



Enciclopédia
sobre o Desenvolvimento
na Primeira Infância



Visita domiciliar

Atualizado: Setembro 2015

Tradução: B&C Revisão de Textos | Revisão técnica: Alessandra Schneider, CONASS, Brasil

Índice

Síntese	4
Programas de visita domiciliar e seu impacto sobre crianças pequenas	7
ERIKA GAYLOR, PHD, DONNA SPIKER, PHD, SETEMBRO 2012	
Programas de visita domiciliar nos períodos pré-natal e pós-natal e seu impacto sobre o desenvolvimento social e emocional de crianças pequenas (do nascimento aos 5 anos de idade)	14
NANCY DONELAN-MCCALL, PHD, DAVID OLDS, PHD, SETEMBRO 2012	
Resultados de saúde mental materna, saúde mental da criança e visitação domiciliar	20
ROBERT T. AMMERMAN, PHD, S. DARIUS TANDON, PHD, SETEMBRO 2012	
Evidências do papel da visita domiciliar na prevenção de maus-tratos à criança	27
KIMBERLY BOLLER, PHD, SETEMBRO 2012	
Replicando e multiplicando programas de visita domiciliar baseados em evidências: o papel de pesquisas sobre implementação	33
DIANE PAULSELL, MPA, SETEMBRO 2012	

Tema financiado por



Síntese

Qual é sua importância?

Programas de visita domiciliar constituem um tipo de estratégia de prevenção por meio da qual um provedor capacitado fornece uma gama de serviços estruturados para crianças pequenas e suas famílias, em um ambiente doméstico. Esses serviços estruturados incluem, entre outros, gestão de casos, encaminhamento para serviços comunitários existentes, educação parental e infantil, e apoio social a gestantes. Embora a participação em programas de visita domiciliar seja voluntária, na maior parte das vezes, alguns estados e comunidades incentivam enfaticamente a participação de famílias em situação de risco de maus-tratos. Ao longo das duas últimas décadas, vem aumentando continuamente o número de programas de visita domiciliar implantados em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Exemplos de programas no Canadá e nos Estados Unidos incluem *Parent as Teachers*, *Nurse Family Partnership*, *Early Head Start* e *Healthy Steps*; e na América Latina e no Caribe, *Educa tu Hijo*¹, *The Roving Caregivers*² e *Madres Guías*³.

Educa tu Hijo (Cuba) é um programa não institucionalizado, baseado na comunidade e na família, disponível para gestantes e crianças cubanas menores de 6 anos de idade. Os provedores de serviços oferecem cuidados individualizados para crianças e apresentam atividades de estimulação para pais e mães durante sessões domiciliares. Crianças participantes do programa demonstraram impactos positivos sobre seu desenvolvimento nos aspectos socioemocional e motor. A metodologia do programa vem sendo adaptada em diferentes países, entre os quais Equador, Chile, Brasil, México, Venezuela, Colômbia e Guatemala.

The Roving Caregivers (países do Caribe) é um programa de desenvolvimento na primeira infância e de apoio à família, disponível para crianças caribenhas menores de 3 anos de idade em situação de risco. Em visitas realizadas regularmente, provedores oferecem diversos serviços, tais como apoio direto às crianças e às suas famílias, cuidados e atenção de qualidade, melhores condições de saúde e nutrição, e preparação para ingresso na educação infantil. Crianças que participaram do programa mostraram melhorias em termos de desenvolvimento cognitivo, linguagem expressiva, percepção visual e prontidão escolar global.

Madres Guías (Honduras, América Central) é um dos programas domiciliares baseados na comunidade mais abrangentes. Atende crianças desde o nascimento até 4 ou 6 anos de idade, e gestantes que vivem abaixo da linha da pobreza em municípios com as mais altas taxas de mortalidade e desnutrição no país. O programa *Madres Guías* (isto é, mães que guiam) fornece educação pré-natal, exames para o recém-nascido, estimulação precoce, educação parental e apoio a pais e mães, serviços de nutrição e educação básica. Todos os materiais utilizados para o trabalho com crianças e/ou para a capacitação parental são adaptados para o idioma e as condições socioculturais das comunidades.

Embora haja diferenças entre os programas de visita domiciliar em termos de *população-alvo* (crianças com deficiência, mães adolescentes, famílias em situação de risco), *provedores* (profissionais, paraprofissionais, voluntários), *atividades* e *programação*, todos compartilham o mesmo objetivo, que é apoiar o crescimento e o

desenvolvimento saudáveis da criança. Mais especificamente, a maioria dos programas de visita domiciliar tem o objetivo de melhorar o entendimento de pais e mães sobre a criação dos filhos, ampliar seus conhecimentos e aprimorar sua capacidade de fornecer um ambiente positivo para suas crianças. Uma vez que alcançam famílias e cuidadores que de outro modo não procurariam serviços de apoio, esses programas têm potencial para aprimorar práticas parentais e reduzir resultados adversos a curto e longo prazo para a saúde e o desenvolvimento da criança.

O que sabemos?

Ao longo dos anos, vem aumentando o número de pesquisadores que avaliam a eficácia de programas de visita domiciliar. Constatações desses estudos sugerem um efeito diferenciado em função de resultados de interesse. Embora diversos programas de visita domiciliar sejam eficazes para melhorar os resultados comportamentais e cognitivos da criança – por exemplo, *Early Head Start*, *Nurse-Family Partnership* e *Infant Health and Developmental Program* –, são poucos os que conseguiram melhorar de forma significativa os resultados de gestações; e reduções em relação aos maus-tratos à criança foram constatadas para alguns modelos, mas não para outros. Quanto ao impacto de programas de visita domiciliar sobre a depressão materna, evidências de estudos recentes sugerem que alguns componentes ajudam a melhorar a saúde e o desenvolvimento da criança, assim como a sensibilidade da mãe em relação aos sinais apresentados pela criança. Foi constatado que mães com transtorno depressivo importante que recebem Terapia Cognitiva a Domicílio (TCD) em associação com serviços de visita domiciliar geralmente apresentam maior redução nos sintomas depressivos em comparação com aquelas que recebem apenas a visita domiciliar. Mas fica claro também que muitos visitantes domiciliares precisam de capacitação ou apoio adicional para lidar com a depressão materna.

Além de ser influenciada por resultados de interesse, a eficácia de programas de visita domiciliar depende da população-alvo, dos provedores e do conteúdo da visita domiciliar. Em geral, esses programas são mais eficazes quando os serviços são fornecidos aos subgrupos mais necessitados de uma população – por exemplo, pais e mães que vivem na pobreza, que enfrentam dificuldades psicológicas ou têm crianças com deficiência – e quando os participantes envolvem-se plenamente na intervenção. Além disso, os efeitos positivos mais abrangentes dos programas de visita domiciliar normalmente são constatados quando os serviços são prestados às famílias por enfermeiros e/ou outros profissionais, e não por paraprofissionais. Tendo adquirido as qualificações necessárias por meio de capacitação, supervisão e monitoramento, visitantes domiciliares profissionais têm acesso a maior quantidade de recursos e a apoio, o que, por outro lado, permite que ofereçam serviços de qualidade para as famílias e mantenham alto nível de fidelidade na implementação de programas de visita domiciliar ao longo do tempo. Com relação ao conteúdo das visitas domiciliares, os programas tendem a ser mais eficazes quando os serviços são abrangentes, quando sua implantação segue rigorosamente o modelo, e quando são direcionados às múltiplas necessidades das famílias. Por fim, têm maior probabilidade de resultar em melhor prontidão escolar para a criança os programas de visita domiciliar que promovem relacionamentos de alta qualidade entre genitores e filhos, e que são associados a programas de educação infantil de alta qualidade.

O que pode ser feito?

Para medir com precisão a eficácia de diversos programas de visita domiciliar, deve-se optar por uma

avaliação abrangente, que inclua medidas de múltiplos resultados para a criança e a família, em diferentes momentos. Do mesmo modo, uma vez que a eficácia de programas de visita domiciliar tende a diferir em meio à população-alvo, seria útil coletar informações sobre o impacto que esses programas exercem sobre diversos subgrupos dessa população. Essas informações ajudariam os pesquisadores a determinar também quais dimensões dos programas de visita domiciliar podem ser adaptadas a diferentes contextos e a diferentes populações, sem ameaçar a eficácia do programa e a fidelidade ao modelo.

Novas pesquisas são necessárias também para identificar componentes do programa e os limites de frequência e de duração dos serviços necessários para produzir o maior efeito positivo no longo prazo. Outra área de pesquisa que merece exame mais profundo é o impacto da depressão materna sobre a eficácia dos programas de visita domiciliar. Avanços nas pesquisas não só ajudariam os provedores a compreender melhor de que forma a gravidade da depressão e seu desenvolvimento interagem com os elementos do programa, ocasionando resultados positivos ou negativos, como poderiam também ajudar os visitantes a receber melhor capacitação em apoio a seu trabalho com mães que apresentem níveis significativos de depressão. Assim sendo, visitantes domiciliares são incentivados a aprender, por meio de supervisão e treinamento, quando e de que forma a depressão materna e/ou outros fatores psicossociais de risco podem ser abordados, e em que circunstâncias os casos devem ser encaminhados para profissionais de saúde mental.

Por fim, para melhorar a participação de longo prazo, programas de visita domiciliar devem ser integrados a um sistema mais amplo e diversificado. São necessárias novas pesquisas para compreender de que forma a participação em programas de visita domiciliar nos primeiros anos de vida da criança ajuda a estimular pais e mães 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. UNICEF. La Contextualización del Modelo de Atención Educativa no Institucional Cubano “Educa a tu Hijo” en Países Latinoamericanos. Available at: http://www.movilizando.org/images/Educa_a_tu_Hijo_UNICEF_Siverio.pdf. Accessed September 14, 2012.
2. Foundation for the Development of Caribbean Children. Family & Community Intervention. Available at: <http://www.fdcchildren.org/index/what-we-do/family-community-intervention.html>. Accessed September 14, 2012
3. Vargas-Barón E. Going to Scale: Early childhood development in Latin America. Washington, DC: The RISE Institute; 2009. Available at: http://www.issa.nl/newsletter/09/spring/files/GoingToScale_30Mar2009.pdf. Accessed September 14, 2012.

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, Ed. rev.

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 visita 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 visita 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 visita domiciliar, Gomby, Culross e Berman⁵ 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 visita 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 visita 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 trial. *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.

Programas de visita domiciliar nos períodos pré-natal e pós-natal e seu impacto sobre o desenvolvimento social e emocional de crianças pequenas (do nascimento aos 5 anos de idade)

Nancy Donelan-McCall, PhD, David Olds, PhD

University of Colorado Denver, EUA

Setembro 2012, Ed. rev.

Introdução

Problemas sociais e emocionais de crianças pequenas podem ser atribuídos à saúde pré-natal da mãe,^{1,2} aos cuidados dos genitores^{3,4} e à trajetória de vida da família – fatores como intervalos entre gestações subsequentes, emprego e dependência de assistência social.^{5,6} Programas de visita domiciliar que abordam esses riscos antecedentes e fatores de proteção podem reduzir problemas sociais e emocionais na criança.

Do que se trata

A visita domiciliar tem uma longa história nas sociedades ocidentais como veículo utilizado para prestar serviços a populações vulneráveis. Em muitos países europeus, a visita domiciliar é uma rotina que faz parte dos cuidados de saúde para a mãe e para a criança, embora as práticas existam em menor número no Canadá e nos Estados Unidos.⁷ Ao longo dos últimos 30 anos, uma das mais promissoras estratégias de prevenção destinadas a reduzir taxas de maus-tratos à criança tem sido o provimento de serviços de saúde, educação parental e apoio social a gestantes e famílias com crianças pequenas em suas próprias residências. No entanto, as avaliações que resultam da revisão da literatura sobre programas de visita domiciliar levam a diferentes conclusões.^{8,9}

Programas de visita domiciliar variam quanto à população-alvo, ao modelo utilizado e aos prestadores de serviços. No entanto, a maioria trabalha com o pressuposto de que o comportamento dos genitores quanto à saúde pré-natal, aos cuidados com os filhos e à trajetória de vida afetam o desenvolvimento social e emocional das crianças.¹⁰

Problemas

Exposição pré-natal ao tabaco e complicações obstétricas são fatores que têm relação com a manifestação de problemas de comportamento em crianças.^{1,2} Hoje há evidências de que o impacto da exposição pré-natal ao

tabaco é maior na presença de uma vulnerabilidade genética específica.¹¹

Para a criança, abusos, negligência e tratamento excessivamente severo estão associados à internalização e à externalização de problemas de comportamento, e posterior comportamento violento.^{3,4,12} No entanto, mais uma vez o impacto que maus-tratos à criança exercem sobre comportamento antissocial grave aparentemente é maior na presença de vulnerabilidade genética.¹³ O desenvolvimento social e emocional das crianças pode ser comprometido quando vivem em famílias que dependem de assistência social, em famílias numerosas, com intervalos pequenos entre os nascimentos, ou em famílias monoparentais.^{5,6}

Contexto de pesquisa

Embora algumas meta-análises de programas de visita domiciliar indiquem que muitas modalidades desses programas podem fazer diferença na redução de resultados adversos, como maus-tratos à criança e lesões na infância,^{14,15} esse tipo de análise pode produzir resultados equivocados. Isso ocorre quando não há número suficiente de avaliações de programas representados na classificação cruzada de populações-alvo de visitas domiciliares, modelos de intervenção e histórico de visitantes. Por exemplo, uma revisão sobre prevenção de maus-tratos e danos decorrentes concluiu que programas conduzidos por visitantes domiciliares paraprofissionais não foram eficazes para reduzir relatos de problemas na proteção à criança ou de danos decorrentes, ao passo que programas conduzidos por enfermeiros apresentaram reduções na ocorrência de maus-tratos na infância.⁸

Questões-chave de pesquisa

A compreensão do impacto de programas de visita domiciliar sobre o desenvolvimento social e emocional da criança começa pela identificação daqueles programas que tiveram efeito sobre riscos antecedentes e sobre fatores de proteção associados ao desenvolvimento infantil, e sobre os resultados sociais e emocionais específicos. Mais precisamente, o que os modelos de intervenção de visita domiciliar oferecem para garantir melhores resultados da gestação, redução de abusos e negligência contra a criança, melhor trajetória de vida de pais e mães, e o desenvolvimento social e emocional da criança?

Resultados de pesquisa recentes

Melhores resultados da gestação

Embora um determinado programa de visita domiciliar pré-natal e para bebês, conduzido por enfermeiros, tenha reduzido o uso de tabaco no período pré-natal em dois experimentos,^{18,19} e tenha reduzido a hipertensão induzida pela gestação em uma ampla amostra de afro-americanas,²⁰ a maioria dos demais produziu efeitos decepcionantes sobre os resultados da gestação, tais como peso ao nascer e idade gestacional.^{9,16,7}

Redução de abusos e negligência contra a criança e lesões infligidas à criança

O programa de visita domiciliar pré-natal e para bebês conduzido por enfermeiros, testado com uma amostragem composta basicamente por populações brancas, produziu uma diferença do grupo controle e do grupo de tratamento de 48%, de maneira geral, nas taxas confirmadas de abuso e negligência contra a criança (independentemente de risco), e uma diferença de 80% para famílias com mães de baixa renda e que, no

momento da inscrição no programa, estavam solteiras.²¹ Em um experimento subsequente do programa, envolvendo uma ampla amostra de afro-americanas vivendo em áreas urbanas,²⁰ as taxas correspondentes de maus-tratos à criança foram demasiadamente baixas para que fossem consideradas resultados viáveis. No entanto, os efeitos do programa foram consistentes com a prevenção de abusos e negligência^{20,22} em jornadas de cuidados de saúde infantil com relação a lesões graves e ingestão aos 2 anos de idade, e com a redução nas taxas de mortalidade infantil devido a causas evitáveis aos 9 anos de idade.

Trajatória de vida da mãe

De maneira geral, o efeito de programas de visita domiciliar sobre a trajetória de vida das mães (gestações subsequentes, educação, emprego e utilização de serviços de assistência social) é decepcionante.¹⁰ No experimento do programa de visita domiciliar conduzido por enfermeiros, descrito acima, efeitos duradouros do programa sobre os resultados de trajetória de vida materna foram constatados 15 anos após o nascimento da primeira criança – por exemplo, intervalo entre gestações, utilização de serviços de assistência social, problemas comportamentais de mulheres devido ao consumo de álcool e drogas, e detenção de mulheres de baixa renda e que estavam solteiras no momento da inscrição.²¹ Os efeitos desse programa sobre a trajetória de vida materna foram observados novamente em experimentos separados envolvendo hispânicas¹⁸ e afro-americanas que viviam em áreas urbanas.^{20,23,24}

Problemas sociais e emocionais da criança

Aumenta continuamente o número de programas de visita domiciliar que constataram efeitos benéficos sobre comportamentos de apego de bebês e classificações de apego seguro.^{25,30} O apego seguro é considerado um reflexo da qualidade dos cuidados parentais, e está associado à adaptação comportamental subsequente com os pares.³¹

O programa de visita domiciliar pré-natal e para bebês conduzido por enfermeiros, descrito acima, produziu diferenças nos grupos de controle e de tratamento na detenção de jovens de 15 anos de idade e redução no número de detenções e condenações em meio a mulheres de 19 anos de idade.^{32,33} Em um experimento subsequente, realizado com uma ampla amostra de afro-americanas que viviam em áreas urbanas, o programa produziu impactos no tratamento do consumo de substâncias e de distúrbios de internalização em crianças de 12 anos de idade.³⁴

No terceiro experimento do programa conduzido por visitador enfermeiro, bebês de 6 meses de idade cujas mães tinham baixos recursos psicológicos – isto é, QI materno, saúde mental e sentimento de eficácia – apresentaram menos manifestações emocionais anormais – por exemplo, baixos níveis de afeto e escassa identificação com a figura materna – associadas a maus-tratos à criança.¹⁸

Por fim, um experimento finlandês de visita domiciliar universal conduzido por enfermeiros³⁵ e dois programas norte-americanos implementados por médicos especialistas, com mestrado em saúde mental ou do desenvolvimento, constataram efeitos significativos sobre inúmeros problemas comportamentais importantes da criança.^{36,37} Além disso, um programa de visita domiciliar conduzido por paraprofissionais constatou impacto sobre os comportamentos de externalização e de internalização em crianças de 2 anos de idade. Apesar do grande número de resultados medidos neste estudo, justifica-se a replicação dessas constatações.³⁸

Conclusões

Poucos programas de visita domiciliar conseguiram melhorar resultados de gestação e trajetória de vida de pais e mães, reduzir taxas de abuso e negligência contra crianças, aprimorar cuidados adequados, e amenizar problemas sociais e emocionais da criança. Os programas mais promissores quanto à influência sobre esses resultados foram conduzidos por visitantes domiciliares profissionais, sendo que as evidências mais fortes foram fornecidas por experimentos de intervenções conduzidas por enfermeiros. Em um experimento que incluiu grupos de tratamento separados por atendimento por visitantes enfermeiros e por paraprofissionais, os enfermeiros produziram efeitos duas vezes mais significativos do que aqueles produzidos pelos paraprofissionais.¹⁸

O programa de visita domiciliar pré-natal e para o bebê conduzido por enfermeiros produziu efeitos consistentes sobre resultados clinicamente significativos em três experimentos separados, com populações diferentes vivendo em contextos diferentes e em momentos diferentes da história social e econômica dos Estados Unidos. Tais resultados aumentam a probabilidade de que essas constatações venham a ser aplicáveis a uma ampla gama de populações diferentes nos Estados Unidos de hoje.

Implicações

Na primavera de 2010, a Administração de Serviços e Recursos de Saúde (*Health Resources and Services Administration*) e a Administração para a Criança (*Administration for Children*) anunciaram a disponibilidade de recursos para o *Affordable Care Act (ACA): Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting Program* (Lei de Cuidados Disponíveis: Programa de Visita Domiciliar destinado a mães, bebês e crianças na primeira infância).³⁹ Essa iniciativa enfatiza e apoia a implantação de programas de visita domiciliar de alta qualidade que demonstraram evidências de eficácia, conforme definidos na legislação. Oito programas de visita domiciliar existentes atenderam às exigências legislativas mínimas para receber recursos federais: *Early Head Start*, *Early Intervention Program*, *Family Check-up*, *Healthy Families America*, *Healthy Steps*, *Home Instruction Program for Preschool Youngsters*, *Nurse-Family Partnership*, e *Parents as Teachers*.⁴⁰ Em agosto de 2011, a *Coalition for Evidence-Based Policy* (Coalisão para Políticas baseadas em Evidências) baseou-se na revisão governamental, avaliando em que medida programas cuja implantação foi fiel ao modelo produziram melhorias importantes na vida de crianças e genitores em situação de risco.⁴¹ Essa revisão atribuiu alta classificação a um programa (*Nurse-Family Partnership*) e classificação mediana a outros dois (*Early Intervention Program* e *Family Check-up*). Todos os demais obtiveram baixa classificação.

Programas eficazes – aqueles com fortes padrões comprobatórios e replicação eficaz na comunidade – conseguem reduzir riscos e resultados adversos para a saúde e o desenvolvimento do feto, do bebê e da criança. Uma vez que decidam oferecer serviços de visita domiciliar durante a gestação e os primeiros anos de

vida da criança, formuladores de políticas e médicos devem analisar cuidadosamente as bases de evidências do programa no qual estão investindo. Os programas variam consideravelmente em relação aos fundamentos teóricos e empíricos subjacentes, qualidade das diretrizes do programa e probabilidades de sucesso.

Referências

1. Arseneault, L.T., R. E. Boulterice, B. Saucier, J. F., Obstetrical complications and violent delinquency: Testing two developmental pathways. *Child Dev*, 2002. 73(2): p. 496-508.
2. Wakschlag, L.S.P., K. E. Cook, E. JrBenowitz, N. L. Leventhal, B. L., Maternal smoking during pregnancy and severe antisocial behavior in offspring: a review. *Am J Public Health*, 2002. 92(6): p. 966-74.
3. Widom, C.S., Child abuse, neglect, and adult behavior: Research design and findings on criminality, violence, and child abuse. *Amer. J. Orthopsychiat*, 1989. 59(3): p. 355-367.
4. Widom, C.S., The cycle of violence. *Science*, 1989. 244: p. 160-166.
5. Furstenberg, F.F., J. Brooks-Gunn, and S.P. Morgan, *Adolescent mothers in later life. Human development in cultural and historical contexts* . 1987, New York, NY, USA: Cambridge University Press. xiv, 204 p.
6. Yeung, W.J.L., M. R. Brooks-Gunn, J., How money matters for young children's development: parental investment and family processes. *Child Dev*, 2002. 73(6): p. 1861-79.
7. Wasik, B.H., D.M. Bryant, and C.M. Lyons, *Home visiting : procedures for helping families*. 1990, Newbury Park, Calif.: Sage.
8. MacMillan, H.M., J.Offord, D.Griffith, L.MacMillan, A., Primary prevention of child sexual abuse: a critical review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1994, 32767.
9. Issel, M.L., et al., A review of prenatal home-visiting effectiveness for improving birth outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 2011. 40: p. 157-165.
10. Gomby, D.S.C., P. L. Behrman, R. E., Home visiting: recent program evaluations--analysis and recommendations. *Future Child*, 1999. 9(1): p. 4-26, 195-223.
11. Kahn, R.S.K., J. Nichols, W. C. Lanphear, B. P., Role of dopamine transporter genotype and maternal prenatal smoking in childhood hyperactive-impulsive, inattentive, and oppositional behaviors. *J Pediatr*, 2003. 143(1): p. 104-10.
12. Toth, S.L., D. Cicchetti, and J. Kim, Relations among children's perceptions of maternal behavior, attributional styles, and behavioral symptomatology in maltreated children. *J Abnorm Child Psychol*, 2002. 30(5): p. 487-501.
13. Caspi, A., et al., Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 2002. 297(5582): p. 851-4.
14. Guterman, N.B., *Stopping child maltreatment before it starts : emerging horizons in early home visitation services* Sage sourcebooks for the human services. 2001, Thousand Oaks, Calif. ; London: Sage Publications. xv, 247 p.
15. Roberts, I., M.S. Kramer, and S. Suissa, Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*, 1996. 312(7022): p. 29-33.
16. Olds, D.L.H., P. Robinson, J.Song, N.Little, C., Update on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Curr Probl Pediatr*, 2000. 30(4): p. 107-41.
17. Olds, D.L.K., H., Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The Future of Children*, 1993. 3(3): p. 53-92.
18. Olds, D.L.R., J. O'Brien, R. Luckey, D. W. Pettitt, L. M. Henderson, C. R. JrNg, R. K. Sheff, K. L. Korfmacher, J. Hiatt, S. Talmi, A., Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 2002. 110(3): p. 486-96.
19. Olds, D.L.H., C. R. Jr Tatelbaum, R. Chamberlin, R., Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 1986. 77(1): p. 16-28.
20. Kitzman, H.O., D.Henderson, C.Hanks, C.Cole, R.Tatelbaum, R.McConnochie, K.Sidora, K.Luckey, D.Shaver, D.Engelhardt, K.James, D.Barnard, K., Effects of home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing: a randomized controlled trial. *JAMA*, 1997. 278(8): p. 644-652.
21. Olds, D.E., J.Henderson, C.Kitzman, H.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: a 15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA*, 1997. 278(8): p. 637-643.
22. Olds, D.L.K., H. Hanks, C. Cole, R. Anson, E. Sidora-Arcoleo, K. Luckey, D. W. Henderson, C. R. JrHolmberg, J. Tutt, R. A. Stevenson, A. J. Bondy, J., Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 2007. 120(4): p. e832-45.

23. Kitzman, H.O., D. L. Sidora, K. Henderson, C. R. JrHanks, C. Cole, R. Luckey, D. W. 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*, 2000. 283(15): p. 1983-9.
24. Olds, D.L., et al., Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2010. 164(5): p. 419-24.
25. Heinicke, C.M.F., N. R.Ruth, G.Recchia, S. L.Guthrie, D.Rodning, C, Relationship-based intervention with at-risk mothers: Outcome in the first year of life. *Infant Mental Health Journal*, 1999. 20(4): p. 349-374.
26. Jacobson, S.F., K., Effect of Maternal Social support on Attachment: Experimental Evidence. *Child Development*, 1991. 62: p. 572-582.
27. Juffer, F.H., R. A. Riksen-Walraven, J. M. Kohnstamm, G. A., Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 1997. 38(8): p. 1039-50.
28. Lieberman, A.W., D.Pawl, J., Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development*, 1991. 62: p. 199-209.
29. van den Boom, D.C., Do first-year intervention effects endure? Follow-up during toddlerhood of a sample of Dutch irritable infants. *Child Development*, 1995. 66(6): p. 1798-816.
30. van den Boom, D.C., The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants.[Erratum Appears in Child Dev 1994 Dec;65(6):Followi]. *Child Development*, 1994. 65(5): p. 1457-77.
31. Sroufe, A.C., E., Contribution of attachment theory to developmental psychopathology., in *Developmental Psychopathology Vol.1: Theory and Methods*, D.C. Cicchetti, D., Editor. 1995, John Wiley and Sons Inc.: New York, NY. p. 581-617.
32. Olds, D., et al., Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA*, 1998. 280(14): p. 1238-44.
33. Eckenrode, J., et al., Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2010. 164(1): p. 9-15.
34. Kitzman, H.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. *Arch Pediatr Adolesc Med* 164, 412-8 DOI: 164/5/412 [pii] 10.1001/archpediatrics.2010.76.
35. Aronen, E.T.K., S. A., Long-term effects of an early home-based intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1996. 35(12): p. 1665-72.
36. Lowell, D.I., et al., A randomized controlled trial of Child FIRST: A comprehensive home-based intervention translating research into early childhood practice. *Child Development*, 2011. 82(1): p. 193-208.
37. Shaw, D., et al., Improvements in maternal depression as a mediator of intervention effects on early childhood problem behavior. *Development & Psychopathology*, 2009. 21(417-439).
38. Caldera, D., et al., Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse & Neglect*, 2007. 31(8): p. 829-852.
39. Affordable Care Act, H.R. 3590-216, Subtitle L,- Maternal and Child Health Services. 2010. Available from: <http://docs.house.gov/energycommerce/ppacacon.pdf>. Accessed July 30, 2012.
40. Avelar S, Paulsell D. *Lessons Learned from the Home Visiting Evidence of Effectiveness Review*. Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. Washington, DC; 2011.
41. Coalition for Evidence-Based Policy. HHS's maternal, infant, and early childhood home visiting program: Which program models identified by HHS as "Evidence-Based" are most likely to produce important improvements in the lives of children and parents? August 2011.

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

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

¹Cincinnati Children's Hospital Medical Center and University of Cincinnati College of Medicine, EUA, ²Johns Hopkins University 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.

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 expostas à depressão no primeiro ano de vida, são mais propensas 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 visita 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, visitantes 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

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 visita 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 visita 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 visita 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 recente²² 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 Bebês²⁴ – 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 visita 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 visita 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 lugar, 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 reflexiva²⁷ e treinamento²⁸ 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 visita 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 Families 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 Bebés/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.

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.

Replicando e multiplicando programas de visita domiciliar baseados em evidências: o papel de pesquisas sobre implementação

Diane Paulsell, MPA

Mathematica Policy Research, EUA

Setembro 2012

Introdução

Ao longo das duas últimas décadas, vem aumentando o número de programas de visita domiciliar que são desenvolvidos e implementados na América do Norte e em outros países para apoiar pais e mães de crianças pequenas. Programas de visita domiciliar para famílias com gestantes e crianças pequenas operam em todos os 50 estados norte-americanos, atendendo a uma estimativa de 400 mil a 500 mil famílias.¹ Abrangem um *continuum* de programas desenvolvidos localmente, programas subsidiados por evidências (desenvolvidos com base em evidências de eficácia sugeridas pelas melhores práticas, mas não avaliadas) e programas fundamentados em evidências (aqueles cujas evidências de eficácia são avaliadas de maneira rigorosa).

No mesmo período, aumentou o interesse de formuladores de políticas, profissionais e financiadores na América do Norte, Reino Unido e em outros lugares pela promoção do uso de práticas de intervenções com evidências de eficácia comprovadas cientificamente. Nos Estados Unidos, a administração Obama financiou diversas iniciativas que exigem a utilização de estratégias baseadas em evidências em áreas como prevenção da gravidez na adolescência, visita domiciliar, educação e inovação na força de trabalho.^{2,3} No campo da visita domiciliar, aumenta continuamente o número de programas que são submetidos a avaliações rigorosas e demonstram evidências de eficácia em resultados como atividades parentais, saúde materna e infantil, desenvolvimento e prontidão escolar das crianças, redução na incidência de maus-tratos a crianças e autossuficiência econômica da família.^{4,5,6}

Do que se trata

Identificar componentes centrais de intervenções que demonstraram ser eficazes e compreender o que é necessário para implementar fielmente esses componentes no modelo do programa são condições críticas para o sucesso da replicação e da multiplicação de programas e de práticas eficazes em diferentes contextos comunitários e com diferentes populações.⁷ No campo da primeira infância há um reconhecimento crescente da importância da implementação eficaz e da necessidade de pesquisas sobre implementação que possam orientar a adoção, a implementação inicial e a melhoria contínua de intervenções na primeira infância.^{8,9,10}

A promessa de pesquisas sobre implementação e utilização dos dados para impulsionar a gestão de programas é atraente, porque oferece uma solução potencial para o problema de lacunas persistentes nos

resultados para crianças em situação de risco e seus pares mais afortunados. Este artigo discute as pesquisas sobre implementação no campo da visita domiciliar, de que modo essas pesquisas podem ser utilizadas para fortalecer programas e melhorar resultados esperados, e as condições e o apoio necessários para implementações eficazes.

Problemas

A simples adoção de programas de visita domiciliar baseados em evidências e o atendimento das exigências iniciais do responsável pelo desenvolvimento do modelo não são suficientes para garantir os efeitos positivos para crianças e famílias encontrados em pesquisas de avaliação.¹¹ Serviços de visita domiciliar devem ser implementados com fidelidade em relação ao modelo do programa. Por exemplo, visitantes domiciliares devem ter as qualificações requeridas, as visitas devem ocorrer com a frequência e a duração pretendida, o conteúdo da visita deve ser apresentado de forma planejada, e os serviços prestados às famílias devem ter boa qualidade. Além disso, os provedores de serviços demandam apoio e recursos adequados para manter a fidelidade da implementação ao longo do tempo.¹²

Contexto de pesquisa

Enquanto o conjunto de pesquisas rigorosas sobre a eficácia de programas de visita domiciliar vem crescendo substancialmente nos últimos anos, a pesquisa sobre implementação ficou para trás.⁴ Normalmente, artigos e relatos sobre pesquisas oferecem pouca informação sobre a forma como os programas são implementados e sobre sua fidelidade ao modelo do programa.⁸ À medida que governos nacionais e locais, comunidades e prestadores de serviços procuram multiplicar a utilização de programas de visita domiciliar baseados em evidências, são necessárias pesquisas para desenvolver padrões e medidas de fidelidade ao programa, para compreender as condições necessárias para uma implementação fiel ao modelo, e para criar ferramentas para avaliar melhorias na implementação e no apoio ao programa.

Questões-chave de pesquisa

Esta revisão foi elaborada para abordar duas questões:

1. O que sabemos sobre fidelidade na implementação de programas de visita domiciliar baseados em evidências?
2. Que condições e recursos são necessários para apoiar e manter a fidelidade na implementação ao longo do tempo?

Resultados de pesquisas recentes

O que sabemos sobre fidelidade na implementação de programas de visita domiciliar baseados em evidências?

Pesquisadores desenvolveram uma série de referenciais teóricos que definem fidelidade na implementação.^{13,14,15} A maioria deles inclui aderência ao modelo do programa, frequência, qualidade, responsividade e envolvimento dos participantes nos serviços; alguns incluem a qualidade dos relacionamentos entre participantes e provedores.

Embora a pesquisa sobre fidelidade em programas de visita domiciliar seja bastante escassa, estudos documentaram alguns componentes, como dosagem e duração dos serviços, conteúdo das visitas domiciliares, e o relacionamento entre participantes e provedores. Pesquisas mostram que as famílias normalmente não recebem nem 50% do número das visitas esperadas.^{16,17} Por exemplo, em três experimentos randomizados e controlados realizados pelo programa *Nurse-Family Partnership*, a frequência média de visitas variou de 45% a 62%.¹⁸ As pesquisas mostram também que muitas famílias inscritas em programas de visita domiciliar – talvez a maioria delas – abandonam o programa antes do fim do período de elegibilidade.^{16,19,20} Alguns estudos sobre visita domiciliar mostraram variações na frequência oferecida às famílias e verificaram que um número menor de visitas domiciliares produziam resultados semelhantes aos de maior nível de exposição.²¹

O estudo sistemático de atividades e tópicos discutidos durante as visitas domiciliares é essencial para compreender se os conteúdos foram apresentados de forma adequada, e de que forma esses conteúdos variam entre famílias e ao longo do tempo. Embora a maioria dos programas ofereça orientações curriculares e capacitação a visitadores domiciliares, as pesquisas sugerem que nem sempre o conteúdo é apresentado de forma planejada, e que varia entre as famílias. Por exemplo, diversos estudos verificaram que, apesar da ênfase dos objetivos do programa em atividades parentais, pouco tempo ou pouca ênfase eram dedicados a interações genitores-criança.^{22,23}

Um estudo recente do Early Head Start verificou que os visitadores domiciliares gastam, em média, 14% do tempo de cada visita domiciliar em atividades planejadas para melhorar interações genitores-criança.²⁴ Parâmetros de fidelidade enfatizam também a importância de desenvolver relacionamentos positivos entre visitadores e participantes, uma vez que esses relacionamentos podem influenciar a extensão da adesão e o envolvimento de pais e mães nas visitas domiciliares.^{17,25,26} Algumas pesquisas indicam que relacionamentos de melhor qualidade estão associados a melhores resultados para as crianças.^{27,28}

Que condições e recursos são necessários para apoiar e manter a fidelidade na implementação ao longo do tempo?

As melhores práticas e pesquisas emergentes sugerem que a equipe de visitadores precisa de capacitação, supervisão e monitoramento da fidelidade, de um ambiente de apoio na organização, e de apoio à saúde mental, para manter a fidelidade ao longo do tempo. O efeito que esses tipos de apoio exercem sobre os visitadores domiciliares não foi adequadamente estudado, mas algumas pesquisas sobre intervenções similares indicam que a implementação de práticas baseadas em evidências com monitoramento de fidelidade e assessoria de apoio sugerem, em relação aos níveis usuais, taxas mais baixas de rotatividade da equipe e níveis mais baixos de exaustão emocional da equipe relacionadas ao trabalho.^{29,30,31} Além disso, um ambiente organizacional de apoio tem sido associado a atitudes mais positivas em relação à adoção de programas baseados em evidências.³²

Lacunas de pesquisa

São necessárias novas pesquisas para orientar decisões sobre adoção, adaptação e replicação, e apoio à multiplicação de programas de visita domiciliar baseados em evidências. Por exemplo, são necessárias pesquisas para determinar os limites de frequência e duração de serviços necessários para afetar positivamente os resultados para as famílias e as crianças. Estudos planejados sobre variações, cobrindo programas nos quais sejam diversificados os componentes, os conteúdos, a capacitação dos visitantes ou a frequência dos serviços podem identificar dimensões centrais da implementação consideradas críticas para a obtenção de impacto dos programas, bem como as dimensões que poderiam ser adaptadas a diferentes contextos e populações sem ameaçar a eficácia.

Para facilitar esses estudos, é necessário investir mais esforços no desenvolvimento de medidas de implementação. Embora algumas dessas medidas tenham sido desenvolvidas – tais como medidas observacionais de qualidade da visita domiciliar e escalas para avaliar o relacionamento entre participantes e visitantes domiciliares –, sua validade e sua confiabilidade não foram suficientemente testadas em diferentes populações e contextos de prestação de serviços.³³

Conclusões

À medida que aumenta o interesse em programas de visita domiciliar baseados em evidências para a melhoria dos resultados para crianças e famílias, formuladores de políticas e profissionais precisam de orientação sobre como implementá-los de maneira eficaz e como manter a fidelidade na implementação no longo prazo. Embora o conjunto de pesquisas sobre implementação de programas de visita domiciliar venha aumentando, ainda é necessário investir em mais trabalho. As pesquisas mostram que a maioria dos programas não oferece a frequência completa pretendida pelos programas e que as famílias frequentemente abandonam o programa antes do final de seu período de elegibilidade. Há também variações na aderência a atividades e tópicos abordados durante as visitas domiciliares. Pesquisas recentes apontam a importância de supervisão reflexiva, monitoramento da fidelidade e ambiente organizacional para dar e manter o apoio a visitantes domiciliares e a programas baseados em evidências. Novas pesquisas sobre esses tópicos podem oferecer orientação e ferramentas para a implementação bem-sucedida de programas de visita domiciliar baseados em evidências, e para a adaptação de modelos de programas a diferentes populações e contextos.

Implicações para genitores, serviços e políticas

Apoiar a implementação de programas de visita domiciliar baseados em evidências e fiéis ao modelo tem o potencial de melhorar resultados para crianças e famílias em situação de risco. Formuladores de políticas e financiadores devem utilizar a pesquisa sobre implementação disponível e estimular trabalhos futuros, para orientar decisões sobre como multiplicar programas eficazes baseados em evidências e apoiá-los ao longo do tempo. Por exemplo, pesquisas sobre implementação podem ser utilizadas para avaliar a prontidão de agências locais para implementar programas de visita domiciliar fiéis ao modelo. O governo e outros financiadores podem utilizar pesquisas sobre implementação para estruturar requisitos para o monitoramento e relatórios sobre dimensões específicas da implementação. O governo e financiadores em todos os níveis podem dar apoio a esses esforços, criando sistemas de dados para facilitar o monitoramento da fidelidade e utilizar os dados para o aprimoramento dos programas. Além disso, pesquisas sobre implementação podem

subsidiar a capacitação de equipes e apoio técnico contínuo. Para pais e mães, o argumento é: participação e envolvimento fazem diferença. Eles devem compreender os objetivos do programa em que estão se inscrevendo e as expectativas em relação a assumir e participar dos serviços. Para atingir a frequência pretendida, a equipe do programa talvez precise ajudar pais e mães a lidar com as barreiras à sua participação.

Os pesquisadores devem continuar a construir a base de conhecimentos sobre como implementar programas de visita domiciliar eficazes, relatando informações sobre implementação, além de resultados de avaliações da eficácia realizadas de forma rigorosa. Novas pesquisas sobre a replicação e a multiplicação de programas de visita domiciliar devem ser realizadas para identificar as condições, os processos e os apoios associados à consecução e à manutenção de implementação fiel ao modelo.

Referências

1. Stoltzfus, E., & Lynch, H. (2009). *Home visitation for families with young children*. Washington, DC: Congressional Research Service.
2. Goesling, B. (2011). Building, evaluating, and using an evidence base to inform the DHHS Teen Pregnancy Prevention Program. Paper presented at the Society for Adolescent Health and Medicine Annual Meeting, Seattle, WA.
3. Haskins, R., & Baron, J. (2011). *Building the connection between policy and evidence*. London, UK: NESTA.
4. Paulsell, D., Avellar, S., Sama Miller, E., & Del Grosso, P. (2011). *Home visiting evidence of effectiveness: Executive summary*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
5. Daro, D. (2006). *Home visitation: Assessing progress, managing expectations*. Chicago, IL: Chapin Hall at the University of Chicago.
6. 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.
7. Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, 19, 531-540.
8. Avellar, S., & Paulsell, D. (2011). *Lessons learned from the home visiting evidence of effectiveness review*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
9. Kaderavek, J. N., & Justice, L. M. (2010). Fidelity: an essential component of evidence-based practice in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19, 369-379.
10. Paulsell, D., Porter, T., Kirby, G., Boller, K., Sama Martin, E., Burwick, A., Ross, C., & Begnoche, C. (2010). *Supporting quality in home-based child care: Initiative design and evaluation options*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
11. Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.
12. Coffee-Borden, B., & Paulsell, D. (2010). *Recruiting and training home visitors for evidence-based home visiting: Experiences of EBHV grantees*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
13. Daro, D. (2010). *Replicating evidence-based home visiting models: A framework for assessing fidelity*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
14. Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balian, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2,40.
15. Berkel, C., Mauricio, A. M., Schoenfelder, E., & Sandler, I. N. (2010). Putting the pieces together: An integrated model of program implementation. *Prevention Science*, 12, 23-33.
16. Kitzman HJ. Effective early childhood development programs for low-income families: Home visiting interventions during pregnancy and early childhood. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2004:1-7. Available at: <http://www.childencyclopedia.com/documents/KitzmanANGxp-Home.pdf>. Accessed July 30, 2012.
17. Riley, S., Brady, A. E., Goldberg, J., Jacobs, F., & Easterbrooks, M. A. (2008). Once the door closes: Understanding the parent-provider relationship. *Children and Youth Services Review*, 30, 597-612.
18. Personal communication from Dr. David Olds to Dr. Kimberly Boller, January 25, 2012.

19. Love, J. M., Kisker, E. E., Ross, C. M., Schochet, P. Z., Brooks-Gunn, J., Paulsell, D., Brady-Smith, C. (2002). *Making a difference in the lives of infants and toddlers and their families: The impacts of Early Head Start*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
20. Duggan, A., Windham, A., McFarlane, E., Fuddy, L., Rohde, C., Buchbinder, S., & Sia, C. (2000). Hawaii's healthy start program of home visiting for at-risk families: Evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. *Pediatrics*, 105, 250-259.
21. DePanfilis, D., & Dubowitz, H. (2005). Family connections: A program for preventing child neglect. *Child Maltreatment*, 10, 108-123.
22. Peterson, C. A., Luze, G. J., Eshbaugh, E. M., Jeon, H. J., & Kantz, K. R. (2007). Enhancing parent-child interactions through home visiting: Promising practice or unfulfilled promise? *Journal of Early Intervention*, 29, 199-140.
23. 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.
24. Vogel, C. A., Boller, K., Xue, Y., Blair, R., Aikens, N., Burwick, A., Stein, J. (2011). Learning as we go: A first snapshot of Early Head Start programs, staff, families, and children (OPRE Report #2011-7). Washington, DC: Department of Health and Human Services.
25. Korfmacher, J., Green, B., Spellmann, M., & Thornburg, K. R. (2007). The helping relationship and program participation in early childhood home visiting. *Infant Mental Health Journal*, 28, 459-480.
26. Korfmacher, J., Green, B., Staerkel, F., Peterson, C., Cook, G., Roggman, L., . . . Schiffman, R. (2008). Parent involvement in early childhood home visiting. *Child Youth Care Forum*, 37(4), 171-196.
27. Peterson, C. A., Roggman, L. A., Stearkel, F., Cook, G., Jeon, H. J., & Thornburg, K. (2006). Understanding the dimensions of family involvement in home-based Early Head Start. Unpublished manuscript. Iowa State University, Ames, Iowa.
28. Roggman, L. A., Christiansen, K., Cook, G. A., Jump, V. K., Boyce, L. K., & Peterson, C. A. (2006) *Home visits: Measuring how they work*. Logan, UT: Early Intervention Research Institute Mini-Conference.
29. Aarons, G. A., & Palinkas, I. A. (2007). Implementation of evidence-based practice in child welfare: Service provider perspectives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34, 411-419.
30. Aarons, G. A., Sommerfeld, D., Hecht, D., Silovsky, J., & Chaffin, M. (2009). The impact of evidence-based practice implementation and fidelity monitoring on staff turnover: Evidence for a protective effect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 270-280.
31. Aarons, G. A., Fettes, D. L., Flores, L. E., Jr., & Sommerfeld, D. (2009). Evidence-based practice implementation and staff emotional exhaustion in children's services. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 954-960.
32. Aarons, G. A., & Sawitzky, A. C., (2006). Organizational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice. *Psychological Services*, 3, 61-72.
33. Paulsell, D., Boller, K., Hallgren, K., & Esposito, A. M. (2010). Assessing home visit quality: Dosage, content, and relationships. *Zero To Three*, 30, 16-21.