VISITA DOMICILIAR

Resultados de saúde mental materna, saúde mental da criança e visitação domiciliar

[1]Robert T. Ammerman, PhD, [2]S. Darius Tandon, PhD

[1]Cincinnati Children's Hospital Medical Cener and University of Cincinnati College of Medicine, EUA, [2]Johns Hopkins niversity Department of Pediatrics, EUA

Setembro 2012

Introdução

Problemas de saúde mental, entre os quais o mais comum é a depressão materna, têm alta prevalência em meio a mulheres de baixa renda – uma constatação nada surpreendente, uma vez que essas mulheres vivem em situação de alto risco devido a fatores como eventos estressantes, pouco apoio social e tensões em relação aos cuidados com os filhos, dificuldades conjugais e pobreza.[1,2] Crianças cujas mães sofrem de depressão, inclusive depressão subclínica, podem vivenciar uma série de condições negativas, como atraso de desenvolvimento, deficiência cognitiva e apego inseguro.[3,4] Uma vez que atendem a um grande número de mulheres em período perinatal, os programas de visita domiciliar estão em posição privilegiada para abordar a depressão materna. Neste capítulo, concentramo-nos em pesquisas recentes sobre como programas de visita domiciliar identificam e respondem à depressão materna; identificamos lacunas nas pesquisas já existentes e oferecemos recomendações para práticas e políticas baseadas na comunidade para a abordagem da depressão materna durante a visita domiciliar.

©2012-2026 ABILIO | VISITA DOMICILIAR

Do que se trata

Programas de visita domiciliar são comuns em países desenvolvidos, refletindo esforços para otimizar o desenvolvimento da criança e a trajetória de vida da mãe. Esses programas vêm recebendo investimentos substanciais, não só financeiros, mas também no âmbito social. Pesquisas revelaram a alta proporção de mães atendidas nas visitas domiciliares que sofrem de problemas de saúde mental: até 50% apresentam níveis de depressão clinicamente elevados durante os primeiros anos de vida do desenvolvimento de seu filho, que são críticos.[5] Há evidências de que muitas mães com depressão não conseguem aproveitar todos os benefícios das visitas domiciliares.[6] Identificando mães deprimidas ou em risco de depressão que estão participando do programa, e tratando ou prevenindo a condição e suas consequências deletérias, é possível melhorar os resultados do programa e promover o desenvolvimento saudável da criança.

Problemas

A depressão em mães de primeiro filho tem efeitos profundos e, em geral, de longo prazo sobre as habilidades parentais e o desenvolvimento da criança. Mães deprimidas são frequentemente sobrecarregadas com a maternidade, têm dificuldade em ler os sinais infantis, lutam para atender as necessidades sociais e emocionais de seus filhos, e são menos tolerantes em relação ao mau comportamento das crianças.[7] Filhos de mães deprimidas, principalmente quando expostos à depressão no primeiro ano de vida, são mais propensos a ter fraco apego com seus cuidadores, apresentar disfunções emocionais e comportamentais, ter dificuldade de atenção e de memória, e correm maior risco de apresentar distúrbios psiquiátricos ao longo da infância.[8] A visitação domiciliar concentra-se na promoção do desenvolvimento saudável da criança, melhorando as habilidades parentais e o funcionamento materno. Uma vez que apresentam problemas de humor persistentes ao longo da participação no programa, mães deprimidas beneficiam-se menos dos serviços, e seus filhos continuam em risco de apresentar resultados fracos. Além disso, um dos objetivos da visita domiciliar é conectar mães a outros serviços profissionais existentes em suas comunidades, incluindo o tratamento de saúde mental. No entanto, visitadores domiciliares talvez não reconheçam a necessidade desse encaminhamento para mães deprimidas e, mesmo quando conseguem identificar e encaminhar o caso para profissionais de saúde mental, poucas mães recebem tratamento eficaz.[6]

Contexto de pesquisa

©2012-2026 ABILIO | VISITA DOMICILIAR

Apesar do crescente número de estudos sobre a eficácia de programas de visita domiciliar, apenas recentemente a depressão materna vem recebendo atenção. Vêm sendo realizadas pesquisas para determinar a prevalência da depressão materna em meio a mães assistidas por visitas domiciliares,[9,10,11,12] e esses estudos relatam taxas de sintomas de depressão em torno de 50%. É menor o número de estudos que examinaram a identificação da depressão materna em participantes de programas de visita domiciliar,[9,11] e os desafios relacionados à identificação da condição e às respostas fornecidas pelos programas.[13,14] Reconhecendo a prevalência de depressão materna e as limitadas respostas dos programas a essa questão, foram desenvolvidas intervenções que visam prevenir e tratar essa condição.

Questões-chave de pesquisa

Há três questões-chave de pesquisa:

- Em primeiro lugar, qual é o impacto de programas de visita domiciliar sobre resultados de interesse de depressão materna (como habilidades parentais, ciclo de vida da mãe e desenvolvimento e saúde da criança)?
- Em segundo lugar, qual é a prevalência e qual é o ciclo da depressão materna no contexto da visitação domiciliar? Uma questão relacionada é a compreensão das implicações de altos níveis de sintomas depressivos *versus* diagnóstico de um transtorno depressivo importante.
- Em terceiro lugar, qual é a melhor abordagem para prevenir e tratar a depressão em mães de primeiro filho que participam de programas de visita domiciliar?

Resultados de pesquisas recentes

Visita domiciliar e depressão materna

Até o momento, há poucas evidências de que programas de visita domiciliar causem impacto sobre a depressão materna. Um experimento randomizado controlado, comparando famílias visitadas pelo programa com participantes do grupo de controle atendidos por outros serviços comunitários, constatou uma diferença estatisticamente significativa em sintomas depressivos médios dois anos após a inscrição, mas essa diferença não foi considerada significativa três anos depois do ingresso no programa.[15] Um segundo estudo do *Early Head Start* não encontrou diferenças nos sintomas depressivos entre participantes dos grupos de intervenção e de controle no período pós-intervenção, embora tenha sido detectada uma diferença no acompanhamento de mais longo prazo, antes do ingresso das crianças na educação infantil.[10] Outros estudos sobre

experimentos randomizados controlados não constataram efeitos da visitação domiciliar sobre os sintomas de depressão materna.[12,16,17]

Há evidências de que a depressão pode causar impacto negativo sobre os efeitos de programas desse tipo. A depressão vem sendo associada com atitudes parentais negativas e conhecimentos limitados sobre desenvolvimento infantil.[18] No projeto *Early Head Start Research and Evaluation*, [6] mães deprimidas mostraram déficits na interação mãe-criança e na realização de objetivos de educação e trabalho em relação àquelas sem depressão. No entanto, mães deprimidas também mostraram ganhos em alguns aspectos do envolvimento com seus filhos durante tarefas estruturadas. Duggan *et al*.[19] constataram que mães deprimidas e com níveis mais baixos de apego ansioso mostraram melhorias quanto à sensibilidade aos sinais da criança em comparação com aquelas com níveis mais altos de apego ansioso e aquelas que não receberam visitas domiciliares. Pesquisas sobre o *Nurse-Family Partnership*[20] vêm mostrando de forma consistente que mães com poucos recursos psicológicos – um constructo que inclui alguns sintomas de depressão – beneficiam-se mais da visitação domiciliar. Em conjunto, fica evidente que a depressão afeta os resultados das visitas domiciliares de maneiras complexas.

Identificação da depressão materna e respostas a essa condição

Visitadores domiciliares normalmente não identificam a depressão materna ou respondem a essa condição durante o ciclo de suas visitas.[11,12,17] Aparentemente, diversos motivos contribuem para a falta de atenção dos visitadores em relação à depressão materna: o sentimento de que não têm capacitação adequada em abordagens que discutam o tema com as pessoas assistidas; percepção de que clientes deprimidas têm maior dificuldade de se envolver nas visitas; desafios para priorizar discussões sobre más condições de saúde mental no contexto de outras necessidades prementes das mães; e falta de clareza sobre até que ponto devem abordar a depressão materna. [13,14] Triagem e encaminhamento sistemáticos no momento da inscrição no programa podem contribuir para identificar mulheres que necessitam de apoio para depressão materna.

Tratamento da depressão materna

Uma vez que mães deprimidas raramente obtêm tratamento eficaz na comunidade, vêm sendo desenvolvidas duas abordagens que fornecem tratamento a domicílio. Ammerman e colegas criaram a Terapia Cognitivo-Comportamental a Domicílio (TCC-ED),[21] uma abordagem estruturada e baseada em um manual fornecido por um terapeuta com especialização em nível

de mestrado. Trata-se de uma forma adaptada do tratamento baseado em evidências para a depressão, que foi modificado para o contexto domiciliar, abordando as necessidades singulares de mães de primeiro filho que estão socialmente isoladas e vivem na pobreza, e que envolve o visitador para facilitar um relacionamento forte e colaborativo, visando maximizar resultados para mães e filhos. Um experimento clínico recente[22] envolvendo mães com transtornos depressivos importantes constatou que aquelas que receberam TCC-ED na visita domiciliar apresentaram níveis mais baixos de diagnóstico de transtorno depressivo importante no período pós-tratamento do que aquelas que receberam apenas a visita domiciliar – 29,3% versus 69%; e após três meses de acompanhamento, 21% versus 52,6%. No grupo que recebeu TCC-ED, foram registradas também quedas mais acentuadas nos sintomas autorrelatados de depressão, maior apoio social, níveis mais baixos de outros sintomas psiquiátricos e maior capacidade funcional.

Beeber et al.[23] realizaram um experimento clínico de psicoterapia interpessoal (PI) com 80 mães latinas, recém-chegadas ao país, com 15 anos de idade ou mais, que estavam participando do Early Head Start. Mães deprimidas foram designadas aleatoriamente para tratamento de PI ou para a condição de “cuidados normais”. O tratamento foi ministrado por enfermeiros psiquiátricos que contavam com a ajuda de um intérprete de espanhol. A equipe ministrou 11 sessões, e o intérprete ministrou cinco reforços adicionais. Em comparação com o grupo de cuidados normais, os resultados dos pacientes da PI mostraram quedas mais significativas na depressão autorrelatada, que ainda se mantinham um mês após o tratamento.

Intervenções para prevenir a depressão materna

Tendo em vista o grande número de participantes do programa que corriam risco de desenvolver depressão clínica, Tandon e colegas adaptaram uma intervenção – o Curso de Mães e Bebês[24] – para ser utilizada em visitas domiciliares para prevenir a depressão. Constatações de um experimento randomizado controlado[25,26] realizado recentemente mostraram que os sintomas depressivos diminuíram a uma taxa significativamente maior para as participantes dessa intervenção do que para aquelas que recebiam os cuidados normais, observados a intervalos diferentes: entre o início e uma semana, três semanas e seis meses após a intervenção, sendo que os efeitos mais fortes foram verificados aos seis meses após a intervenção. Esse grupo mostrou também menor propensão a ter um episódio depressivo aos seis meses após a intervenção do que as participantes que recebiam cuidados normais – 14,6% *versus* 32,4% –, conforme avaliado em entrevista clínica estruturada.

Lacunas de pesquisas

A pesquisa sobre depressão em programas de visita domiciliar encontra-se ainda em suas etapas iniciais. São necessários estudos orientados por conceitos teóricos, que analisem o impacto da depressão materna sobre os resultados da mãe e da criança que participam de programas de visita domiciliar. O foco primário desse esforço deve ser um melhor entendimento de como a gravidade e a duração da depressão interagem com elementos do programa para produzir resultados positivos ou negativos. A esse respeito, poucos estudos fizeram distinção entre níveis elevados de sintomas depressivos e a condição clínica de transtorno depressivo importante. É possível que tal distinção seja relevante para compreender o impacto da depressão sobre a visitação domiciliar, e qual a melhor forma de abordá-la. A identificação de influências moderadoras e mecanismos de mudança orientará o aprimoramento de programas de visita domiciliar, visando o melhor atendimento das necessidades dessa população. Esses refinamentos dos programas provavelmente envolverão capacitação e supervisão do visitador, mudanças curriculares, avaliações e identificação sistemáticas, e abordagens ampliadas que busquem prevenir a depressão ou fornecer tratamento eficaz para aquelas que já sofrem de transtorno depressivo importante. Com relação à prevenção e ao tratamento, são poucas as informações sobre os impactos que esses adendos ao programa podem causar no longo prazo. O transtorno depressivo importante é episódico, e a recaída é comum. Como resultado, abordagens de prevenção e tratamento que reduzam o risco de recaída e/ou aumentem os intervalos entre os episódios no longo prazo oferecem a maior oportunidade de benefícios para mães e crianças. Por fim, é preciso compreender melhor como divulgar programas empíricos de prevenção e tratamento em larga escala, e por meio de diferentes modelos de visita domiciliar.

Conclusões

Saúde mental materna, em particular a depressão, é uma preocupação séria nos programas de visita domiciliar. Evidências sugerem que a depressão é altamente prevalente. Visitadores domiciliares enfrentam desafios frequentes quando trabalham com mães deprimidas, têm dificuldade de identificar a depressão e lutam para vincular as mães a tratamentos eficazes de saúde mental na comunidade. Pesquisas que avaliam o impacto da depressão sobre os resultados da visita domiciliar são mescladas com alguns estudos que relatam resultados negativos, ao passo que outros sugerem que mães deprimidas podem ser beneficiadas por esses programas. No entanto, estudos mostram que a visitação domiciliar isoladamente tem impacto positivo limitado sobre os sintomas de depressão materna. A saúde e o desenvolvimento de crianças cujas

mães demonstram depressão durante a visita domiciliar podem ser afetadas por essa condição. Existem atualmente diversas abordagens baseadas em evidências para prevenir e tratar a depressão. Embora novas pesquisas continuem sendo necessárias, constatações preliminares são estimulantes e sugerem que a visita domiciliar é um contexto importante para alcançar mães deprimidas ou em risco de depressão.

Implicações para genitores, serviços e políticas

Uma vez que a depressão tem alta prevalência em meio a mulheres inscritas em programas de visita domiciliar, devem ser utilizadas abordagens multimodais sistemáticas para identificar a questão e responder ao problema de forma eficaz e eficiente. Em primeiro lutar, deve ser feita uma avaliação sistemática para cada nova participante do programa. Ferramentas de avaliação confiáveis, válidas e rápidas estão prontamente acessíveis, e podem ser integradas aos processos padronizados de admissão. Em segundo lugar, os programas precisam capacitar os visitadores domiciliares sobre como abordar a depressão materna durante as visitas. Os visitadores devem entender quando e como a depressão materna deve ser abordada, e quando os casos devem ser encaminhados para profissionais de saúde mental. A capacitação deve fornecer também orientação sobre como equilibrar conversas sobre necessidades da família que tenham sido identificadas, incluindo discussões relativas à depressão materna e outros fatores psicossociais de risco que prejudicam práticas parentais eficazes. É preciso dar ênfase ao desenvolvimento das habilidades dos visitadores, e garantir que essas habilidades sejam utilizadas. Supervisão reflexiva[27] e treinamento[28] são duas abordagens que vêm sendo utilizadas com eficácia em outros contextos para desenvolver e manter habilidades das equipes. Em terceiro lugar, esforços para ampliar serviços de visitação domiciliar que incluam intervenções de saúde mental, visando prevenir e tratar a depressão materna devem passar por novas avaliações, por meio de estudos e pesquisas realizados de maneira rigorosa e ampliados conforme a situação. É preciso também empreender esforços para integrar intervenções de prevenção e tratamento em um único programa de visita domiciliar, de modo a apoiar todas as mulheres que necessitam de intervenções para depressão materna. Os interessados devem ser envolvidos em cada uma das áreas recomendadas para políticas e práticas – entre eles, as equipes de visitadores e as participantes – para garantir o desenvolvimento de abordagens ecologicamente válidas, e assegurar a adesão e a apropriação dos programas pela comunidade.

Referências

1. Mayberry, L. J., Horowitz, J. A., & Declercq, E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among US women during the first 2 years postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36, 542-549.
2. Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., & Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression: The relative significance of three social status indices. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 316-321.
3. Center on the Developing Child. (2009). *Maternal depression can undermine the development of young children (Working Paper 8)*. Boston, MA: Harvard University.
4. National Research Council and Institute of Medicine. (2009). *Depression in parents, parenting and children: Opportunities to improve identification, treatment and prevention*. Washington DC: The National Academies Press.
5. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Bosse, N. R., Teeters, A. R., & Van Ginkel, J. B. (2010). Maternal depression in home visitation: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 191-200.
6. Administration on Children Youth and Families. (2002). *Making a difference in the lives of children and families: The Impacts of Early Head Start Programs on infants and toddlers and their families*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
7. Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 107-135.
8. Hay, D. F., Pawlby, S., Waters, C. S., Perra, O., & Sharp, D. (2010). Mothers' antenatal depression and their children's antisocial outcomes. *Child Development*, 81, 149-165.
9. Ammerman, R. T., Putnam, F. W. , Altaye, M., Chen, L., Holleb, L., Stevens, J., Short, J., & Van Ginkel, J. B. (2009). Changes in depressive symptoms in first time mothers in home visitation. *Child Abuse & Neglect*, 33, 127-138.
10. Chazan-Cohen, R., Ayoub, C., Pan, B. A., Roggman, L., Raikes, H., McKelvey, L., & Hart, A. (2007). It takes time: Impacts of Early Head Start that lead to reductions in maternal depression two years later. *Infant Mental Health Journal*, 28, 151-170.
11. Tandon, S. D., Parillo, K. M, Jenkins, C. J., & Duggan, A. K. (2005). Home visitors' recognition of and response to malleable risk factors among low-income pregnant and parenting women. *Maternal Child Health Journal*, 9, 273-283.
12. 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, 801-827.
13. Lecroy, C. W., & Whitaker, K. (2005). Improving the quality of home visitation: An exploratory study of difficult situations. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1003-1013.
14. Tandon, S. D., Mercer, C., Saylor, E., & Duggan, A. K. (2008). Paraprofessional home visitors' perceptions of addressing poor mental health, substance abuse, and domestic violence: A qualitative study. *Early Childhood Research Quarterly*, 23, 419-428.
15. Landsverk, J., Carrilio, T., Connelly, C. D., Granger, W. C., Slymen, D. J., & Newton R. R. (2002). *Healthy Families San Diego clinical trial: Technical report*: San Diego, CA: San Diego Children's Hospital and Health Center.
16. Mitchell-Herzfeld, S., Izzo, C., Greene, R., Lee, E., & Lowenfels, A. (2005). *Evaluation of Healthy Families New York (HFNY): First year program impacts*. Albany, NY: Healthy Families New York.
17. Duggan, A. K., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S., McFarlane, E., Windham, A., & Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program to prevent child abuse: Impact in reducing parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 28, 623-643.
18. Jacobs, S., & Easterbrooks, M. A. (2005). Healthy Familes Massachusetts final evaluation report. 2005; Retrieved from http://www.healthyfamiliesamerica.org/downloads/eval_hfm_tufts_2005.pdf.
19. Duggan, A., Berlin, L., Cassidy, J., Burrell, L., & Tandon, S. (2009). Examining maternal depression and attachment insecurity as moderators of the impacts of home visiting for at-risk mothers and infants. *Journal of Consulting Clinical*

Psychology, 77, 788-799.

20. Olds, D. L. (2010). The nurse-family partnership: From trials to practice. In A. J. Reynolds, A. J. Rolnick, M. M. Englund, & J. A. Temple (Eds.) (2010). *Childhood programs and practices in the first decade of life: A human capital integration* (pp.40-75). New York, NY: Cambridge University Press.
21. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Stevens, J., Bosse, N. R., Short, J. A., Bodley, A. L., & Van Ginkel, J. B. (2011). An open trial of in-home CBT for depressed mothers in home visitation. *Maternal and Child Health Journal*, 15, 1333-1341.
22. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Altaye, M., Stevens, J., & Van Ginkel, J. B. (2012). A clinical trial of In-Home CBT for depressed mothers in home visitation. Unpublished manuscript, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, Ohio, USA.
23. Beeber, L. S., Holditch-Davis, D., Perreira, K., Schwartz, T., Lewis, V., Blanchard, H., Canuso, R., & Goldman, B. D. (2010). Short-term in-home intervention reduces depressive symptoms in early head start Latina mothers of infants and toddlers. *Research in Nursing & Health*, 33, 60-76.
24. Munoz, R. F., Le, H. N., Ippen, C. G., Diaz, M. A., Urizar, G. G., et al. (2007). Prevention of postpartum depression in low-income women: Development of the Mamas y Bebes/Mothers and Babies Course. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 70-83.
25. Tandon, S. D., Mendelson, T., Kemp, K., Leis, J., Perry, D. (2011). Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 707-712
26. Tandon, S. D., Leis, J., Mendelson, T., Perry, D. F., & Kemp, K. (2012).6-month outcomes from a randomized controlled trial to prevent perinatal depression in low-income home visiting clients. Unpublished manuscript, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA.
27. Heller, S. S., & Gilkerson, L. (2011).*Practical guide to reflective supervision*. Washington, DC: Zero to Three.
28. Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida.