VISITA DOMICILIAR

Programas de visita domiciliar e seu impacto sobre crianças pequenas

Erika Gaylor, PhD, Donna Spiker, PhD

SRI International Center for Education and Human Services, EUA

Setembro 2012, Éd. rév.

Introdução

Programas de visita domiciliar são elaborados e implementados para dar apoio a famílias visando à criação de um ambiente em que as crianças possam crescer e desenvolver-se de maneira saudável. Os programas podem direcionar seus serviços a famílias e cuidadores que enfrentam condições particularmente desfavoráveis quanto à criação e à manutenção desse ambiente. Podem também priorizar famílias com crianças mais vulneráveis do que outras devido a problemas de saúde ou de desenvolvimento.

Do que se trata

A visita domiciliar é uma modalidade de prestação de serviços que pode ser utilizada para prover muitos tipos diferentes de intervenções para participantes-alvo.[1] Programas de visita domiciliar podem variar amplamente quanto a objetivos, clientes, provedores, atividades, programação e estrutura administrativa, e no entanto compartilham alguns elementos. Esses programas fornecem serviços estruturados:

1. Em um contexto domiciliar;
2. Por um provedor de serviços capacitado;
3. Para modificar conhecimentos, modos de pensar e/ou entendimento sobre o comportamento de crianças, cuidadores e outras pessoas no ambiente de cuidados, e para dar apoio às práticas parentais.[2]

Visitas domiciliares são estruturadas de modo a tornar consistentes as ações dos participantes e dos provedores, assim como as atividades nas visitas, e para conectar as práticas dos programas aos resultados pretendidos. Um protocolo de visita, um currículo formal, um planejamento de serviço individualizado e/ou uma estrutura teórica específica podem constituir a base para atividades que ocorrem durante as visitas domiciliares. Os serviços são prestados na sala de estar da família participante, e acompanham suas rotinas e as atividades diárias em andamento. Os provedores podem ser pessoas credenciadas ou profissionais com formação específica, paraprofissionais ou voluntários, mas normalmente terão recebido alguma forma de capacitação nos métodos e no conteúdo temático do programa, para que possam atuar como fonte de *expertise* para os cuidadores.[3] Por fim, programas de visita domiciliar buscam algumas mudanças nas famílias participantes – em seu entendimento (modo de pensar sobre criação de filhos, conhecimentos sobre desenvolvimento infantil) e/ou em suas ações (formas de interagir com seus filhos ou de estruturar o ambiente), ou na criança (taxa de desenvolvimento, *status* de saúde, etc.). A visitação domiciliar pode ser utilizada também como meio para viabilizar a gestão de casos, fazer encaminhamentos para os serviços comunitários existentes, ou dar aos genitores ou aos cuidadores informações que os ajudem em sua capacidade de oferecer às crianças um ambiente domiciliar positivo.[4]

Problemas

Dados sobre a eficácia de programas de visita domiciliar vêm sendo acumulados ao longo das últimas três décadas. Projetos recentes utilizaram modelos randomizados, com multiplicidade de fontes de dados e de medidas de resultados, e com acompanhamento longitudinal. De maneira geral, esses estudos constataram que programas de visita domiciliar produzem uma gama limitada de efeitos significativos, e que os resultados alcançados frequentemente são modestos.[5,6] No entanto, análises detalhadas dos programas algumas vezes revelam efeitos importantes.[7] Por exemplo, determinados subconjuntos de participantes podem apresentar resultados positivos de longo prazo com relação a variáveis específicas.[8,9] Esses e outros resultados sugerem que, na

avaliação da eficácia de programas de visita domiciliar, é importante incluir medidas de resultados múltiplos para a criança e para a família em momentos diversos, e coletar informações suficientes sobre os participantes, para permitir uma análise dos efeitos do programa sobre os diversos tipos de subgrupos.

Outras dificuldades ao conduzir ou avaliar pesquisas nesta área incluem: garantir a equivalência entre grupos de controle e grupos experimentais em estudos clínicos randomizados (ECR);[10] controlar o desgaste na participação (que pode afetar a validade das constatações devido à redução da equivalência de grupo) e falhas nas visitas (que podem afetar a validade devido à redução da intensidade do programa);[11] comprovar a implantação plena e precisa do programa; e determinar se a teoria de mudança do programa admite uma conexão lógica entre as atividades do programa e os resultados pretendidos.

Contexto de pesquisa

Uma vez que os programas de visita domiciliar diferem em seus objetivos e conteúdo, a pesquisa sobre sua eficácia deve ser adaptada aos objetivos, às práticas e aos participantes específicos do programa. De maneira geral, os programas de visita domiciliar podem ser reunidos em dois grupos: aqueles que buscam resultados médicos/de saúde física e aqueles que buscam resultados na interação entre genitores e filhos e resultados para a criança. A população-alvo pode ser identificada tanto no nível do cuidador – por exemplo, mães adolescentes, famílias de baixa renda – como no nível da criança – por exemplo, crianças com deficiência. Alguns programas podem ter objetivos amplos e variados, tais como melhorar a saúde pré-natal e perinatal, a nutrição, a segurança e as práticas parentais. Outros programas podem ter objetivos mais restritos, tais como reduzir a incidência de abuso de crianças e negligência nos cuidados com elas. Os resultados dos programas podem concentrar-se no adulto ou na criança; os provedores frequentemente citam objetivos múltiplos – por exemplo, melhor desenvolvimento da criança, apoio socioemocional a pais e mães, educação em práticas parentais.[12]

Neste capítulo, focalizamos a eficácia de programas de visita domiciliar na promoção de resultados de desenvolvimento, cognitivos e de prontidão escolar para a criança. Em sua maioria, os serviços de visitação domiciliar e das pesquisas se centraram no período que vai do pré-natal até a idade de 2 a 3 anos e, portanto, não mediram impactos de longo prazo sobre a prontidão e o aproveitamento escolar. No entanto, estudos mais recentes examinaram o impacto sobre esses resultados de forma indireta, por meio das mudanças nas práticas parentais e de precursores de

sucesso escolar – ou seja, resultados comportamentais positivos, incluindo autorregulação e atenção.

Questões-chave de pesquisa

Questões-chave de pesquisa incluem:

1. Quais são os benefícios de curto e longo prazo para famílias participantes e seus filhos em comparação com famílias não participantes, principalmente quanto às habilidades de prontidão escolar da criança e às práticas parentais para apoiar o desenvolvimento infantil?
2. Que fatores influenciam a decisão de participar ou não participar do programa?
3. Os resultados são diferentes para subgrupos diferentes?

Resultados de pesquisas

Uma revisão recente de sete modelos de programa de visita domiciliar, envolvendo 16 estudos que incluíram componentes rigorosos de avaliação e mediram resultados de desenvolvimento infantil e prontidão escolar, constatou impactos positivos sobre o desenvolvimento e o comportamento de crianças pequenas. Seis modelos mostraram efeitos favoráveis em medições de resultados primários – por exemplo, medidas padronizadas de resultados de desenvolvimento infantil e redução em problemas de comportamento.[13] Foram incluídos apenas estudos com resultados que utilizaram observação direta, avaliação direta ou registros administrativos. No entanto, problemas identificados em uma revisão realizada há uma década ainda comprometem essa área.

Na maioria dos estudos descritos, os programas empenharam-se em inscrever, envolver e reter as famílias. Quando são constatados, os benefícios normalmente favorecem apenas um subconjunto das famílias originalmente inscritas, raramente se aplicam a todos os objetivos do programa, e frequentemente são bastante modestos em magnitude.[5]

Pesquisas relacionadas à implantação de programas de visita domiciliar documentaram um conjunto de dificuldades comuns a todos os programas quanto à prestação dos serviços de acordo com o pretendido. Em primeiro lugar, famílias-alvo talvez não aceitem a inscrição inicial no programa. Dois estudos que coletaram dados sobre esse aspecto da implantação constataram que de 10% a 25% das famílias recusaram o convite para participar do programa de visita domiciliar.[14,15] Em outro estudo, 20% das famílias que concordaram em participar não começaram

o programa recebendo uma visita inicial.[11] Em segundo lugar, as famílias eventualmente não recebem o número total de visitas programado. Avaliações do modelo *Nurse-Family Partnership* constataram que as famílias receberam apenas 50% do número de visitas programado.[16] Avaliações dos programas *Hawaii Healthy Start* e *Parents as Teachers* constataram que as visitas efetivamente realizadas representaram respectivamente, 42% e de 38% a 56% das visitas programadas.[14,17] Mesmo quando as visitas são realizadas, as atividades e o currículo planejados nem sempre são apresentados em consonância com o modelo do programa, e as famílias nem sempre dão continuidade às atividades fora da visita domiciliar.[18,19] Por fim, em uma revisão de uma pesquisa importante sobre visitação domiciliar, Gomby, Culross e Berman[5] constataram que entre 20% e 67% das famílias inscritas abandonaram o programa antes da data de encerramento planejada. Estudos recentes do *Early Head Start* também mostram que as famílias expostas ao maior número de fatores de risco são aquelas com maior probabilidade de abandonar o programa.[20]

O que chama mais a atenção talvez seja o fato de a suposta conexão entre mudanças no comportamento parental e melhores resultados para a criança não ter recebido destaque nas pesquisas realizadas até o momento, de maneira geral. Em outras palavras, mesmo quando programas de visita domiciliar são bem-sucedidos em seu objetivo de modificar comportamentos parentais, essas mudanças aparentemente não melhoram significativamente os resultados para a criança.[21,22] No entanto, uma exceção recente é um estudo do modelo *Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPY)* que envolveu famílias latinas de baixa renda e mostrou mudanças nas práticas parentais no lar e melhor aproveitamento em matemática no terceiro ano.[23] Avaliações anteriores da HIPPY constataram uma mescla de resultados em relação à eficácia do programa. Em alguns grupos, participantes do programa superaram os não participantes quanto às medições de adaptação à escola e de aproveitamento escolar até o segundo ano, mas esses resultados não foram replicados com outros grupos, em outros locais.

A revisão de programas de visita domiciliar descrita acima incluiu apenas estudos que utilizaram modelos e medições rigorosos. No entanto, inúmeros modelos de intervenção não produziram impactos significativos sobre resultados de desenvolvimento infantil e prontidão escolar. O *Early Head Start* utilizou um estudo clínico randomizado para avaliar o impacto de um modelo misto de prestação de serviços – ou seja, baseado em centros e em visitas domiciliares – sobre os resultados de desenvolvimento em um acompanhamento realizado nas idades de 2 e 3 anos. Em termos gerais, houve ganhos modestos, porém significativos, em relação ao desenvolvimento

cognitivo aos 3 anos, mas não aos 2 anos. Estudos do modelo *Nurse-Family Partnership* acompanharam crianças até os 6 anos de idade, e constataram efeitos significativos do programa sobre o funcionamento cognitivo e de linguagem, assim como um número menor de problemas comportamentais em um experimento clínico randomizado controlado.[24] Além disso, avaliações mais recentes do programa *Healthy Families America* mostraram efeitos modestos, porém favoráveis sobre o desenvolvimento de crianças pequenas.[25, 26]

Foi constatada uma mescla de resultados relacionados à eficácia de programas de visita domiciliar para aumentar a identificação precoce de atrasos de linguagem. A taxa de detecção de atraso de linguagem foi significativamente melhor no modelo *Nurse-Family Partnership*,10 ao passo que um estudo sobre o programa *Hawaii Healthy Start* não mostrou evidências de prevenção de atrasos de linguagem ou de melhorias na identificação precoce.[27]

Em alguns modelos de intervenção, não foi possível documentar por meio de grupos de controle os impactos sobre práticas parentais e ambiente domiciliar, fatores que são preditivos da aprendizagem inicial e do desenvolvimento da criança. Uma avaliação do programa *Hawaii Healthy Start* não encontrou diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controle com relação à trajetória de vida da mãe, (realização de objetivos educacionais e de vida), uso de drogas, violência praticada por parceiro, sintomas depressivos, o lar como ambiente de aprendizagem, interação genitor-criança, estresse parental e medidas de desenvolvimento e saúde da criança.[25] No entanto, a participação no programa foi associada a uma redução no número de casos de abuso de crianças.

Uma avaliação do programa *Parents as Teachers (PAT)*, realizada na década de 1990, também não conseguiu encontrar diferenças entre grupos com relação à medição de conhecimentos e comportamentos parentais ou de saúde e desenvolvimento da criança.[17] Em algumas dessas medições foram constatadas pequenas diferenças positivas para mães adolescentes e mães latinas. Estudos randomizados controlados realizados mais recentemente com o currículo do *Parents as Teachers Born to Learn* de fato constatam efeitos significativos sobre o desenvolvimento cognitivo e a motivação para a superação aos 2 anos de idade apenas para famílias de baixa condição socioeconômica.[28] Um estudo clínico randomizado controlado do programa *Family Check-Up* demonstrou impactos favoráveis sobre bebês em situação de risco e práticas parentais positivas.[29]

Experimentos clínicos randomizados controlados vêm mostrando também que os programas têm maior probabilidade de apresentar efeitos positivos quando são direcionados aos subgrupos mais necessitados de uma população. Por exemplo, no modelo *Nurse-Family Partnership*, filhos de mães com poucos recursos psicológicos apresentaram melhor desempenho acadêmico em matemática e leitura do primeiro ao sexto ano de escolarização em comparação com seus pares do grupo de controle – ou seja, mães com características semelhantes, sem a intervenção.[30,31]

O maior estudo clínico randomizado de um programa de intervenção precoce abrangente para bebês prematuros com baixo peso ao nascer (do nascimento aos 3 anos de idade) – o *Infant Health and Development Program* – incluiu um componente de visitação domiciliar associado a um programa educacional baseado em centros de atendimento.[7] Aos 3 anos de idade, crianças do grupo de intervenção apresentaram resultados cognitivos e comportamentais significativamente melhores e melhor interação com seus genitores. Os resultados positivos foram mais acentuados no subgrupo de famílias e crianças socioeconomicamente mais pobres, e naquelas que participaram mais plenamente da intervenção. O programa *Chicago Parent-Child Center* também associou um programa estruturado de pré-escola a um componente de visitação domiciliar. Esse programa constatou diferenças de longo prazo entre participantes do programa e seus pares no grupo de controle. As crianças participantes apresentaram taxas mais altas de conclusão do ensino médio, taxas mais baixas de repetência e de colocação em educação especial, e uma taxa mais baixa de detenção de jovens.[32] A avaliação do *Healthy Steps* é outro exemplo de que uma programação mais intensiva leva a impactos mais abrangentes, apresentando resultados significativamente melhores na linguagem infantil quando o programa tem início no período pré-natal e prolonga-se por 24 meses.[33] Esses estudos sugerem que, para produzir efeitos mais abrangentes, talvez seja necessária uma intervenção mais intensiva, envolvendo diretamente a criança.

Conclusões

As pesquisas sobre visita domiciliar não vêm conseguindo demonstrar efeitos fortes e consistentes desses programas sobre as crianças e as famílias participantes. No entanto, vêm sendo recorrentemente relatados efeitos modestos sobre o desenvolvimento inicial e o comportamento da criança, comportamentos parentais e práticas disciplinares. Aparentemente, os programas que são elaborados e implantados com maior rigor levam a melhores resultados. Programas de visita domiciliar também parecem oferecer maiores benefícios para determinados subgrupos de famílias, como mães de baixa renda, mães solteiras e mães adolescentes.

Implicações

Como tendência, os programas bem-sucedidos com famílias que correm maior risco de não obter bons resultados no desenvolvimento de suas crianças são aqueles que oferecem um foco abrangente – direcionado às múltiplas necessidades das famílias – e que, portanto, talvez tenham custos mais altos para seu desenvolvimento, sua implantação e sua manutenção. Em seu estágio atual de desenvolvimento, programas de visita domiciliar aparentemente não representam a solução de baixo custo esperada por formuladores de políticas e pelo público para resolver problemas de saúde e de desenvolvimento da criança.[5] No entanto, práticas eficazes e as informações acumuladas sobre resultados no longo prazo podem levar ao desenvolvimento de programas replicáveis, capazes de produzir resultados modestos, mas positivos e consistentes para as famílias participantes.

Estudos mais recentes mostram-se promissores quanto ao impacto que a promoção de práticas parentais positivas e de apoio domiciliar para a aprendizagem inicial podem exercer sobre os resultados em relação ao desenvolvimento infantil e à prontidão escolar. À medida que compreendermos melhor os mecanismos para gerar esses impactos, tanto diretos quanto indiretos, as pesquisas demonstrarão a abordagem mais eficaz para estabelecer a conexão entre os serviços de visita domiciliar e de educação na primeira infância e os programas de cuidados infantis, de modo a alcançar resultados positivos de forma mais completa. Por exemplo, um motivo possível que leva o modelo *Nurse-Family Partnership* a produzir efeitos tão marcantes sobre o desempenho acadêmico da criança em comparação com outros modelos de intervenção é o fato de a criança, cujos genitores participaram do programa, ter maior probabilidade de ser matriculada em programas formais de educação na primeira infância entre 2 e 5 anos de idade.[24] Programas de visita domiciliar podem ajudar a estimular famílias em situação de alto risco a valer-se dos programas de educação inicial disponíveis que podem apoiar os resultados de prontidão escolar de seus filhos.

Referências

1. Roberts, R. N., & Wasik, B. H. (1990). Home visiting programs for families with children birth to three: Results of a national survey. *Journal of Early Intervention*, 14, 274-284.
2. Wasik, B. H., & Bryant, D. M. (2000). Home visiting: Procedures for helping families (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
3. Behrman, R. E. (Ed.). (1999). *The future of children. Home visiting: Recent program evaluations*(Vol. 9). Los Altos, CA: The David and Lucile Packard Foundation.

4. Halpern, R. (2000). Early childhood intervention for low-income children and families. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 361-386). New York, NY: Cambridge University Press.

5. Gomby, D. S., Culross, P. L., & Behrman, R. E. (1999). *Home visiting: Recent program evaluations-analysis and recommendations. The Future of Children*, 9(1), 4-26.

6. Wagner, M., Spiker, D., & Linn, M. I. (2002). *The effectiveness of the Parents as Teachers program with low-income parents and children*. Topics in Early Childhood Special Education, 22(2), 67-81.

7. Gross, R. T., Spiker, D., & Haynes, C. W. (Eds.). (1997). *Helping low birth weight, premature babies*. Stanford, CA: Stanford University Press.

8. Karoly, L. A., Greenwood, P. W., Everingham, S. S., Hoube, J., Kilburn, M. R., Rydell, C. P., et al. (1998). *Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions* (No. MR-898-TCWF). Santa Monica, CA: RAND Corporation.

9. 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: 15-year follow-up of a randomized trail. *Journal of the American Medical Association*, 278(8), 637-643.

10. Olds, D. L. (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 3(3), 153-172.

11. Wagner, M., Spiker, D., Linn, M. I., Gerlach-Downie, S., & Hernandez, F. (2003). Dimensions of parental engagement in home visiting programs: Exploratory study. Topics in Early Childhood Special Education, 23(4), 171-187.

12. Roberts, R. N., Wasik, B. N., Casto, G., & Ramey, C. T. (1991). Family support in the home: Programs, policy, and social change. *American Psychologist*, 46(2), 131-137.

13. Paulsell, D., Avellar, S., Sama Martin, E., & Del Grosso, P. (2010). Home visiting evidence of effectiveness review: Executive summary. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services.

14. Duggan, A. K., McFarlane, E. C., Windham, A. M., Rohde, C. A., Salkever, D. S., Fuddy, L., et al. (1999). Evaluations of Hawaii's Healthy Start Program. *The Future of Children*, 9(1), 66-90.

15. Olds, D. L., Henderson, C. R., Jr., Kitzman, H. J., Eckenrode, J. J., Cole, R. E., & Tatelbaum, R. C. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *The Future of Children*, 9(1), 44-65.

16. Korfmacher, J., Kitzman, H., & Olds, D. L. (1998). Intervention processes as predictors of outcomes in a preventive home visitation program. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 26(1), 49-64.

17. Wagner, M. M., & Clayton, S. L. (1999). The Parents as Teachers program: Results from two demonstrations. *The Future of Children*, 9(1), 91-115.

18. Baker, A. J. L., Piotrkowski, C. S., & Brooks-Gunn, J. (1999). The Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPY). *The Future of Children*, 9(1), 116-133.

19. Hebbeler, K. M., & Gerlach-Downie, S. G. (2002). Inside the black box of home visiting: A qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly*, 17, 28-51.

20. Roggman, L. A., Cook, G. A., Peterson, C. A., & Raikes, H. H. (2008). Who drops out of Early Head Start home visiting programs? *Early Education & Development*, 19(4), 574-599.

21. Caughy, M. O., Huang, K., Miller, T., & Genevro, J. L. (2004). The effects of the Healthy Steps for Young Children Program: Results from observations of parenting and child development. *Early Childhood Research Quarterly*, 19(4), 611-630.

22. Minkovitz, C. S., Strobino, D., Mistry, K. B., Scharfstein, D. O., Grason, H., Hou, W., et al. (2007). Healthy steps for young children: Sustained results at 5.5 years. *Pediatrics*, 120(3), 658−668.

23. Nievar, M. A., Jacobson, A., Chen, Q., Johnson, U., & Dier, S. (2011). Impact of HIPPY on home learning environments of Latino families. *Early Childhood Research Quarterly*, 26, 268-277.

24. Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., et al. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 6(6), 1550-1559.

25. Caldera, D., Burrell, L., Rodriguez, K., Crowne, S. S., Rohde, C., & Duggan, A. (2007). Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse & Neglect*, 31(8), 829-852.

26. Landsverk, J., Carrillo, T., Connelly, C. D., Ganger, W., Slymen, D., Newton, R., & al., e. (2002). Healthy Families San Diego clinical trial: Technical report. San Diego, CA: The Stuart Foundation, The California Wellness Foundation, State of California Department of Social Services: Office of Child Abuse Prevention.

27. King, T. M., Rosenberg, L. A., Fuddy, L., McFarlane, E., Sia, C., & Duggan, A. K. (2005). Prevalence and early identification of language delays among at-risk three year olds. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(4), 293-303.

28. Drotar, D., Robinson, J., Jeavons, L., & Lester Kirchner, H. (2009). A randomized, controlled evaluation of early intervention: The Born to Learn curriculum. Child: Care, *Health & Development*, 35(5), 643-649.

29. Shaw, D. S., Dishion, T. J., Supplee, L., Gardner, F., & Arnds, K. (2006). Randomized trial of a family-centered approach to the prevention of early conduct problems: 2-year effects of the family check-up in early childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 1−9.

30. Olds, D. L., Kitzman, H., Hanks, C., Cole, R., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., et al. (2007). Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: Age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 120(4), e832-e845.

31. Kitzman, H. J., Olds, D. L., Cole, R. E., Hanks, C. A., Anson, E. A., Arcoleo, K. J., et al. (2010). Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 164(5), 412-418.

32. Reynolds, A. J., Temple, J. A., Robertson, D. L., & Mann, E. A. (2001). Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest: A 15-year follow-up of low-income children in public schools. *Journal of the American Medical Association*, 285(18), 2339-2346.

33. Johnston, B. D., Huebner, C. E., Anderson, M. L., Tyll, L. T., & Thompson, R. S. (2006). Healthy steps in an integrated delivery system: Child and parent outcomes at 30 months. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(8), 793-800.