

VISITA DOMICILIAR

Evidências do papel da visita domiciliar na prevenção de maus-tratos à criança

Kimberly Boller, PhD

Mathematica Policy Research, EUA

Setembro 2012

Introdução

Em 2010, as agências que prestam serviços de proteção à criança nos Estados Unidos receberam 3,3 milhões de encaminhamentos devidos a atos declarados de maus-tratos, envolvendo 5,9 milhões de crianças. Quase 1,8 milhão de relatórios foram investigados, dos quais 436.321 foram confirmados e 24.976 foram considerados sugestivos (não confirmados, mas com suspeita de maus-tratos ou risco de maus-tratos). Estima-se em 1.560 o número de crianças que morreram em consequência de maus-tratos, sendo que as taxas de vitimização mais elevadas foram registradas no primeiro ano de vida – 20,6 em cada mil crianças.¹ Pesquisas demonstram que crianças que sobrevivem a maus-tratos – definidos como negligência, abusos ou uma combinação de ambos – sofrem efeitos negativos, com desempenho inferior aos parâmetros nacionais em diversas áreas, inclusive bem-estar psicossocial e cognitivo, e desempenho acadêmico.^{2,3,4} Nos Estados Unidos, estima-se em algo entre US\$50 bilhões e US\$90 bilhões os custos anuais para a sociedade em geral, gerados pela dificuldade que se impõe a crianças vítimas de maus-tratos de alcançar seu pleno potencial, e pela produtividade mais baixa que pode ser esperada de adultos

que sobreviveram a abusos.^{5,6} Essas constatações reforçam a necessidade de estratégias para evitar maus-tratos a crianças, de modo a melhorar os resultados para elas, suas famílias e suas comunidades.

Do que se trata

A visita domiciliar durante o período pré-natal, logo após o nascimento e ao longo da primeira infância é uma estratégia promissora para prevenir maus-tratos à criança. Envolve um visitador capacitado, que trabalha com os genitores na residência da família para melhorar a relação entre eles e a criança, reduzir os riscos de lesões em casa, e prover um ambiente de apoio. Em sua maioria, os programas de visita domiciliar são voluntários, e estados e comunidades estimulam a participação de famílias em situação de risco de maus-tratos – por exemplo, famílias em que pais e mães têm baixa escolaridade, famílias em condição de pobreza, lares monoparentais e famílias em que os próprios genitores estiveram envolvidos no sistema de bem-estar da criança. Ao longo dos últimos 40 anos, mais de 250 modelos de visita domiciliar foram desenvolvidos por pesquisadores e prestadores de serviços, com abordagens que variam amplamente quanto a equipes, currículo, duração da prestação do serviço e eficácia demonstrada para a redução das taxas de maus-tratos à criança.⁷ Este capítulo apresenta uma visão geral de evidências da eficácia da visita domiciliar na prevenção de maus-tratos à criança, identifica lacunas nas pesquisas e discute implicações para os principais interessados.

Problemas

Para estados e comunidades, é um desafio decidir como selecionar modelos de visita domiciliar que sejam apropriados para sua população-alvo e eficazes para a prevenção de maus-tratos à criança. Funcionários públicos e tomadores de decisão precisam de informações que os ajudem a escolher entre os diferentes modelos de intervenção existentes. Em muitos casos, a qualidade da pesquisa não é suficiente para tirar conclusões sobre os efeitos de determinado modelo sobre a prática de maus-tratos.⁸

Um desafio relativo à avaliação é o fato de os estados terem diferentes exigências em relação a relatos e investigações, o que impede comparações entre taxas de maus-tratos à criança. De maneira geral, são relativamente baixos o número de crianças comprovadamente vítimas de abusos e negligência e o número daquelas que são levadas a unidades de pronto atendimento devido a lesões e ingestão. Isso significa que grande parte das pesquisas inclui medidas de risco

de maus-tratos infantis, como práticas severas de educação (utilização de técnicas de disciplina física), depressão materna, abuso de drogas e violência doméstica, e fatores de proteção, como um ambiente doméstico positivo e uma relação de boa qualidade entre genitores e crianças. A avaliação desses fatores de risco recorrendo a técnicas de coleta de dados administrativos e baseadas em observação pode ter alto custo. No entanto, ainda que sejam financeiramente acessíveis, os relatos de pais e mães talvez não sejam confiáveis. Outro desafio é o potencial para efeitos de vigilância. Efeitos de vigilância⁹ referem-se ao potencial de aumento de relatos sobre famílias que participam de serviços do sistema de bem-estar infantil ou de pesquisas, uma vez que há mais profissionais trabalhando com famílias, podendo elaborar relatórios sobre casos suspeitos de abuso e dar início a investigações. Dessa forma, aumenta a possibilidade de detectar situações envolvendo essas famílias e de compará-las com famílias que não participam.

Contexto de pesquisa

O número de pesquisas sobre maus-tratos infantis aumentou ao longo dos últimos 15 anos, e existem meta-análises e revisões da literatura sobre a eficácia de programas de visita domiciliar.^{10,11,12} No entanto, apenas recentemente foi realizada uma revisão sistemática de ampla cobertura abordando as evidências do papel da visita domiciliar.^{7,13,14,15,16} Graças ao empenho do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS) dos Estados Unidos, foi lançado em 2009 o *Home Visiting Evidence of Effectiveness (HomVEE)* (Evidências de Eficácia da Visita Domiciliar), que preencheu essa lacuna por meio de uma revisão sistemática da pesquisa sobre visita domiciliar na primeira infância, com especial atenção para sua aplicabilidade na prevenção de maus-tratos à criança. O objetivo dessa revisão foi analisar a literatura utilizando metodologias estabelecidas previamente para identificar e avaliar sua qualidade. O HHS utilizou resultados da revisão para identificar quais modelos de programas de visita domiciliar atendiam às exigências de comprovação de eficácia, para orientar a seleção de modelos em cada estado, como parte da iniciativa no valor de U\$1,5 bilhão, financiado com recursos federais, destinada a aumentar o número de famílias e crianças atendidas por programas de visita domiciliar baseados em evidências. A iniciativa está voltada para a melhoria dos resultados da criança e da família, incluindo a redução das taxas de maus-tratos infantis e o aprimoramento de práticas parentais que possam levar à diminuição dos riscos de maus-tratos. Os nove modelos nacionais que, em outubro de 2011, atendiam aos requisitos de evidências do HHS incluem *Child FIRST* (A criança PRIMEIRO); *Early Head-Start Home Visiting (EHS-HV)* (Visitação domiciliar *Early Head-Start*); *Early Intervention Program for Adolescent Mothers (EIP)* (Programa de intervenção precoce para mães

adolescentes); *Family Check-Up* (*Check-up* da família); *Healthy Families America* (HFA) (Famílias Saudáveis América); *Healthy Steps* (Passos saudáveis); *Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters* (HIPPPY) (Instrução domiciliar para pais e mães de crianças em idade pré-escolar); *Nurse-Family Partnership* (NFP) (Parceria enfermeira-família); e *Parents as Teachers* (PAT) (Pais e mães como professores). Em julho de 2012, a conclusão de outra rodada das revisões de Evidências de Eficácia da Visita Domiciliar identificou mais três modelos que atenderam às exigências do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos,¹⁷ e relatórios detalhados estão sendo elaborados. O resumo apresentado a seguir para os nove modelos cujas revisões estão concluídas e disponíveis, mostra que nem todos os modelos demonstraram evidências de redução de maus-tratos à criança e de aprimoramento de práticas parentais.^{7,8}

Questões-chave da pesquisa

Esta revisão tem o objetivo de encaminhar duas questões de pesquisa:

Quais são as evidências de eficácia da visita domiciliar para a redução das taxas de maus-tratos à criança?

Quais são as evidências de eficácia da visita domiciliar para o aprimoramento das práticas parentais associadas à redução dos riscos de maus-tratos à criança?

Resultados de pesquisas recentes

Quais são as evidências de eficácia da visita domiciliar para a redução das taxas de maus-tratos à criança?

A revisão sistemática de evidências feita pela HomVEE constatou a existência de estudos do HFA e do NFP que incluem medidas de relatórios fundamentados de abusos e negligência contra crianças. Embora um estudo do NFP realizado com crianças de quatro anos de idade não tenha revelado qualquer efeito,¹⁸ outro estudo identificou reduções comprovadas em relatórios sobre maus-tratos infantis 15 anos após o início da participação no programa.¹⁹ Diversos estudos do HFA concluíram que relatórios bem fundamentados não mostraram efeitos no curto prazo,^{20,21,22,23} e não foram realizados estudos de acompanhamento de mais longo prazo. Um estudo do *Child FIRST* constatou efeitos positivos sobre o envolvimento com serviços de proteção à criança após três anos.²⁴ Existem estudos do *Early Head Start-Home Visiting* (EHS-HV), do HFA, do *Healthy Steps* e do NFP que medem efeitos de pronto atendimento ou de visitas de médicos em casos de lesões

ou ingestão, porém efeitos positivos só foram identificados no NFP.^{13,18,25,26}

Estudos do HFA mostraram resultados pouco claros, porém na maioria dos casos não foi identificado nenhum efeito em uma medida relatada por genitores sobre uma série de comportamentos parentais abusivos. Alguns estudos mostraram impactos positivos do HFA sobre autorrelatos de pais e mães sobre reduções na frequência de atitudes negligentes, em práticas parentais severas na semana anterior e outros tipos de abusos.^{8,21,22,23,27}

Quais são as evidências de eficácia da visita domiciliar para o aprimoramento das práticas parentais associadas à redução dos riscos de maus-tratos à criança?

Sete dos nove modelos que atenderam aos critérios de evidências do HHS dispõem de estudos que relatam impactos positivos sobre melhorias em fatores de proteção, como práticas parentais e qualidade da interação de genitores e crianças, assim como sobre a segurança e a estimulação no ambiente familiar (o estudo do *Child FIRST* não incluiu esses resultados, e os estudos do *Early Intervention Program for Adolescent Mothers* não mostraram efeitos). As pesquisas demonstram que NFP e PAT também têm resultados negativos, tais como famílias participantes que não dispõem de materiais para brincar em casa na mesma quantidade que famílias em grupo, recorrem a métodos de disciplina mais severos e mostram-se menos receptivas a comportamentos infantis. A revisão constatou também que o EHS-HV tem efeitos positivos sobre o conhecimento dos genitores em relação ao desenvolvimento de bebês.^{8,14}

Lacunas de pesquisa

Embora haja estudos sobre visita domiciliar que relatam efeitos sobre os resultados da criança e da família, são relativamente poucos aqueles que utilizam métodos rigorosos que justifiquem inferências causais a respeito da eficácia. De fato, muitos estudos de modelos de visita domiciliar que focalizam mais diretamente a educação na primeira infância não incluem medidas de abusos e negligência contra a criança, e sim fatores de risco e proteção. Os desafios que se colocam para a inclusão de medidas de maus-tratos à criança envolvem a complexidade para obter o consentimento das famílias e acesso aos registros públicos de bem-estar da criança; a necessidade de acompanhamento no curto e no longo prazo para avaliar o impacto do programa; e preocupações quanto à confiabilidade e à validade dos relatórios dos genitores ou da equipe. Tendo em vista as evidências de que diferentes tipos de visita domiciliar podem reduzir os maus-tratos e aumentar os fatores de proteção, os estudos de visita domiciliar devem incluir

medidas desses dois aspectos.

O conjunto existente de pesquisas rigorosas foi conduzido com amostras de tamanhos relativamente reduzidos que não permitem avaliar o impacto da visita domiciliar sobre maus-tratos infantis para importantes subgrupos raciais/étnicos, linguísticos e de baixa renda. Por exemplo, uma revisão de evidências de modelos de visita domiciliar destinados a crianças e famílias indígenas americanas e nativas do Alasca constatou que, dos três estudos que mostravam alto nível de eficácia, nenhum relatou resultados para essas crianças separadamente.

28

Conclusões

Estudos sobre a eficácia da visita domiciliar como intervenção destinada a evitar maus-tratos à criança revelam programas razoavelmente promissores. No entanto, se comparados ao número de estudos conduzidos para medir maus-tratos à criança, riscos de maus-tratos ou fatores de proteção, é muito maior o número daqueles que não geram nenhum efeito do que o número daqueles que mostram reduções nos maus-tratos e melhoria no bem-estar da criança e da família. As pesquisas demonstram também que as evidências de eficácia variam através dos modelos de visita domiciliar, o que significa que é importante a decisão sobre qual modelo deve ser implementado. Formuladores de políticas nos níveis local e do estado, assim como os agentes financiadores podem valer-se das evidências de eficácia para tomar decisões sobre o(s) modelo(s) a implementar de acordo com as necessidades da comunidade.

De maneira geral, a pesquisa sobre visita domiciliar para evitar maus-tratos à criança poderia ser aprimorada por meio de métodos rigorosos, medidas adequadas, períodos de acompanhamento mais longos e inclusão de relatos sobre subgrupos importantes. Novos estudos devem ser suficientemente amplos para incluir avaliação e relatos de impactos por subgrupos importantes, para melhorar nossa compreensão do que funciona, e para quais populações funciona. Tomar decisões baseadas em evidências requer evidências de boa qualidade e investimento nas fontes de informação da pesquisa.

Implicações para genitores, serviços e políticas

Tendo em vista as limitadas evidências de pesquisas rigorosas sobre a eficácia da visita domiciliar para prevenir maus-tratos à criança, um impacto potencial da utilização de abordagens como as Evidências de Eficácia da Visita Domiciliar, que vincula o financiamento público à qualidade das

evidências, talvez seja o aumento do número e da qualidade das pesquisas voltadas à prevenção de maus-tratos infantis realizadas em todo o mundo. Pesquisas de melhor qualidade podem aumentar também o recurso às evidências por parte de formuladores de políticas e prestadores de serviços. Uma vez que são públicas, as informações sobre eficácia produzidas pela pesquisa Evidências de Eficácia da Visita Domiciliar e pelas exigências de evidências impostas pelo Departamento de Saúde e de Serviços Humanos dos Estados Unidos, os pesquisadores podem fazer uso delas para aumentar o rigor de suas avaliações. Da mesma forma, os formuladores de políticas podem solicitar que as evidências orientem decisões relativas a financiamento e às políticas.²⁹

Um indicador potencial dos bons resultados gerados por maior atenção a evidências da eficácia da visita domiciliar para a prevenção de maus-tratos infantis é a proporção relativa de financiamentos públicos e locais disponíveis para modelos baseados em evidências em comparação com aqueles que não incluem avaliação de evidências, ou as incluem apenas modestamente. Em troca, as famílias receberão intervenções que atendem aos mais altos níveis de evidências para a prevenção de maus-tratos infantis e, assim como toda a população, poderão estar seguras de que os programas dos quais participam, e que são financiados pelos impostos que pagam, têm o maior potencial possível para melhorar seu próprio bem-estar e o bem-estar de suas crianças.

Referências

1. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2011). *Child maltreatment 2010*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
2. RTI International (2008). *From early involvement with child welfare services to school entry: A 5- to 6-year follow-up of infants in the national survey of child and adolescent well-being*. Research Triangle Park, NC: RTI International.
3. RTI International (2008). *Adolescents involved with child welfare: A transition to adulthood*. Research Triangle Park, NC: RTI International.
4. RTI International (2010). *Children involved in child welfare: A transition to adolescence*. Research Triangle Park, NC: RTI International.
5. Corso, P.S. (n.d.). *Dollars and lives: The economics of healthy children*. Chicago, IL: The Doris Duke Charitable Foundation. Available at: <http://www.preventchildabuse.org/publications/cap/documents/CorsoWHTPPR.pdf> Accessed July 30, 2012.
6. Corso, P. S., & Fertig, A.R. (2010). The economic impact of child maltreatment in the United States: Are the estimates credible? *Child Abuse & Neglect*, 34, 296-304.
7. Paulsell, D., Avellar, S., Sama Miller, E., & Del Grosso, P. (2011). *Home Visiting Evidence of Effectiveness: Executive summary*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
8. Supplee, L., Paulsell, D., & Avellar, S. (2012). What works in home visiting programs? In Curtis, P.A., Alexander, G. eds. *What Works in Child Welfare*. Washington, DC: Child Welfare League of American Press, 39-61.

9. Waldfogel, J. Prevention and the child protection system. (2009). *The Future of Children*, 19, 195-210.
10. Gomby, D. S. (2005). *Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents. Invest in kids working paper no. 7*. Washington, DC: Committee on Economic Development.
11. Sweet, M. A., & Applebaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75, 1435-1456.
12. Howard, K.S. & Brooks-Gunn, J. (2009). The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. *The Future of Children*, 19, 119-146.
13. Home Visiting Evidence of Effectiveness. (2011a). Reductions in child maltreatment. Available at: <http://homvee.acf.hhs.gov/document.aspx?rid=2&sid=4>. Accessed July 30, 2012.
14. Home Visiting Evidence of Effectiveness. (2011b). Positive parenting practices. Available at <http://homvee.acf.hhs.gov/document.aspx?rid=2&sid=6>. Accessed July 30, 2012.
15. The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. (n.d.). Home visiting for prevention of child abuse and neglect. Available at: <http://www.cebc4cw.org/topic/home-visiting-for-prevention-of-child-abuse-and-neglect/>. Accessed July 30, 2012.
16. The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. (n.d.). Home visiting for child well-being. Available at: <http://www.cebc4cw.org/topic/home-visiting/>. Accessed July 30, 2012.
17. Home Visiting Evidence of Effectiveness. (2011c). Latest releases. Available at <http://homvee.acf.hhs.gov/document.aspx?rid=7&sid=29&mid=1>. Accessed September 14, 2012.
18. Olds, D. L., Henderson Jr., C. R., Chamberlin, R., & Tatelbaum, R. (1986). Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 78, 65-78.
19. Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 278(8), 637-643.
20. Chambliss, J. W. (1998). An experimental trial of a home visiting program to prevent child maltreatment (Doctoral dissertation, Georgia State University, 1998). *Dissertation Abstracts International*, 61(03B), 152-1628.
21. Duggan, A., McFarlane, E., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S. M., Windham, A., et al. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program: Impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 28(6), 597-622.
22. Duggan, A., Caldera, D., Rodriguez, K., Burrell, L., Rohde, C., & Crowne, S. S. (2007). Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31(8), 801-827.
23. DuMont, K., Mitchell-Herzfeld, S., Greene, R., Lee, E., Lowenfels, A., Rodriguez, M., et al. (2008). Healthy Families New York (HFNY) randomized trial: Effects on early child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 32(3), 295-315.
24. Lowell, D.I., Carter, A.S., Godoy, L., Paulicin, B., & Briggs-Gowan, M.J. (2011). Child FIRST: A comprehensive home-based intervention translating research into early childhood practice. *Child Development*, 82 (1), 193-208.
25. Olds, D. L., Henderson, C. R., & Kitzman, H. (1994). 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*, 93(1), 89-98.
26. Kitzman, H., Olds, D. L., Henderson, C. R., Hanks, C., Cole, R., Tatelbaum, R., et al. (1997). Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 278(8), 644-652.
27. Landsverk, J., Carrilio, T., Connelly, C. D., Ganger, W., Slymen, D., Newton, R., et al. (2002). *Healthy Families San Diego clinical trial: Technical report*. San Diego: The Stuart Foundation, California Wellness Foundation, State of California Department of Social Services: Office of Child Abuse Prevention.

28. Del Grosso, P., Kleinman, R., Esposito, A.M., Sama Martin, E., & Paulsell, D. (2011). *Assessing the evidence of effectiveness of home visiting program models implemented in tribal communities*. Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. Washington, DC.
29. Avellar, S. & Paulsell, D. (2011). *Lessons learned from the home visiting evidence of effectiveness review*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.