvolvimento socioemocional e sucesso escolar, tendo em vista a importância de bons resultados na escola para crianças de baixa renda. A mesma atenção deve ser dirigida à qualidade das experiências pré-escolares e escolares iniciais, particularmente no sentido de auxiliar os professores a lidar com crianças que apresentam comportamentos desafiadores.

Referências

1. Zill N, West J. *Findings from the condition of education, 2000*: *Entering kindergarten*. Washington, DC: U.S. Department of Education; 2001. NCES2001-035. Disponible sur le site: http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2001035. Page consultée le 06 août 2003.
2. Campbell FA, Pungello EP, Miller-Johnson S, Burchinal M, Ramey CT. The development of cognitive and academic abilities: Growth curves from an early childhood educational experiment. *Developmental Psychology* 2001;37(2):231-242.
3. Knitzer, J. *Promoting resilience: Helping young children and parents affected by substance abuse, domestic violence, and depression in the context of welfare reform.* New York, NY: The National Center for Children in Poverty, Mailman School of Public Health, Columbia University; 2000. *Children and welfare reform issue brief* 8. Disponible sur le site: http://www.nccp.org/pub_cwr00h.html. Page consultée le 06 août 2003.
4. Johnson K, Knitzer J, Kaufmann R. *Making dollars follow sense: Financing early childhood mental health services to promote healthy social and emotional development in young children*. New York, NY: The National Center for Children in Poverty, Mailman School of Public Health, Columbia University; 2002. *Promoting the emotional well-being of children and families*, Policy paper no.4. Disponible sur le site: http://www.nccp.org/pub_pew02d.html. Page consultée le 06 août 2003.
5. Yoshikawa H. Long-term effects of early childhood programs on social outcome and delinquency. *Future of Children* 1995;5(3):51-75.
6. Phillips DA, Voran M, Kisker E, Howes C, Whitebook M. Child care for children in poverty: Opportunity or inequality? *Child Development* 1994;65(2):472-492.
7. The Commonwealth Fund. Child health and development: Healthy Steps for Young Children Program – Assuring Better Child Health and Development (ABCD). Disponible sur le site: http://www.jhsph.edu/WCHPC_/Projects/Healthy_Steps/healthystepsprog.html. Page consultée le 31 août 2004.
8. Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. *Making a difference in the lives of infants and toddlers and their Families: The impacts of Early Head Start*. Washington, DC: Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services; 2002. Disponible sur le site: http://www.mathematica-mpr.com/earlycare/ehstoc.asp. Page consultée le 31 août 2004.

9. Raver CC, Knitzer J. *Ready to enter: What research tells policymakers about strategies to promote social and emotional school readiness among three- and four-year-old children*. New York, NY: The National Center for Children in Poverty, Mailman School of Public Health, Columbia University; 2002. *Promoting the emotional well-being of children and families*, Policy paper no.3. Disponible sur le site: http://www.nccp.org/pub_pew02c.html. Page consultée le 06 août 2003.
10. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in head start. *Journal of Clinical Child Psychology* 2001;30(3):283-302.
11. Casey Family Programs and the U.S. Department of Health and Human Services. *The Starting Early Starting Smart Story*. Washington, DC: Casey Family Programs and the U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2001. Disponible sur le site: http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/bkd435/. Page consultée le 2 novembre 2007.
12. Webster-Stratton C, Taylor T. Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). *Prevention Science* 2001;2(3):165-192.

Baixa renda e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial da criança

[1]**Michael Weitzman, MD,** [2]**Lily Lee**

[1,2]New York University School of Medicine e College of Global Public Health, EUA & [2]Brooklyn College, EUA

Fevereiro 2017, Éd. rév.

Introdução

Há uma extensa produção literária que sustenta a teoria de que a pobreza familiar afeta adversamente a saúde, a capacidade intelectual, as realizações acadêmicas e o comportamento da criança.[1-32] Em contraste, há um número crescente de trabalhos que demonstram de que forma, diversas políticas e intervenções podem atenuar a influência negativa da pobreza sobre o desenvolvimento infantil.[33-58]

Do que se trata

A maior parte da pesquisa neste campo focalizou:

a. Avaliações estatísticas das relações entre pobreza familiar e desenvolvimento psicossocial na infância
b. Modificações dessas relações por fatores ocultos/que geram confusão
c. Identificação dos mecanismos pelos quais a pobreza exerce sua influência negativa
d. Definição de quais intervenções clínicas e políticas públicas têm maior probabilidade de atenuar os efeitos deletérios da pobreza sobre o desenvolvimento psicossocial da criança.

Problemas

Os problemas-chave nesta área de investigação são:

a. Determinar os mecanismos e caminhos pelos quais a pobreza produz efeitos negativos
b. Separar os efeitos da pobreza familiar dos efeitos de viver em comunidades empobrecidas

c. Fazer distinção entre os efeitos da pobreza e dos diversos fatores interferentes associados a ela

d. Estabelecer até que ponto a intensidade e a duração da situação de pobreza afetam, respectivamente, o negativo desenvolvimento psicossocial na infância

e. Identificar os efeitos benéficos a longo prazo de políticas e programas destinados a atenuar os efeitos negativos da pobreza sobre as crianças.

Contexto de pesquisa

As pesquisas nesta área incluem estudos observacionais transversais e longitudinais sobre os efeitos da pobreza, bem como a atribuição aleatória a condições diferentes e a investigação de resultados das intervenções a curto prazo e a longo prazo (mais importantes, porém mais difíceis de verificar). Evidentemente, a natureza da questão exclui a atribuição aleatória de grupos de sujeitos a condições de pobreza *versus* condições de não pobreza, e estudos com animais não podem ser utilizados para corroborar, ampliar ou explicar resultados de estudos epidemiológicos.

Questões-chave de pesquisa

As questões-chave de pesquisa nesta área são:

a. Quais são os mecanismos e os caminhos pelos quais a pobreza exerce um efeito negativo sobre o desenvolvimento psicossocial da criança?

b. Quais programas e políticas atenuam os efeitos negativos da pobreza sobre o desenvolvimento psicossocial da criança?

Resultados de pesquisas recentes

Entre os principais fatores interferentes e caminhos pelos quais a pobreza exerce uma influência negativa sobre o desenvolvimento psicossocial da criança, encontramos:

- fatores da comunidade, tais como escolas, vizinhança, influência de pares, escassez de oportunidades de trabalho, custo de alimentos e outros bens essenciais, e exposição a estresse e violência;[16,36,38]
- famílias uniparentais (a feminização da pobreza, bem como os efeitos psicossociais adversos do divórcio e da supervisão diária de atividades apenas por um adulto);

- baixa idade materna na ocasião do parto;
- baixo nível educacional da mãe;[2,3,7,15]
- famílias numerosas;
- aleitamento materno;
- depressão materna;[17,22,51]
- depressão paterna;[31,32]
- obesidade;[30]
- tabagismo,[21] e exposição à fumaça de cigarro (fumante passivo);[57]
- estilo parental autoritário;
- intoxicação das crianças por chumbo;[54,55]
- deslocamentos frequentes da família ou falta de abrigo (família sem teto);
- baixo peso ao nascer,[2,3,6,10,13,14] e as complicações e tratamentos decorrentes, inclusive utilização de corticosteroides para a prevenção de displasia broncopulmonar;[5]
- subnutrição (ou, de forma mais geral, insegurança alimentar)[9,24,27,28] falhas do crescimento (ganho de peso inferior à taxa esperada durante os dois primeiros anos de vida) e deficiência de ferro;[24,27,28]
- maior prevalência e gravidade de problemas crônicos de saúde, como a asma;[19,20]
- incarceramento parental ou adolescente;[29]
- uso de droga psicoativa, como opióides;[26]
- transtorno de estresse pós-traumático.[25,28]

Os efeitos neurocognitivos da intoxicação por chumbo, das falhas do crescimento e, possivelmente, da deficiência de ferro e outros problemas precoces de saúde na infância parecem ser ampla ou totalmente irreversíveis. Todos esses fatores constituem um argumento forte a favor da implementação de estratégias eficazes de prevenção primária. Além disso, crianças economicamente desfavorecidas com baixo peso ao nascer[18] e intoxicação por chumbo [54,55] parecem sofrer maiores prejuízos cognitivos do que seus pares de famílias economicamente mais privilegiadas. Na verdade, esses resultados podem aplicar-se igualmente aos efeitos de outras condições crônicas.

Foi demonstrado que a pobreza está associada independentemente a QI mais baixo;[2] a fracasso escolar precoce, repetência, suspensão e evasão escolar;[3] a taxas mais altas de problemas comportamentais;[7] e a falta de acesso a serviços de saúde mental quando se manifestam problemas comportamentais. Até o momento, as associações entre pobreza, redução de capacidades intelectuais e realizações acadêmicas foram mais solidamente demonstradas do que as associações entre pobreza, taxas mais altas de problemas comportamentais e problemas de saúde mental.[2] Além disso, a pobreza persistente (de longa duração) é mais prejudicial do que a pobreza por períodos curtos, e a pobreza na primeira infância e nos anos pré-escolares parece ser mais prejudicial do que a pobreza em anos mais tardios da infância.[2] Estudos recentes sugerem que crescer em situação de pobreza leva a mudanças sistemáticas no desenvolvimento cerebral. Essas mudanças envolvem o córtex pré-frontal e afetam as chamadas funções executivas, tais como autorregulação, planejamento e controle emocional.[51]

As evidências sugerem que diversas políticas públicas e clínicas são eficazes para o enfrentamento de fatores associados à pobreza e que prejudicam o desenvolvimento das crianças. Essas políticas incluem o provimento de programas de intervenção precoce,[33-37,40,41,50] especialmente programas abrangentes de desenvolvimento infantil inicial, baseados em centros de atendimento e com financiamento público. Esse tipo de programa mostrou-se eficaz na prevenção de retardos de desenvolvimento, na redução da repetência e na alocação mais rápida em contextos de educação especial. Demonstrou-se que programas de suporte nutricional, como os programas de suporte alimentar para mulheres grávidas e para bebês, e programas de nutrição escolar, como o programa de desjejum na escola, reduziram as taxas de baixo peso ao nascer,[39] deficiência de ferro,[48,49,52] e baixo desempenho escolar.[42] Visitas domiciliares de enfermeiras foram associadas a melhorias em várias medidas de qualidade do ambiente doméstico e a resultados do desenvolvimento infantil.[44] Eles têm demonstrado reduzir o comportamento maternal adverso relacionado à saúde, melhorar o status de desenvolvimento das crianças que nasceram com baixo e a interação parental com as crianças.[52] A iniciativa Bright Futures, criada pela American Academy of Pediatrics, proporciona aos especialistas clínicos dirtrizes e recomendações para dar suporte ao tratamento preventivo da qualidade em todas as etaâs da infância.[53,56] Programas de subsídio habitacional para famílias de baixa renda, que fornecem vales-aluguel a serem utilizados no mercado imobiliário privado, permitem mais opções para as famílias quanto ao local onde querem morar, o que resulta em aumento de segurança na vizinhança e redução da exposição à violência.[36]

Conclusão

Uma extensa produção de pesquisas demonstrou os efeitos deletérios da pobreza familiar sobre múltiplos aspectos do desenvolvimento psicossocial da criança. Mas embora tenham sido identificados muitos caminhos e fatores interferentes associados à influência da pobreza sobre o desenvolvimento infantil, ainda há muito a descobrir. Além disso, a literatura evidencia os benefícios comprovados ou prováveis de políticas públicas e práticas clínicas para o desenvolvimento psicossocial de crianças que crescem em situação de pobreza.

Implicações para políticas e serviços

As intervenções que se mostraram eficazes para crianças em situação de pobreza incluem:

a. O *Head Start* (EUA) e programas de intervenção precoce para bebês que nasceram prematuramente e para pré-escolares fisicamente saudáveis de famílias de baixa renda. Políticas que aumentem a participação nesses programas e a qualidade de seus serviços tendem a produzir efeitos benéficos sobre o desenvolvimento infantil.

b. Demonstrou-se que programas de suplementação alimentar como o WIC – *Women, Infants and Children´s Program*, EUA (Programa para mulheres, bebês e crianças) reduzem a incidência de baixo peso ao nascer e de deficiência de ferro, e que programas de nutrição escolar, como o programa de desjejum na escola, melhoram os escores em testes padronizados de realização acadêmica.

c. Demonstrou-se também que visitas domiciliares de enfermeiras resultam em melhorias em diversas medidas de qualidade dos ambientes domésticos.

d. Programas de subsídio habitacional resultam em aumento de segurança na vizinhança e reduzem a exposição à violência.

e. Políticas que diminuem a exposição da criança à poeira das casas contaminadas por chumbo promovem o desenvolvimento saudável.

Embora não tenhamos encontrado estudos que corroborem a eficácia dos serviços e programas, listados a seguir, na melhoria do funcionamento psicossocial das crianças, sustentamos que são propensos a ter diversos efeitos positivos sobre o desenvolvimento infantil:

a. Políticas habitacionais que reduzam os deslocamentos frequentes das famílias ou a falta de abrigo para crianças beneficiam as crianças física e psicologicamente. Políticas que reduzam a exposição de crianças a moradias contaminadas por poeira de chumbo

promovem um desenvolvimento saudável.

b. Serviços para o abandono do tabagismo por mulheres grávidas e pais, impostos mais altos sobre cigarros e proibição do fumo em áreas públicas reduzem a exposição pré-natal e a exposição passiva de crianças à fumaça de cigarro, que parece ser um neurotóxico poderoso.

c. A melhoria do acesso a cuidados de saúde de boa qualidade tende a ter efeitos positivos significativos no desenvolvimento geral de crianças de baixa renda.

d. Uma melhor integração entre os serviços de saúde e outros serviços orientados para a criança e a família garante a continuidade dos cuidados.[49] Frequentemente, o único setor de serviços de atendimento às pessoas que interage regularmente com pais de baixa renda e com seus filhos nos primeiros anos de vida é o sistema de cuidados primários de saúde. O desenvolvimento de melhores abordagens clínicas e de sistemas de saúde que resultem em identificação, triagem, encaminhamento e tratamento precoces de problemas crônicos de saúde física, de nutrição e de desenvolvimento tende a promover o desenvolvimento das crianças.

e. Serviços voltados para a identificação e o tratamento da depressão parental e de outros problemas de saúde mental tendem a promover a saúde mental tandos dos pais como das mães e de seus filhos.

Referências

1. Baydar N, Brooks-Gunn J, Furstenberg FF Jr. Early warning signs of functional illiteracy: predictors in childhood and adolescence. *Child Development* 1993;64(3):815-829.
2. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future of Children* 1997;7(2):55-71.
3. Byrd RS, Weitzman ML. Predictors of early grade retention among children in the United States. *Pediatrics* 1994;93(3):481-487.
4. Children's Defense Fund (US). *Wasting American's future: the Children's Defense Fund report on the costs of child poverty*. Boston, MA: Beacon Press; 1994.
5. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn and the Canadian Paediatric Society Fetus and Newborn Committee, Postnatal corticosteroids to treat or prevent chronic lung disease in preterm infants. *Pediatrics* 2002;109(2):330-338.
6. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, eds. *Consequences of growing up poor*. New York, NY: Russell Sage Foundation; 1997.
7. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, Klebanov PK. Economic deprivation and early childhood development. *Child Development* 1994;65(2):296-318.
8. Goldberg D, Failure of birth data to predict early school difficulties among inner-city first graders. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1995;72(1):153-154.

9. Gortmaker SL, Walker DK, Weitzman M, Sobol AM. Chronic conditions, socioeconomic risks, and behavioral problems in children and adolescents. *Pediatrics* 1990;85(3):267-276.

10. Gross D, Conrad B, Fogg L, Willis L, Garvey C. A longitudinal study of maternal depression and preschool children's mental health. *Nursing Research* 1995;44(2):96-101.

11. Hack M, Breslau N, Aram D, Weissman B, Klein N, Borawski-Clark E. The effect of very low birth weight and social risk on neurocognitive abilities at school age. *J Dev Behav Pediatr* 1992;13(6):412-420.

12. Halterman JS, Kaczorowski JM, Aligne CA, Auinger P, Szilagyi PG. Iron deficiency and cognitive achievement among school-aged children and adolescents in the United States. *Pediatrics* 2001;107(6):1381-1386.

13. Hertzman C. Population health and child development: a view from Canada. In: Income, socioeconomic status, and health: exploring the relationships. Auerbach JA, Krimgold BK, eds. Washington, D.C.: National Policy Association: Academy for Health Services Research and Health Policy; 2001:44-55.

14. Hollomon HA, Scott KG. Influence of birth weight on educational outcomes at age 9: the Miami site of the Infant Health and Development Program. *J Dev Behav Pediatr* 1998;19(6):404-410.

15. Klerman L. Alive and well: a research and policy review of health programs for poor young children? New York, NY: National Center for Children in Poverty, Columbia University School of Public Health; 1991.

16. Korenman S, Miller JE, Sjaastad JE. Long-term poverty and child development in the United States: results from the NLSY. *Children & Youth Services Review* 1995; 17(1-2):127-155.

17. Leventhal T, Brooks-Gunn J. The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychol Bull* 2000;126(2):309-337.

18. Smith JR, Brooks-Gunn J, Klebanov PK. Consequences of living in poverty for young children's cognitive and verbal ability and early school achievement. In: Consequences of growing poor. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, eds. New York, NY: Russell Sage Foundation; 1997:132-189.

19. Weitzman M, Byrd RS, Auinger P. Children in big cities in the United States: health and related needs and services. *Ambulatory Child Health* 1996;260(4):106-111.

20. Weitzman M, GortmakerD, Sobol A. Racial, social, and environmental risks for childhood asthma. *Am J Dis Child* 1990;44(11):1189-1194.

21. Weitzman M, et al. Maternal smoking and childhood asthma. *Pediatrics* 1990;85(4):505-511.

22. Grantham-McGregor S. A review of studies of the effect of severe malnutrition on mental development. *Journal of Nutrition* 1995;125(suppl 8):2233S-2238S.

23. Pyhala R, et al. Neurocognitive abilities in young adults with very low birth weight. *Neurology* 2011;77(23):2052-60.

24. Burke MP, et al., Severity of Household Food Insecurity Is Positively Associated with Mental Disorders among Children and Adolescents in the United States. *J Nutr*, 2016. 146(10): p. 2019-2026.

25. Chemtob CM, Gudino OG, Laraque D. Maternal posttraumatic stress disorder and depression in pediatric primary care: association with child maltreatment and frequency of child exposure to traumatic events. *JAMA Pediatr* 2013;167(11):1011-1018.

26. Dunn MG, et al. Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clinical Psychology Review*, 2002;22(7):1063-1090.

27. Meyers AF, Karp RJ, Kral JG. Poverty, food insecurity, and obesity in children. *Pediatrics*, 2006;118(5):2265-2266.

28. Whitaker RC, Phillips SM, Orzol SM. Food insecurity and the risks of depression and anxiety in mothers and behavior problems in their preschool-aged children. *Pediatrics* 2006;118(3):e859-e868.

29. Wilbur MB, et al. Socioemotional effects of fathers' incarceration on low-income, urban, school-aged children. *Pediatrics* 2007;120(3):e678-e685.

30. Pan L, et al. Incidence of obesity among young U.S. children living in low-income families, 2008-2011. *Pediatrics*, 2013;132(6):1006-1013.

31. Tichovolsky, M.H., et al., A Longitudinal Study of Fathers' and Young Children's Depressive Symptoms. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2016: p. 1-15.

32. Weitzman M, Rosenthal DG, Liu YH. Paternal depressive symptoms and child behavioral or emotional problems in the United States. *Pediatrics* 2011;128(6):1126-1134.

33. Anderson LM, et al. Community interventions to promote healthy social environments: early childhood development and family housing. A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR Recomm Rep.* 2002;51(Rr-1):1-8.

34. Barnett WS, Escobar CM. Research on the cost effectiveness of early educational intervention: implications for research and policy. *Am J Community Psychol*, 1989;17(6):677-704.

35. Berlin LJ, et al. The effectiveness of early intervention: examining risk factors and pathways to enhanced development. *Prev Med* 1998;27(2): 238-245.

36. Brooks-Gunn J, et al. Early intervention in low-birth-weight premature infants. Results through age 5 years from the Infant Health and Development Program. *Jama*, 1994;272(16):1257-1262.

37. Currie J, Early childhood education programs. *Journal of Economic Perspectives* 2001;15(2):213-238.

38. Devaney BL, Ellwood MR, Love JM. Programs that mitigate the effects of poverty on children. *Future Child* 1997;7(2):88-112.

39. Karoly LA, et al. Investing in our children: what we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions. Santa Monica, CA: Rand; 1998.

40. Kotelchuck M, et al. WIC participation and pregnancy outcomes: Massachusetts Statewide Evaluation Project. *Am J Public Health*, 1984;74(10):1086-1092.

41. Lee VE, et al. Are Head Start effects sustained? A longitudinal follow-up comparison of disadvantaged children attending Head Start, no preschool, and other preschool programs. *Child Dev* 1990;61(2):495-507.

42. McLellan F. Countering poverty's hindrance of neurodevelopment. *Lancet* 2002;359(9302):236.

43. Meyers AF, et al. School Breakfast Program and school performance. *Am J Dis Child*, 1989;143(10):1234-1239.

44. National Research Council Division of Behavioral Social, S.E. *Early Childhood Development and Learning: New Knowledge for Policy*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.

45. Rush D, et al. The National WIC Evaluation: evaluation of the Special Supplemental Food Program for Women, Infants, and Children. VII. Study of food expenditures. *Am J Clin Nutr* 1988;48(2 Suppl):512-519.

46. Schweinhart LJ, Barnes HV, Weikart DP. *Significant benefits: The High/Scope Perry Preschool Study through age 27. Vol. 10.* Ypsilanti, MI: The High/Scope Press, Educational Research Foundation; 1993.

47. Shonkoff JP, Phillips DA. From neurons to neighborhoods: the science of early child development. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.

48. Shumacher R, Greenberg M, Lombardi J. State initiatives to promote early learning: next steps in coordinating subsidized child care, Head Start, and state prekindergarten. Policy Brief. Center for Laws and Social Policy; 2001.

49. Vazquez-Seoane P, Windom R, Pearson HA. Disappearance of iron-deficiency anemia in a high-risk infant population given supplemental iron. *N Engl J Med* 1985;313(19):1239-1240.

50. Weitzman M, et al. The effects of tobacco exposure on children's behavioral and cognitive functioning: implications for clinical and public health policy and future research. *Neurotoxicol Teratol* 2002;24(3):397-406.

51. McCormick MC, et al. Early intervention in low birth weight premature infants: results at 18 years of age for the Infant Health and Development Program. *Pediatrics*, 2006. 117(3):771-780.

52. Olds DL, et al. Effect of home visiting by nurses on maternal and child mortality: results of a 2-decade follow-up of a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2014;168(9):800-806.

53. 2015 Recommendations for Preventive Pediatric Health Care Committee on Practice and Ambulatory Medicine and Bright Futures Periodicity Schedule Workgroup. *Pediatrics*, 2015.

54. AAP Council on Environmental Health. Prevention of Childhood Lead Toxicity. *Pediatrics* 2016;138(1):e20161493.

55. Centers for Disease Control and Prevention, Lead Poisoning in Young Children. Atlanta, GA.: CDC; 2005.

56. Duncan P. *Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. Vol. 3*. American Academy of Pediatrics: Elk Grove Village, IL; 2007.

57. Halterman JS, et al. Screening for environmental tobacco smoke exposure among inner-city children with asthma. *Pediatrics* 2008;122(6):1277-1283.

58. Kessler RC, et al. Associations of housing mobility interventions for children in high-poverty neighborhoods with subsequent mental disorders during adolescence. *JAMA* 2014;311(9):937-948.

Obstáculos aos serviços de promoção de saúde emocional, comportamental e social da criança

Ellen L. Lipman, MD, Michael H. Boyle, PhD

Chedoke Child and Family Centre, Canadá

Março 2003

Introdução

Neste artigo sobre obstáculos aos serviços, começamos pela definição dos parâmetros de nosso trabalho. Obstáculos são definidos como barreiras verdadeiras e perceptíveis que impedem o acesso aos serviços ou interferem nele. Serviços são definidos como intervenções específicas ou estratégias de prevenção que visam reduzir problemas emocionais, comportamentais e sociais na infância. Definimos problemas emocionais, comportamentais e sociais de maneira ampla, uma vez que, na área de saúde mental infantil, os pontos de vista a respeito de causas e de definições de problemas são muito variáveis.[1]

Focalizamos crianças desde o nascimento até os 5 anos que vivem em famílias de baixa renda. No entanto, a escassez de literatura sobre esse tipo de população levou-nos a examinar mais amplamente os serviços orientados para a redução de problemas emocionais, comportamentais e sociais da criança. Consequentemente, as conclusões a que chegamos e as implicações discutidas aqui aplicam-se para além dessa população especifíca.

Contexto

Mais de 1,2 milhão de crianças canadenses vivem em condições de pobreza.[2] Sucessivos estudos transversais que fornecem um retrato sobre o desempenho dessas crianças em determinado momento demonstraram uma associação entre baixa renda e diversas morbidades infantis,[3-6] entre as quais dificuldades emocionais, comportamentais e sociais. Estudos longitudinais, que permitem a investigação do impacto de baixa renda sobre o desenvolvimento infantil no decorrer do tempo, aprofundam a evidência de que quanto mais severa e mais longa a duração da pobreza nos primeiros anos de vida – anos pré-escolares e escolares iniciais –, maior será o impacto sobre os resultados na criança.[6-7] Este artigo focaliza crianças pobres de até 5 anos de idade – uma população em situação de alto risco quanto ao desenvolvimento de dificuldades emocionais, comportamentais e sociais.

©2002-2026 ABILIO | BAIXA RENDA E GRAVIDEZ

Questões-chave

A estrutura para a identificação de obstáculos aos serviços que visam à redução de problemas emocionais, comportamentais e sociais na infância em famílias de baixa renda que têm filhos pequenos avalia quatro questões específicas:

1. Os serviços são eficazes?
2. Os serviços estão disponíveis?
3. Aqueles que necessitam dos serviços estão sendo encaminhados para eles?
4. Os serviços são acessíveis?

Pesquisas

Os serviços são eficazes?

Muitos serviços que atendem famílias de baixa renda com filhos pequenos têm sido avaliados de maneira rigorosa e parecem ser eficazes. Esses serviços individuais específicos consistem em alguns programas de creche e pré-escola,[8] programas de práticas parentais,[9] e serviços de visita domiciliar por enfermeiras.[10] Uma revisão completa desses serviços extrapola o escopo deste artigo. Outros serviços para famílias de baixa renda com filhos pequenos estão sendo cuidadosamente avaliados no momento – por exemplo, grupos de apoio/educação para mães solteiras de baixa renda e com filhos pequenos.[11] Os resultados preliminares são positivos, mas a avaliação desses serviços ainda está incompleta.

É alarmante o fato de ser muito reduzido o número de programas para famílias de baixa renda com filhos pequenos que foram avaliados rigorosamente. O mesmo aplica-se, de forma mais ampla, a toda a gama de serviços que visam à redução de problemas emocionais e comportamentais na infância.

Além da necessidade de mais avaliações, é importante também considerar qual é o método de avaliação adotado. As estratégias de pesquisa para avaliar serviços variam desde pesquisas sobre eficácia (estudo sobre o funcionamento do serviço em condições ideais) até pesquisas sobre efetividade (estudo de como o serviço funciona no mundo real). A avaliação de serviços no mundo real é importante, uma vez que, por um lado, os participantes de estudos de eficácia podem não ser representativos da população que frequenta clínicas convencionais ou serviços

baseados na comunidade; e, por outro, porque os serviços oferecidos em estudos sobre eficácia podem ser altamente controlados e não representar com precisão os serviços oferecidos no mundo real.[12,13,14] Portanto, uma estrutura de avaliação eficaz é altamente relevante para a avaliação dos serviços.

Os serviços estão disponíveis?

A disponibilidade de serviços que visam à redução de problemas emocionais e comportamentais na infância varia de acordo com o local de moradia da família. Assim, no Canadá, os serviços não estão prontamente disponíveis nem para todas as famílias de baixa renda com filhos pequenos, nem para outras populações de famílias e crianças. De modo geral, neste país, os serviços estão mais prontamente disponíveis em contextos urbanos (em contraste com rurais) e nas regiões do sul do país (em contraste com as do norte). Na verdade, as pesquisas sugerem que apenas uma proporção relativamente pequena de crianças com problemas emocionais e comportamentais chega de fato a receber ajuda profissional.[15-16] Embora nem todas as crianças com problemas emocionais e comportamentais necessitem de recursos profissionais, o aumento da disponibilidade, por meio da criação de novos serviços, da contratação de mais funcionários e da redistribuição de recursos,[17] seria um passo importante para a superação dos obstáculos aos serviços para muitas famílias, entre as quais as famílias de baixa renda com filhos pequenos.

Aqueles que necessitam dos serviços estão sendo encaminhados para eles?

Se a questão de “qual serviço deveria ser procurado” é mal compreendida (reconhecimento do problema) ou se a compreensão sobre o serviço disponível é pouco clara ou desfavorável (percepção do serviço), é possível que as famílias não procurem esse atendimento. As dificuldades de reconhecimento do problema incluem a incapacidade de pais, professores ou provedores de cuidados de saúde para identificar a necessidade do serviço,[1] a negação da gravidade do problema,[1] e a crença de que é possível “resolver” o problema sem intervenção,[1,18] ou que com o tempo o problema se resolverá por si só.[18] Além disso, a família precisa ter alcançado algum nível de disposição para mudança[19] antes de procurar os serviços.[11] As dificuldades de percepção do serviço incluem falta de confiança nos provedores ou experiências anteriores negativas com relação ao serviço, falta de motivação da criança para receber ajuda, e estigmas relacionados a problemas de saúde mental.[11] A educação sobre normas e desvios do desenvolvimento emocional, comportamental e social de crianças desde o nascimento até os 5 anos de idade e sobre abordagens que podem contribuir para lidar com os problemas específicos

da criança e da família pode ajudar as famílias e outros envolvidos a tomarem decisões bem-fundamentadas sobre a necessidade ou não do serviço. Outras ações também podem ser úteis, tais como conscientização da comunidade quanto a problemas de saúde mental na infância, comentários de apoio por parte de pessoas que já utilizaram os serviços ou de líderes comunitários, e esforços para a redução de estigmas.[20]

Os serviços são acessíveis?

A existência de um serviço eficaz, disponível e reconhecido como necessário para as famílias e seus filhos pequenos ainda é pouco útil se as famílias não tiverem acesso a ele. Os obstáculos à acessibilidade incluem listas de espera, custos do serviço, transporte, horário e localização inconvenientes, provimento de cuidados infantis, disposição dos pais, questões culturais e idiomáticas e letramento dos pais.[1,11,21] Famílias de baixa renda podem preferir intervenções que não sejam realizadas em clínicas,[21,22] embora nem todos os estudos confirmem consistentemente este ponto de vista.[23] Estudos sobre o abandono das intervenções mostraram que famílias socioeconomicamente desfavorecidas, nas quais

os pais têm pouca instrução, apresentam psicopatologias e vivenciam altos níveis de estresse, têm maior propensão a abandonar os serviços e programas.[24,25] Essas características são compartilhadas por muitas famílias de baixa renda.

Os obstáculos identificados ofereceram parâmetros lógicos para os métodos utilizados para aumentar a acessibilidade aos serviços. Entre esses métodos, incluem-se provimento de cuidados infantis, auxílio para custos de transporte, diversificação de horários e locais de atendimento, programas gratuitos ou de baixo custo e esforços para ajustamento a diferenças culturais, idiomáticas e de letramento. Uma outra abordagem para aumentar a acessibilidade aos serviços é perguntar às famílias sobre suas preferências. Técnicas de pesquisa de mercado foram aplicadas a diversos tipos de famílias, entre os quais famílias de baixa renda, para identificar preferências por programas.[26,27,28] Questões como o momento de participação, qualificações do instrutor e fundamentação do programa em pesquisas foram identificadas como aspectos importantes.

Conclusões

Nossa estrutura para a compreensão dos obstáculos aos serviços que visam ajudar crianças com dificuldades emocionais e comportamentais baseia-se em quatro perguntas específicas: (1) Os

serviços são eficazes? (2) Os serviços estão disponíveis? (3) Aqueles que necessitam dos serviços estão sendo encaminhados para eles? (4) Os serviços são acessíveis? Foram identificados obstáculos para os serviços em todas essas áreas. Em primeiro lugar, em termos de eficácia, alguns serviços para essa população de famílias foram avaliados e considerados úteis. No entanto, muitos serviços não foram avaliados de maneira adequada. Em segundo lugar, a disponibilidade dos serviços varia de acordo com a localidade onde moram os participantes: zona rural ou urbana, região norte ou sul. Em terceiro lugar, podem existir dificuldades tanto com o reconhecimento do problema quanto com a percepção do serviço, o que cria obstáculos à sua utilização por famílias de baixa renda com filhos pequenos. Finalmente, foram identificadas numerosas dificuldades de acesso aos serviços.

Implicações

A remoção dos obstáculos aos serviços para famílias de baixa renda com filhos pequenos (e para muitas outras famílias canadenses) é uma tarefa que varia de acordo com a dificuldade a ser superada. Portanto, as recomendações devem refletir essa especificidade. Intervenções que se mostraram eficazes devem estar amplamente disponíveis, ao passo que aquelas que não o mostraram devem ser submetidas à avaliação. Deve-se atentar cuidadosamente para a sobrecarga sobre o entrevistado quando se pede às famílias que participem de avaliações.[15] Além disso, deve-se notar que as dificuldades de acesso ao serviço estão relacionadas a questões amplas, tais como o planejamento de cuidados de saúde nos níveis nacional e provincial, especificamente em termos de recrutamento e financiamento de profissionais da saúde que trabalham com crianças pequenas e famílias. É necessário planejamento para assegurar que os recursos adequados para atender populações de crianças e famílias em situação de risco estejam disponíveis. As dificuldades relativas ao reconhecimento do problema e à percepção do serviço podem ser superadas por meio de educação apropriada sobre comportamento infantil normal e alterado, e aceitação dos serviços pela comunidade. As dificuldades de acesso aos serviços foram bem documentadas, e também pode ser muito útil para a superação desses obstáculos o planejamento cuidadoso do momento de participação e da localização, do provimento de cuidados infantis e do auxílio para custos de transporte. Portanto, todos esses itens devem ser considerados como parte da rotina do trabalho de planejamento e dos orçamentos de serviços.

Referências

1. Owens PL, Hoagwood K, Horwitz SM, Leaf PJ, Poduska JM, Kellam SG, Ialongo NS. Barriers to children's mental health services. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002;41(6):731-738.

2. Statistics Canada. Persons in low-income before tax: 1996-2000. Disponível em: http://www.statcan.ca/english/Pgdb/famil41a.htm. Acesso em:06 de Agosto de 2003.

3. Lipman EL, Offord DR, Boyle MH. Relation between economic disadvantage and psychosocial morbidity in children. *Canadian Medical Association Journal* 1994;151(4):431-437.

4. Lipman EL, Offord DR. Psychosocial morbidity among poor children in Ontario. In: Duncan GJ, Brooks-Gunn J, eds. *Consequences of growing up poor*. New York, NY: Russell Sage Foundation; 1997:239-287.

5. Lipman EL, Offord DR, Dooley MD. What do we know about children from single-mother families? Questions and answers from the National Longitudinal Survey of Children and Youth. In: Human Resources Development Canada, Statistics Canada, eds. *Growing Up in Canada: National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Ottawa, Canada: Human Resources Development Canada, Statistics Canada; 1996:119-126. Catalogue No. 89-550-MPE, no. 1.

6. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future of Children* 1997;7(2):55-71.

7. Duncan GJ, Brooks-Gunn J. Income effects across the life span: integration and interpretation. In: Duncan GJ, Brooks-Gunn J, eds. *Consequences of growing up poor*. New York, NY: Russell Sage Foundation; 1997:596-610.

8. Zoritch B, Roberts I, Oakley A. Day care for pre-school children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;4.

9. Barlow J, Parsons J. Group-based parent-training programmes for improving emotional an behavioural adjustment in 0-3 year old children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;4.

10. Olds DL, Henderson CR Jr., Chamberlain R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986;78(1):65-78.

11. Lipman EL, Secord M, Boyle MH. Moving from the clinic to the community: The Alone Mothers Together Program. Canadian Journal of Psychiatry-Revue *canadienne de psychiatrie* 2001;46(7):657.

12. Streiner DL. The 2 "Es" of research: efficacy and effectiveness trials. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue canadienne de psychiatrie* 2002;47(6):552-556.

13. Weisz JR, Donenberg GR, Han SS, Kauneckis D. Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics: why the disparity? *Journal of Abnormal Child Psychology* 1995;23(1):83-106.

14. Jensen PS, Hoagwood K, Petti T. Outcomes of mental health care for children and adolescents: II: Literature review and application of a comprehensive model. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996;35(8):1064-1077.

15. Boyle MH, Offord DR. Prevalence of childhood disorder, perceived need for help, family dysfunction and resource allocation for child welfare and children's mental health services in Ontario. *Canadian Journal of Behavioural Science* 1988;20(4):374-388.

16. Boyle MH. Children's mental health issues: prevention and treatment. In: Johnson LC, Barnhorst D, eds. *Children, families and public policy in the 90s*. Toronto, Ontario: Thompson Educational Publishing; 1991:73-104.

17. Canadian Academy of Child Psychiatry. Physician Resource Committee. Child Psychiatry in Canada. Position Statement; January 2002.

18. Pavuluri MN, Luk SL, McGee R. Help-seeking for behavior problems by parents of preschool children: A community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996;35(2):215-222.

19. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, Fiore C, Harlow LL, Redding CA, Rosenbloom D, Rossi SR. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology* 1994;13(1):39-46.

20. Lovato LC, Hill K, Hertert S, Hunninghake DB, Probstfield JL. Recruitment for controlled clinical trials: Literature summary and annotated bibliography. *Controlled Clinical Trials* 1997;18(4):328-352.

21. Cunningham CE, Bremner R, Boyle M. Large group community-based parenting programmes for families of preschoolers at risk for disruptive behavior disorders: utilization, cost effectiveness and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1995;36(7):1141-1159.

22. Hazell PL, Tarren-Sweeny M, Vimpani GV, Keatinge D, Callan K. Children with disruptive behaviours II: Clinical and community service needs. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2002;38(1):32-40.

23. Harrington R, Peters S, Green J, Byford S, Woods J, McGowan R. Randomised comparison of the effectiveness and costs of community and hospital based mental health services for children with behavioural disorders. *British Medical Journal* 2000;321(7268):1047-1050A.

24. Spoth R, Goldberg C, Redmond C. Engaging families in longitudinal preventive intervention research: Discrete-time survival analysis of socioeconomic and social-emotional risk factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999;67(1):157-163.

25. Kazdin AE, Mazurick JL. Dropping out of child psychotherapy: Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994;62(5):1069-1074.

26. Spoth R, Redmond C. Identifying program preferences through conjoint analysis: Illustrative results from a parent sample. *American Journal of Health Promotion* 1993;8(2):124-133.

27. Buchanan D, Cunningham C, Miller H. Factors affecting parent participation in courses and groups. Communication présentée au: Children's Mental Health Ontario Annual Meeting; May, 2002; Ottawa, Ontario.

28. Rohrer JE, Vaughn T, Westermann J. Mission-driven marketing: a rural example. *Journal of Healthcare Management* 1999;44(2):103-116.

Baixa renda (pobreza) durante os períodos pré-natal e pós-natal inicial e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial da criança

Greg J. Duncan, PhD Katherine A. Magnuson, PhD

Northwestern University, EUA

Junho 2002

Introdução

Muitas gestantes e mães de primeira viagem têm renda familiar baixa. Seus filhos tendem a apresentar mais problemas comportamentais e menos comportamento pró-social do que os filhos de famílias de renda mais alta.[1-13] Portanto, alguns aspectos fundamentais de pesquisa e de políticas colocam em questão em que medida as diferenças de renda podem ser a causa dos problemas comportamentais das crianças, e de que maneira o fazem.

Do que se trata

Problemas comportamentais na infância têm custos tanto para as famílias quanto para a sociedade. Uma vez que políticas fiscais e de transferência de renda (por exemplo, subsídios para a infância) oferecem formas efetivas de modificação do rendimento familiar, é importante determinar se a baixa renda familiar é, em si mesma, responsável pelos problemas psicossociais da criança.

Problemas

Os principais problemas metodológicos da pesquisa sobre este tópico incluem:

1. Fazer distinção entre renda familiar e outros aspectos do *status* socioeconômico da família, tais como nível de educação parental.
2. Determinar até que ponto a associação entre renda familiar e desenlaces psicossociais das crianças pode ser de natureza causal; e
3. Determinar os mecanismos por meio dos quais a renda afeta desenlaces psicossociais.

©2002-2026 ABILIO | BAIXA RENDA E GRAVIDEZ

Uma questão-chave para as políticas nesta área de pesquisa é se a redistribuição de renda entre famílias mais ricas e mais pobres tem melhor relação custo-eficácia do que programas de intervenção destinados a prevenção ou tratamento de problemas psicossociais.

Contexto de pesquisa

As relações entre renda familiar e desenlaces comportamentais das crianças têm sido investigadas com dados transversais e longitudinais.[1-13] Uma vez que a renda familiar pode variar de um ano para outro,[14] os dados longitudinais que relacionam a renda familiar durante os períodos pré-natal e pós-natal inicial a desenlaces psicossociais posteriores oferecem uma base muito mais sólida para o estabelecimento de inferências causais do que os estudos transversais, que relacionam a renda familiar atual aos desenlaces psicossociais das crianças. Além disso, os estudos que incluem controles estatísticos para condições familiares interferentes (tais como estrutura familiar) oferecem estimativas causais melhores do que os estudos que não o fazem. Por fim, diversos estudos experimentais manipularam as condições econômicas das famílias por meio de atribuição aleatória a várias condições de alteração do bem-estar familiar.[15]

Questões-chave de pesquisa

1. A renda familiar nos períodos pré-natal e pós-natal inicial afeta os desenlaces psicossociais da criança?
2. Em caso positivo, por quais vias ocorre esse efeito?

Resultados de pesquisas recentes

Uma definição de pobreza baseada em renda compara a renda familiar total – proveniente do trabalho, de programas de bem-estar social, de parentes ou de quaisquer outras fontes – com um limiar inferior de renda que varia segundo o tamanho da família, a inflação e, em algumas definições, segundo o padrão geral de vida da sociedade. A cada ano, uma substancial parte da minoria de famílias, desloca-se para cima e para baixo do limiar de pobreza. Desemprego, divórcio e outros eventos adversos reduzem a renda e empurram as famílias para a pobreza. A volta ao emprego, o casamento ou outros eventos positivos aumentam os rendimentos familiares, impulsionando a família para um patamar acima do limiar de pobreza.[16] A renda é um componente diferenciado do *status* socioeconômico da família em virtude de sua volatilidade, uma realidade que não é bem representada pelas medidas baseadas em ocupação profissional ou em educação que frequentemente são empregadas em estudos psicológicos. Infelizmente, há

muito poucos estudos longitudinais sobre o desenvolvimento inicial de crianças que incluam medidas adequadas dos rendimentos familiares.

a) Estudos correlacionais

Pesquisas com crianças pequenas verificaram que pobreza e baixa renda familiar estão associados a uma diversidade de desenlaces psicológicos.[1-13] Até o momento, um número maior de estudos concentrou-se mais nos efeitos da renda sobre comportamentos problemáticos[1-3,5-13] do que sobre comportamentos positivos.[2,4-5,8] Há, no entanto, alguma evidência de que, em crianças pequenas, a renda está associada aos dois tipos de comportamento.[2,4-5]

Baixa renda familiar na primeira infância foi relacionada, comparativamente, a apego menos seguro, níveis mais altos de humor negativo e desatenção,[5] e níveis mais baixos de comportamento pró-social nas crianças.[2] A relação entre baixa renda familiar e problemas

comportamentais em crianças pequenas foi replicada em diversos conjuntos de dados com diferentes medidas de resultados, entre as quais relatos de pais sobre comportamentos de externalização e internalização,[1-3,7-9,11-12] relatos de professores a respeito de problemas de comportamento em pré-escolares,[10] e avaliação de crianças com base em entrevistas de diagnóstico clínico.[7]

De modo geral, há poucos fundamentos para uma associação entre baixa renda familiar e comportamentos problemáticos na infância. Por exemplo, um dos estudos verificou que uma criança cuja família tinha baixa renda no período entre seu nascimento e os 5 anos de idade tinha probabilidade 30% mais alta de apresentar problemas comportamentais relatados pelos pais do que uma criança cuja família não tinha enfrentado situações de baixa renda.[7] Relações um pouco mais sólidas foram encontradas pelas pesquisas quanto à associação entre resultados psicossociais das crianças e pobreza persistente, em comparação com pobreza transitória.[3,6]

b) Modelação causal

Diversos estudos sobre desenvolvimento da criança tentaram fazer distinção entre o efeito da renda familiar e os efeitos de outros aspectos da vida familiar – tais como nível educacional dos pais – que podem diferir entre famílias pobres e famílias mais abastadas.[2-3,8,11-13] Em conjunto, os controles estatísticos de aspectos relacionados ao status socioeconômico da família produzem associações significativas muito pequenas ou desprezíveis entre renda familiar e problemas

comportamentais da criança. O controle estatístico de problemas comportamentais prévios das crianças reduz em aproximadamente 50% os efeitos da baixa renda familiar sobre problemas comportamentais na infância.[3-8]

Desenhos experimentais que envolvem a manipulação da renda familiar são mais adequados para o estabelecimento de associações causais entre renda familiar e bem-estar das crianças, porque as diferenças de renda não estão associadas a características dos pais ou das crianças. Experimentos com atribuição aleatória a condições diferentes, realizados na década de 1990, associaram famílias de baixa renda a uma variedade de condições, algumas das quais promoviam o emprego materno, mas não a renda familiar, enquanto outras promoviam ambos os efeitos.[15] Em comparação com os sujeitos-controle, as crianças cujas mães foram alocadas nas condições que promoviam apenas o emprego diferiram pouco em termos de problemas comportamentais de externalização e internalização. As crianças cujas mães foram alocadas em condições que promoviam também a renda familiar apresentaram melhora em alguns resultados psicossociais em comparação com os sujeitos-controle. Infelizmente, os estudos focalizaram principalmente crianças em idade escolar e, portanto, suas constatações não tratam da questão de ocorrência ou não de efeitos positivos do aumento de renda nos primeiros anos de vida sobre o desenvolvimento psicossocial da criança.

Conclusões

Em média, crianças criadas em famílias de baixa renda têm mais problemas psicossociais do que crianças criadas em famílias de alta renda. No entanto, as pesquisas não conseguiram estabelecer relações causais substanciais entre baixa renda familiar e resultados psicossociais das crianças; na verdade, outras características das famílias de baixa renda parecem ser mais importantes. A estrutura familiar – principalmente a uniparentalidade materna – foi identificada em diversos estudos como um correlato importante do ajustamento social e comportamental das crianças.[18] Abuso de drogas,[19] diferenças genéticas[20] e exposição precoce a traumas[21] são outros fatores que podem explicar a relação entre baixa renda familiar e problemas comportamentais da criança.

São necessárias muito mais pesquisas para identificar quais correlações da baixa renda familiar são mais suscetíveis a esforços de intervenção. Além disso, uma vez que estudos anteriores focalizaram primariamente se a pobreza afeta os problemas comportamentais em crianças pequenas, também é necessário investigar as relações entre baixa renda familiar e outros

resultados psicossociais na infância.

Implicações para políticas e serviços

Aparentemente, as pesquisas atuais não sugerem que a melhoria do *status* econômico de famílias de baixa renda poderia, por si só, promover o desenvolvimento psicossocial das crianças ou reduzir seus problemas comportamentais; na verdade, o *status* de renda de uma família parece ter um efeito causal muito mais substancial sobre o desenvolvimento cognitivo e o desempenho acadêmico.[2-3,15,17] Consequentemente, embora transferências de renda possam ser eficazes na promoção do desenvolvimento cognitivo das crianças, é improvável que melhorem o ajustamento social e comportamental na infância. Em última instância, ações diretas e intervenções terapêuticas podem ser uma alternativa comparativamente mais promissora.

Referências

1. McLeod JD, Shanahan MJ. Poverty, parenting, and children's mental health. *American SociologicalReview* 1993;58(3):351-366.
2. Dearing E, McCartney K, Taylor BA. Change in family income-to-needs matters more for children with less. *Child Development* 2001;72(6):1779-1793.
3. Duncan, GJ, Brooks-Gunn J, Klebanov PK. Economic deprivation and early childhood development. *Child Development* 1994;65(2):296-318.
4. NICHD Early Child Care Research Network. The effects of infant child care on infant-mother attachment security : Results of the NICHD study of early child care. *Child Development* 1997;68(5):860-879.
5. NICHD Early Child Care Research Network. Early child care and self control, compliance, and problem behavior at twenty-four and thirty-six months. *Child Development* 1998;69(4):1145-1170.
6. Velez CN, Johnson J, Cohen P. A longitudinal analysis of selected risk factor for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989;28(6):861-864.
7. Bor W, Najman JM, Andersen MJ, O'Callaghan M, Williams GM, Behrens BC. The relationship between low family income and psychological disturbance in young children : An Australian longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1997;31(5):664-675.
8. Elder GH, Liker JK, Cross CE. Parent-child behavior in the Great Depression : Life course and inter-generational influences. In : Baltes PB, Brim OJ, eds. *Life-span development and behavior*. Vol 6. New York, NY : Academic Press; 1984:109-158.
9. Anderson DR. Prevalence of behavioral and emotional disturbance and specific problem types in a sample of disadvantaged preschool-aged children. *Journal of Clinical Child Psychology* 1983;12(2):130-136.
10. Adams CD, Hillman N, Gaydos GR. Behavioral difficulties in toddlers : Impact of sociocultural and biological risk factors. *Journal of Clinical Child Psychology* 1994;23(4):373-381.
11. Blau, DM. The effect of income on child development. *The Review of Economics and Statistics* 1999;81(2):261-276.
12. Yeung WJ, Linver MR, Brooks-Gunn J. How money matters for young children's development: Parental investment and family processes. *Child Development* 2002;73(6):1861-1879.

13. Mayer SE. *Family Income and Children's Life Chances.* Cambridge, MA : Harvard University Press; 1997.

14. Duncan GJ. The volatility of family income over the life course. In : Baltes PB, Featherman DL, Lerner RM, eds. *Life-span Development and Behavior*. Vol 8. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum; 1988:317-358.

15. Morris PA, Huston AC, Duncan GJ, Crosby DA, Bos JM. *How welfare and work policies affect children : A synthesis of research*. New York, NY : Manpower Research Demonstration Corporation; 2001.

16. Duncan GJ, Magnuson KA. Off with Hollingshead: Socioeconomic Resources, Parenting, and Child Development. In: Bornstein MH, Bradley RH, eds. *Socioeconomic status, parenting, and child development*. Mahwah, NJ; Lawrence Erlbaum; 2003:83-106.

17. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, eds. *Consequences of growing up Poor*. New York, NY : Russell Sage Foundation; 1997.

18. McLanahan S. Parent absence or poverty : Which matters more ? In : Duncan GJ, Brooks-Gunn J, eds. *Consequences of growing up poor*. New York, NY : Russell Sage Foundation; 1997:35-48.

19. Mayes LC. Substance abuse and parenting. In : Bornstein MH, ed. *Handbook of parenting.* Vol 2. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum; 1995:101-125.

20. Rowe D, Rodgers JL. Poverty and behavior : Are environmental measures nature and nurture ? *Developmental Review* 1997;17:358-375.

21. Hertzig ME. Mental health and developmental problems of children in poverty. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1992;68:25-31.

Baixa renda e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial da criança. Comentários sobre Duncan e Magnuson, e Weitzman

Julius Richmond, PhD

Harvard University, EUA

Abril 2003

Introdução

Por um lado, Greg J. Duncan e Katherine A. Magnuson ofereceram uma breve apresentação muito sofisticada sobre os efeitos da pobreza no desenvolvimento pré-natal e pós-natal precoce e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial da criança. Por outro lado, Michael Weitzman escreveu um artigo notavelmente abrangente e conciso sobre baixa renda e seu impacto no desenvolvimento infantil. Em ambos os casos, os autores demonstram seu extenso conhecimento sobre as interações entre pobreza e desenvolvimento infantil inicial.

Pesquisas e conclusões

O artigo de Duncan e Magnuson demonstra que:

- Em média, filhos de famílias de baixa renda têm mais problemas psicossociais do que crianças criadas em famílias de alta renda.
- No entanto, as pesquisas não estabeleceram relações causais substanciais entre baixa renda familiar e resultados psicossociais na infância. Características correlatas das famílias de baixa renda (tais como estrutura familiar) parecem ser mais importantes.
- São necessárias mais pesquisas para identificar quais relações com baixa renda podem ser abordadas de forma mais eficaz por esforços de intervenção.

Neste artigo, no entanto, os impactos de diversas intervenções com crianças e famílias que vivem na pobreza podem estar mal representados. Duncan e Magnuson focalizaram competentemente as políticas econômicas, indicando que a redistribuição de renda pode melhorar significativamente os resultados das crianças. Entretanto, o impacto de vários programas de

intervenção precoce, como *Head Start* e programas de cuidado em creches (que produziram resultados tanto a curto quanto a médio prazo) não foram adequadamente considerados – apesar da vasta produção na literatura disponível atualmente que trata de pesquisas sobre o *Head Start* e dos estudos de David Weikart sobre intervenção precoce.

Weitzman, que está muito familiarizado com a literatura, oferece interpretações muito adequadas e valiosas sobre as pesquisas. Impressionou-me sua capacidade de síntese dessa complexa literatura. O argumento principal de Weitzman:

- Há muitos fatores interferentes e muitos caminhos pelos quais a pobreza influencia negativamente o desenvolvimento psicossocial da criança.
- Crianças pobres podem sofrer prejuízos maiores em decorrência de eventos adversos do que outras crianças em circunstâncias semelhantes (por exemplo, intoxicação por chumbo ou deficiência do crescimento).
- Os primeiros anos da vida são um período particularmente vulnerável, durante o qual a pobreza pode ser mais prejudicial do que nos anos posteriores.

A título de comentário secundário, Weitzman poderia ter dado um pouco mais de atenção às consequências sobre a saúde das questões de pobreza e de outros fatores adversos como, por exemplo, o baixo peso ao nascer. Durante muitos anos, a *Robert Wood Johnson Foundation* patrocinou o *Infant Health and Development Program* – IHDP (Programa de Saúde e Desenvolvimento Infantil), que produziu uma quantidade considerável de dados longitudinais, sobre a saúde e as conseqüências sobre o desenvolvimento de programas de intervenções com bebês de baixo peso. Os efeitos da pobreza podem ser identificados nesses dados.

Implicações para perspectivas de serviços e de políticas

Duncan e Magnuson certamente identificaram alguns pontos importantes para a consideração de políticas relativas à renda familiar e as consequências para o desenvolvimento da criança. Prestaram um bom serviço também ao propor opções de políticas orientadas para a melhoria de resultados do desenvolvimento da criança por meio da melhoria do status econômico de famílias de baixa renda. Embora indiquem que a renda familiar tem um efeito causal preponderante tanto sobre o desenvolvimento cognitivo e econômico quanto sobre o desempenho acadêmico, sugerem também que, por si só, a melhoria da condição econômica não resolverá necessariamente desenvolvimento psicossocial e problemas comportamentais. Na verdade, embora não ignorem a

importância potencial de programas de intervenção, esses autores têm um foco muito estreito quanto a questões de renda e de redistribuição de renda.

Duncan e Magnuson apresentaram com precisão as implicações políticas associadas à renda familiar e o significado potencial de tirar as famílias da situação de pobreza. Entretanto, apesar de sua familiaridade com a literatura relevante, não consideraram adequadamente o potencial de programas de intervenção.

Na área de programas de intervenção, Weitzman tem identificado implicações totalmente adequadas para políticas. Seu artigo examina de maneira eficaz uma diversidade de programas de intervenção dirigidos a crianças que crescem em ambientes empobrecidos e oferece um excelente resumo sobre as questões de saúde, de desenvolvimento e de políticas que cercam o desenvolvimento dessas crianças. Além disso, Weitzman sustenta que não precisamos aguardar o dia em que a pobreza esteja (idealmente) abolida de uma vez por todas para oferecer influências positivas a crianças pobres durante seu crescimento.

Programas eficazes de desenvolvimento infantil para famílias de baixa renda: intervenções de visitas domiciliares durante a gravidez e a primeira infância

Harriet J. Kitzman, RN, PhD

University of Rochester, EUA

Fevereiro 2004

Introdução

A preocupação com a saúde e o bem-estar de crianças pequenas, particularmente crianças de baixa renda, de famílias socialmente menos favorecidas, resultou na exploração de abordagens alternativas para fornecer serviços a famílias jovens. A visita domiciliar é uma maneira de fornecer diversos serviços. Neste artigo, focalizamos o impacto dos serviços oferecidos por meio de programas de visita domiciliar para famílias de baixa renda com crianças menores de 5 anos de idade.

Do que se trata

Apesar da ênfase sobre prevenção na oferta tradicional de cuidados primários com saúde e serviços para a família, o atendimento individual oferecido nos centros de atendimento e em consultórios requer que os próprios clientes tenham a iniciativa de buscar os serviços. De maneira geral, os serviços oferecidos limitam-se à orientação com relação a cuidados de saúde e a tratamentos de problemas de saúde e doenças relacionadas às condições e preocupações que, de alguma forma, o cliente relata ao provedor dos serviços. Sugere-se que visitas domiciliares podem:

a. alcançar pessoas que não procuram os serviços;
b. melhorar o conforto e a capacidade do cliente para revelar suas reais condições;
c. dar oportunidade para que os provedores de serviços prestem apoio e orientação específicos para a situação real dos clientes;
d. resultar na satisfação da relação entre provedores de serviços e clientes.

Apesar da ampla gama de serviços, espera-se que as visitas domiciliares ampliem os serviços sociais e de saúde oferecidos em centros, ao invés de substituí-los. As visitas às famílias começam durante a gravidez ou logo após o nascimento, e mantêm-se até que as crianças alcancem idades entre 2 e 5 anos. Os programas de visita domiciliar variam significativamente: há diferenças em seu modelo teórico subjacente, características das famílias-alvo, quantidade e intensidade das visitas, duração, currículo, abordagens aos serviços, qualificação da mão de obra, fidelidade na execução, e *background* e capacitação dos visitadores.

Problemas

Embora se estenda por mais de um século, a história de visitas domiciliares emergiu com força renovada na década de 1970 como uma estratégia promissora para promover a saúde e o desenvolvimento da criança, e reduzir o abuso e a negligência em famílias vulneráveis e em situação de risco. Alguns dos programas de visita domiciliar desenvolvidos recentemente proliferaram graças ao apoio nos níveis federal, estadual/provincial, local e de instituições privadas. Apesar desse apoio, os recursos típicos dos programas normalmente têm sido extraídos dos orçamentos em que a verba ainda não foi distribuída. Como resultado, os formuladores de políticas voltaram-se para os pesquisadores para obter respostas a questões relacionadas ao mérito dos programas de visita domiciliar, e ao seu impacto sobre os resultados. Atenção especial tem sido dada aos resultados dos programas voltados às famílias em situação de risco, em função de sua baixa renda e outras circunstâncias sociais adversas.

Contexto de pesquisa

Até este momento, a maioria das pesquisas tem sido concebida para determinar se houve melhorias na saúde e no desenvolvimento da criança e de sua família como resultado dos serviços domiciliares. Relatórios de pesquisas têm fornecido informações limitadas sobre os programas e sua implementação. Salvo algumas exceções,[1] os pesquisadores geralmente não tentam introduzir variações nas características dos programas e estudá-las sistematicamente.

Perguntas-chave de pesquisa

Esta revisão foi formulada para responder a duas perguntas-chave:

1. Quais são os resultados dos programas de visita domiciliar para famílias de baixa renda?
2. Os resultados variam de acordo com as características dos programas?

Resultados recentes de pesquisas

1) Quais são os efeitos dos programas de visita domiciliar?

Diversas análises concluíram que as visitas domiciliares podem ser uma estratégia eficaz para melhorar os resultados na área da saúde e do desenvolvimento das crianças de famílias socialmente menos favorecidas.[2-4] Entretanto, os efeitos identificados não foram consistentes, e alguns estudos não relataram nenhum impacto. Quando encontrados os resultados, geralmente, não foram tão significativos como se esperava. Além disso, não foram encontrados resultados consistentes em uma mesma área. Como previsível, programas diferentes e diferentes níveis de execução têm levado a resultados diferentes. Alguns programas atingem resultados positivos enquanto são desenvolvidos, mas alguns efeitos dissipam-se após o término do programa, enquanto em outros os resultados manifestam-se tardiamente, anos após o término do programa. Em alguns casos, os resultados aparecem cedo e mantêm-se por muitos anos após o término do programa.[5]

Resultados para as mães

Alguns programas que incluíram estratégias de desenvolvimento para a mãe e para a família demonstraram aumento no espaçamento entre gestações e redução no número total de gestações. Foram relatados comportamentos relacionados à saúde pré-natal, inclusive a redução no consumo de tabaco e de outras substâncias, mas não foram associados de maneira consistente à melhoria nos resultados da gravidez. Foram constatadas atitudes parentais e interações entre mães e filhos mais positivas. As mães que receberam visitas domiciliares demonstraram menor prejuízo causado por drogas do que aquelas que não receberam esse atendimento. Um estudo de acompanhamento de longo prazo relatou menor índice de detenções e de condenações 15 anos após o nascimento de crianças no grupo que participou do programa de visitas domiciliares.[6] Verificou-se também que as mães que receberam visitas domiciliares mostraram maior tendência a envolver-se em relações estáveis.

Saúde e desenvolvimento da criança

Embora alguns estudos tenham apresentado melhorias nas taxas de imunização, em outros esse efeito não foi verificado, e tampouco houve avanços em outros serviços preventivos. Dos dois principais estudos que pesquisaram a redução do abuso de crianças e da negligência como um dos principais efeitos do programa, apenas um constatou esse resultado. Embora não

consistentes, alguns estudos demonstraram reduções no índice de internações infantis causadas por lesões e ingestão de objetos ou substâncias perigosas e por falta de cuidados básicos. Testes cognitivos resultaram em descobertas inconsistentes ao longo dos estudos. Foram mínimas ou não sustentáveis as diferenças entre crianças de famílias que recebiam visita domiciliar e daquelas não participantes do programa.

2) Os resultados dos programas variam de acordo com suas características?

Características dos participantes

O debate sobre serviços universais e serviços para um público específico ainda se mantém.[7] Entretanto, até hoje a maioria dos programas focaliza pessoas que estão no grupo de risco. Em geral, os programas são voltados a adolescentes, a primagestas socialmente menos favorecidas, a crianças com riscos de saúde e de desenvolvimento ou a famílias cujas características as colocam em grupos de risco para abuso e negligência. Há evidências cumulativas de que, pelo menos nas áreas avaliadas, os serviços são mais benéficos para mães com menos recursos pessoais e sociais, inclusive as de baixa renda, do que para aquelas com mais recursos.[2]

Intensidade do programa

Qualquer que seja o número de visitas sugerido nos manuais do programa, apenas cerca de 50% das visitas recomendadas realmente ocorrem. Embora o número ideal de visitas ainda não tenha sido estabelecido, há evidências de que quanto mais visitas, melhor, e de que os efeitos surgirão a partir de um número mínimo de visitas. Além de o número de visitas ficar aquém do esperado, os programas têm relatado altas taxas de abandono.[8] As taxas variam de menos de 50% das famílias permanecendo no programa ativamente após um ano, a quase todas permanecendo ativas após dois anos.[9] O motivo do abandono é desconhecido. Entretanto, há atualmente evidências preliminares sobre o que mantém as famílias envolvidas e empenhadas no programa.

Importância do relacionamento entre a família e o profissional

A maioria dos programas enfatiza a importância de um relacionamento positivo entre a família e o profissional,[10] uma vez que os programas são voluntários e as visitas somente ocorrem quando a família manifesta desejo de participar do programa. Certamente, as evidências demonstram que a qualidade do relacionamento é um preditor dos resultados. Não obstante, os critérios para definir um bom relacionamento entre as partes variam entre os programas: alguns focalizam uma amizade construída, outros, uma relação professor-aprendiz, e alguns ainda baseiam-se em

uma aliança terapêutica. Evidências sugerem cada vez mais que apenas uma amizade construída não é suficiente para produzir resultados previstos. Tal amizade pode fornecer alívio temporário para isolamento e desespero, mas talvez não seja suficiente para construir os recursos necessários para produzir resultados eficazes e duradouros para famílias, mães e crianças.

Programas unidimensionais versus programas multidimensionais

Alguns programas concentram-se pesadamente no ensino de estratégias de desenvolvimento infantil e de interação pais-filhos; outros focalizam a amizade e uma presença apoiadora; outros ainda baseiam-se em atividades propostas pelas famílias. Alguns programas são multidimensionais e abordam as ocorrências da vida da mãe, a vida da família, os cuidados com a criança e a promoção do desenvolvimento em geral.[11] Esses programas, que levam em consideração as metas individuais dos clientes e do programa, tentam equilibrar o gerenciamento das tensões do momento com a construção de esforços nas múltiplas áreas necessárias para enfrentar desafios futuros. As evidências têm indicado que o impacto dos programas de visita domiciliar multidimensionais mantém-se por longos períodos após o término da intervenção. As famílias estipulam diferentes trajetórias de vida com maior espaçamento entre gestações, menor dependência da assistência pública, e melhores condições de saúde e bem-estar para as crianças.[12] Pouco se sabe sobre como funcionam os programas para produzir impacto duradouro. Por exemplo, não está claro se as crianças obtêm melhores resultados devido a melhores cuidados, aumento dos recursos pessoais da mãe, pela melhor estrutura familiar, aumento dos recursos financeiros, ou todas as opções acima.

Conclusões

Uma ampla gama de estudos confirmou melhorias na saúde e no desenvolvimento da criança e ambientes mais positivos nas famílias que recebem visitas domiciliares, e nos dão motivos para acreditar que a estratégia de visitas domiciliares pode melhorar a vida de crianças no grupo de risco.

Nem todos os programas de visita domiciliar idealizados para promover a saúde de famílias com bebês e crianças pequenas produzem resultados comparáveis para todas as crianças. Embora alguns programas tenham demonstrado evidências de resultados de longo prazo duradouros para as famílias, as mães e as crianças, outros programas amplamente disseminados não demonstraram efeitos perceptíveis. Entre os programas, há evidências de que os participantes classificados como pertencentes ao grupo de maior risco obtêm melhores ganhos do que os

participantes com menor risco. Essa diferença nos resultados dos programas não deve causar surpresa, uma vez que os programas diferem drasticamente no que diz respeito ao perfil de clientes, ao *background* dos prestadores de serviços, a seus modelos teóricos explícitos e implícitos, e à forma como esses modelos foram traduzidos em conteúdos/processos de programas e, subsequentemente, implementados. Ainda é necessário determinar quais componentes dos programas de visita domiciliar são essenciais e quais produzem maior impacto de longo prazo. O custo dos programas varia pouco por ano de serviços oferecidos, independentemente do nível profissional dos prestadores de serviço.[13] Entretanto, programas cujo impacto permanece ao longo de toda a vida têm melhor relação custo/benefício do que outros programas com impacto limitado e de curta duração.

Implicações

Assim como os programas, seus resultados também variam. Embora parte do entusiasmo provindo de visitas domiciliares tenha diminuído nas últimas décadas, uma vez que grandes experimentos randomizados não conseguiram demonstrar os efeitos dos programas, evidências de outros programas direcionados a famílias pertencentes a grupos de risco (por exemplo, famílias de baixa renda) têm sido suficientes para fundamentar um novo ímpeto para o desenvolvimento de programas. Gomby e colegas valorizaram pesquisas rigorosas nas quais visitas domiciliares têm sido analisadas como estratégia de prestação de serviços sociais. Os pesquisadores concluíram que uma nova expansão de programas de visita domiciliar deve levar em conta a aprendizagem adquirida até hoje. Recomendam especificamente melhorias na qualidade e na implementação de serviços e projetam um panorama modesto dos efeitos do programa.[4]

Intervenções que demonstraram uma ampla extensão de resultados demandam recursos significativos, e haverá pressão contínua para utilizar modelos de programas estabelecidos, reduzindo ao mesmo tempo os recursos necessários para sua execução. É preciso cautela nessa área. Evidências preliminares de estudos descritivos dentro dos programas e as meta-análises de experiências aleatórias (comparando programas com características diferentes) sugerem que é importante aderir a modelos de programas estabelecidos até que haja evidências suficientes para apoiar revisões dos projetos.[14] Embora a literatura científica forneça algumas comparações dos efeitos de programas com diferentes constelações de características, a área de visitas domiciliares ainda está em seu estágio inicial no que diz respeito a determinar a importância relativa de qualquer característica.

Referências

1. Korfmacher J, O'Brien R, Hiatt S, Olds D. Differences in program implementation between nurses and paraprofessionals providing home visits during pregnancy and infancy: A randomized trial. *American Journal of Public Health* 1999;89(12):1847-1851.
2. Olds D, Kitzman HJ. Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Future of Children* 1993;3(3):52-92.
3. Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robeinson J, Williams D, Brummell K. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*. 2000;82(6):443-451.
4. Gomby DS, Culross PL, Behrmann RE. Home visiting: Recent program evaluations – analysis and recommendations. *Future of Children* 1999;9(1):5-25.
5. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman HJ, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt L, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
6. Olds DL, Henderson, CR, Cole, R., Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettitt L., Sidora, K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 1998;280(14):1238-1244.
7. Guterman, NB. Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the "Universal versus targeted" debate: A meta-analysis of population-based and screening-based programs. *Child Abuse & Neglect* 1999;23(9):863-890.
8. McGuigan WM, Katzev, AR, Pratt CC. Multi-level determinants of retention in a home visiting child abuse prevention program. *Child Abuse & Neglect* 2003;27(4): 363-380.
9. Duggan A, Windham A, McFarlane E, Fuddy L, Rohde C, Buchbinder S, Sia C. Hawaii's healthy start program of home visiting for at-risk families: Evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. *Pediatrics* 2000;105(1):250-259.
10. Kitzman HJ, Cole R, Yoos HL, Olds, DL. Challenges experienced by home visitors: A qualitative study of program implementation. *Journal of Community Psychology* 1997;25(1):95-109.
11. Olds DL, Henderson C, Kitzman HJ, Eckenrode JJ, Cole RE, Tatelbaum RC. Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *Future of Children* 1999;9(1):44-65.
12. Kitzman HJ, Olds DL, Sidora K, Henderson CR, Hanks C, Cole R, Luckey DW, Bondy J, Cole K, Glazner J. Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: a 3-year follow-up of a randomized trial. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 2000;283(15):1983-1989.
13. Barnet B, Duggan AK, Devoe M, Burrell L. The effect of volunteer home visitation for adolescent mothers on parenting and mental health outcomes. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2002;156(12):1216-1222.
14. Daro AK, Harding, KA. Healthy Families America: Using research to enhance practice. F*uture of Children* 1999;9(1):152-176.

Serviços para crianças de baixa renda e suas famílias. Comentários sobre Lipman e Boyle, Kitzman, e Knitzer

Tama Leventhal, PhD

Institute for Policy Studies, Johns Hopkins University, EUA

Outubro 2005

Introdução

A baixa renda familiar limita o acesso a recursos básicos, entre os quais alimentação, abrigo e cuidados de saúde. A dificuldade econômica, por sua vez, cria pressões sobre os relacionamentos entre os membros da família.[1-2] Vêm-se acumulando pesquisas sobre os efeitos adversos diretos e indiretos da baixa renda familiar sobre diversos resultados para a criança, incluindo cognição e desempenho, saúde física e bem-estar emocional, social e comportamental.[3-5]

Experiências de pobreza familiar durante a primeira infância, especialmente quando são duradouras e relativamente extremas, têm os efeitos mais prejudiciais sobre o desenvolvimento da criança.[6-10] Esta constatação, associada ao interesse crescente pelo significado da primeira infância para o desenvolvimento, focalizou as atenções em estratégias de intervenção para a promoção do bem-estar de crianças de baixa renda.[11-12] Lipman e Boyle, Kitzman, e Knitzer são especialistas reconhecidos nessa área. Por diversas vias, seu trabalho salienta a necessidade de promover o desenvolvimento, em sentido amplo, de crianças de baixa renda, com ênfase principalmente na importância de seus resultados precoces nas áreas emocional, social e comportamental para o funcionamento futuro. Em parte com base em seu trabalho exemplar, todos estes autores apontam estratégias programáticas e políticas promissoras para a realização desse objetivo.

Pesquisas e conclusões

A partir de uma visão muito ampla, Lipman e Boyle revêem o estado do conhecimento sobre intervenções e estratégias de prevenção planejadas para reduzir os problemas emocionais, sociais e comportamentais das crianças. Além de reivindicar avaliações mais rigorosas dos programas, os pesquisadores argumentam em favor de mais avaliações sobre a eficácia dos

serviços no contexto das comunidades em que são prestados, bem como do desenvolvimento de instrumentos metodológicos para a determinação da eficácia dos serviços. Embora apontem que nosso conhecimento é limitado, Lipman e Boyle identificam uma série de obstáculos – estruturais e percebidos – que impedem o reconhecimento de problemas sociais e emocionais de crianças pequenas e prejudicam o recebimento dos serviços. Em especial, obstáculos à prestação de serviços incluem disparidades regionais na disponibilidade de serviços, a adequação e pertinência (inclusive tal como percebidas) dos serviços existentes e uma gama de problemas de acessibilidade – por exemplo, transporte, cuidados infantis, horários de atendimento e cultura/idioma. Entre as recomendações de Lipman e Boyle para a superação desses obstáculos incluem-se a provisão de mais recursos para o atendimento de populações de crianças e famílias em situação de risco, ou seja, de baixa renda. Concomitante com essas iniciativas devem ser empreendidos esforços para aumentar a consciência da comunidade sobre os problemas sociais, emocionais e comportamentais de crianças pequenas, e os benefícios potenciais dos serviços.

Knitzer adota uma abordagem mais restrita, considerando programas que têm como alvo específico crianças de baixa renda e em situação de risco quanto a problemas sociais e emocionais. Depois de identificar a magnitude do problema – que é bastante significativa no que se refere à prontidão para a escola e à prevalência de distúrbios clínicos em meio a crianças de baixa renda –, a autora analisa as evidências. Tal como Lipman e Boyle, Knitzer conclui que as avaliações existentes dos programas para crianças de baixa renda com foco em problemas emocionais, sociais e comportamentais são relativamente escassas. No entanto, reconhece que as intervenções atuais, muitas das quais ainda estão em andamento, têm dado cada vez mais atenção aos problemas comportamentais de crianças de baixa renda por meio de serviços com alvos definidos, seja na escola, em casa ou em contextos de clínica, ou por meio da inclusão de resultados sociais e emocionais nas avaliações dos programas. Knitzer especula que essas intervenções oferecerão novos *insights* sobre a abordagem a problemas sociais e emocionais de crianças de baixa renda. Como um caminho especialmente promissor, indica programas que funcionam de forma coordenada, com pais, cuidadores e professores, para a promoção de bem-estar emocional de crianças de baixa renda. Knitzer enfatiza também a necessidade de levar em consideração a relação entre o funcionamento socioemocional e acadêmico de crianças pequenas. Da mesma forma que Lipman e Boyle, Knitzer reitera a necessidade de maiores investimentos em políticas voltadas ao bem-estar social, emocional e comportamental de crianças pequenas.

Kitzman focaliza exclusivamente programas de visita domiciliar como estratégia para a prestação de serviços a famílias com crianças pequenas, principalmente aquelas de baixa renda. Baseando-se em diversas revisões recentes da literatura sobre visita domiciliar, boa parte da qual inclui o trabalho bem documentado da própria autora e de seus colegas, ela assume uma visão mais otimista do que a de Knitzer sobre a eficácia dos programas de visita domiciliar (embora ainda seja uma visão cautelosa). Supõe que os programas de visita domiciliar estejam associados a progressos na saúde e no desenvolvimento das crianças – embora não necessariamente nas áreas emocional, social e comportamental – e a ambientes mais favoráveis para a educação das crianças. Kitzman reconhece, no entanto, que os resultados são variáveis, em grande parte devido à variabilidade entre os programas em termos de modelos teóricos, metas dos serviços, intensidade, implementação e qualidade dos serviços, para mencionar apenas algumas dimensões-chave que provavelmente têm contribuído para essa inconsistência. Identifica diversas características dos programas de visita domiciliar que podem levar a resultados mais positivos. Essas características incluem o atendimento de necessidades tanto dos pais quanto das crianças – necessidades estas que vão além do provimento de apoio social –, a garantia de que os programas sejam prestados com competência e o direcionamento dos programas para as famílias mais vulneráveis.

Implicações para políticas

Um tema comum que emerge desses três artigos é que nosso conhecimento a respeito de estratégias para a promoção do desenvolvimento emocional, social e comportamental de crianças de baixa renda está incompleto. Quer seja necessário o desenvolvimento de modelos melhores de programas de modo geral, como argumentam Lipman e Boyle e Knitzer, ou especificamente em relação a visitas domiciliares, é evidente a necessidade de que os programas sejam avaliados com mais profundidade. Essas avaliações devem ter fundamentação teórica, utilizar métodos rigorosos e incluir um foco nos resultados emocionais, sociais e comportamentais da criança. Esse trabalho deve também levar em consideração as relações entre saúde emocional e social das crianças e seu sucesso na escola, comportamento e saúde dos pais.

Dito isto, os formuladores de políticas precisam agir, ainda que com conhecimentos incompletos. Os autores desses três artigos reconhecem essa situação e fazem diversas recomendações, como tentativas muitas vezes. Knitzer e Kitzman defendem programas que tenham uma abordagem multidimensional. O atendimento de necessidades de crianças de baixa renda envolve trabalhar com os adultos cujas relações com as crianças são fundamentais para seu bem-estar,

especificamente os pais, os cuidadores e os professores. Esses serviços podem ser oferecidos em diversos contextos – em casa, na creche/escola, na clínica – e precisam ser parte de um esforço coordenado. Como notam Lipman e Boyle e Knitzer, uma vez que a necessidade de serviços ultrapassa amplamente a disponibilidade e o recebimento de serviços, esta deve ser uma preocupação fundamental dos formuladores de políticas. É relativamente simples atacar uma série de obstáculos, mas aumentar a capacidade envolve investimentos substanciais. No entanto, a conseqüência para as crianças, as famílias e a sociedade é excessivamente alta para que se ignore a importância da promoção do bem-estar emocional, social e comportamental de crianças de baixa renda.

Referências

1. McLoyd VC, Jayaratne TE, Ceballo R, Borquez J. Unemployment and work interruption among African American single mothers: Effects on parenting and adolescent socioemotional functioning. *Child Development* 1994;65(2):562-589.
2. Conger RD, Ge X, Elder GH, Lorenz FO, Simons RL. Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development* 1994;65(2):541-561.
3. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, eds. *Consequences of growing up poor*. New York, NY: Russell Sage Foundation; 1997.
4. Haveman R, Wolfe B. *Succeeding generations: on the effects of investments in children*. New York, NY: Russell Sage Foundation; 1994.
5. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future of Children* 1997;7(2):55-71. Disponível em: http://www.futureofchildren.org/usr_doc/vol7no2ART4.pdf. Acesso em: 29 de novembro de 2005.
6. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, Klebanov PK. Economic deprivation and early childhood development. *Child Development* 1994;65(2):296-318.
7. Duncan GJ, Yeung WJ, Brooks-Gunn J, Smith JR. How much does childhood poverty affect the life chances of children? *American Sociological Review* 1998;63(3):406-423.
8. Korenman S, Miller JE, Sjaastad JE. Long-term poverty and child development in the United States: Results from the NLSY. *Children and Youth Services Review* 1995;17(1-2):127-155.
9. McLeod JD, Shanahan MJ. Trajectories of poverty and children's mental health. *Journal of Health and Social Behavior* 1996;37(3):207-220.
10. McLeod JD, Shanahan MJ. Poverty, parenting, and children's mental health. *American Sociological Review* 1993;58(3):351-366.
11. Shonkoff JP, Phillips DA, eds. *From neurons to neighborhoods: the science of early child development*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
12. Carnegie Task Force on Meeting the Needs of Young Children. *Starting points: meeting the needs of our youngest children: the report of the Carnegie Task Force on Meeting the Needs of Young Children*. New York, NY: Carnegie Corporation of New York; 1994.