ENCICLOPÉDIA
sobre o Desenvolvimento
na Primeira Infância

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

©2004-2025 ABILIO | BAIXA RENDA E GRAVIDEZ

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.