

MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA

Prevenção de maus-tratos na infância

Harriet L. MacMillan, MD

Offord Centre for Child Studies, McMaster University, Canadá

Abril 2004

Introdução

Maus-tratos na infância englobam quatro categorias principais de vitimização de crianças: abuso físico, sexual, emocional e negligência. Desde que começaram a ser empreendidos esforços de prevenção de maus-tratos na infância, na década de 1960, a maior parte da literatura tem focalizado o abuso físico, a negligência e o abuso sexual, mas sabe-se muito menos sobre abordagens para a redução do abuso emocional.

Do que se trata

Maus-tratos na infância são um problema significativo de saúde pública, associado a uma ampla variedade de resultados adversos em vários domínios: físico, emocional, cognitivo e social.¹ O *Canadian Incidence Study* (Estudo Canadense sobre Incidência) – uma pesquisa nacional sobre relatos oficiais de casos de abuso e negligência na infância – estimou que a taxa anual de incidência de investigações realizadas no Canadá, em 1998, era de 21,52 investigações por mil crianças.² No entanto, está documentado que os relatos oficiais subestimam seriamente a extensão total dos maus-tratos na infância. Por exemplo, uma pesquisa baseada na comunidade envolvendo indivíduos a partir do 15 anos de idade, residentes em Ontário, verificou que a exposição ao abuso físico na infância era de 31% entre meninos e de 21% entre meninas; as taxas de abuso sexual eram de 4% entre meninos e de 13% entre meninas.³

Problemas

Os modelos utilizados para conceituar as causas de maus-tratos na infância estão considerando cada vez mais a interação das influências individuais (a criança e os pais), familiares e sociais. Até o momento, grande parte dos esforços para compreender como prevenir maus-tratos na infância focalizou na identificação de indicadores de risco e de proteção em relação ao abuso sexual e físico e à negligência, conjuntamente. Os indicadores de abuso sexual são bastante inespecíficos – por exemplo, relacionamento pobre entre pais e filhos –, enquanto os indicadores de abuso físico e negligência estão associados, de maneira geral, a

desvantagens psicossociais e a situações que resultam em aumento de estresse ou redução do apoio.

Contexto de pesquisa

Avaliar as abordagens à prevenção de maus-tratos na infância constitui um desafio por diversas razões: 1) não há uma definição uniforme de cada uma das categorias de abuso e de negligência na infância; 2) há barreiras legais e éticas para a mensuração de sua ocorrência; e 3) tem havido relutância em relação ao emprego de métodos mais rigorosos, como a utilização de grupos controle, na avaliação da efetividade dos programas.

Questões-chave de pesquisa

O desenvolvimento de abordagens para medir os diversos tipos de maus-tratos na infância é fundamental para que seja possível avaliar os esforços de prevenção nesse campo.⁴ Outras questões centrais incluem: 1) como prevenir a ocorrência das quatro categorias principais de abuso e negligência na infância, reconhecendo que frequentemente existe sobreposição entre elas; 2) quando ocorrem esses maus-tratos, que estratégias estão disponíveis para prevenir sua recorrência e os danos provocados pela exposição? Embora extrapole o escopo deste resumo, esta última questão é importante para a consideração de uma abordagem geral à prevenção de maus-tratos na infância.

Resultados de pesquisas recentes

Os programas que visam à prevenção de um ou mais tipos de maus-tratos na infância podem ser classificados em duas categorias principais: 1) programas perinatais e para a primeira infância – que geralmente têm como alvo a prevenção de abuso físico e negligência; e 2) programas educacionais – que tipicamente têm como objetivo a prevenção de abuso sexual na infância na população em geral.⁵ Na primeira categoria, embora tenham sido desenvolvidos diversos serviços de apoio, só há um tipo específico de programa de visitas domiciliares sobre o qual há boas evidências de eficácia na prevenção de abuso e negligência na infância: o *Nurse-Family Partnership* – NFP (Parceria Família-Enfermeira), desenvolvido por David Olds e colegas.⁶ Nesse programa, enfermeiras fazem visitas domiciliares a mães primíparas socialmente desprivilegiadas, desde a gravidez até o segundo aniversário da criança. As enfermeiras focalizam três metas principais: 1) melhorar os resultados da gravidez, oferecendo assistência às mulheres quanto aos comportamentos relacionados à saúde; 2) melhorar a saúde e o desenvolvimento da criança, ajudando os pais a proverem cuidados competentes; e 3) dar assistência aos pais, para que se tornem mais autossuficientes em termos econômicos.

Esse programa foi avaliado em três ensaios com controles randomizados, e demonstrou melhorar o funcionamento materno, infantil e familiar, incluindo a prevenção de abuso e negligência na infância, bem como resultados associados, tais como danos físicos.^{6,7} Em especial, nota-se que o programa é efetivo na redução de resultados adversos para crianças cujas mães têm poucos “recursos psicológicos”, como funcionamento intelectual limitado. No entanto, entre famílias com taxas extremamente altas de violência entre os parceiros, não houve diferenças entre grupos visitados e grupos controle nas taxas de maus-tratos na infância.⁸ Olds e colegas estão avaliando formas de aprimorar o programa, para torná-lo eficaz também na redução de violência entre os parceiros.

Infelizmente, admitiu-se preliminarmente que a visitação domiciliar, de maneira geral, seria efetiva para a prevenção de maus-tratos na infância. No entanto, as pesquisas não confirmaram essa hipótese. Diversas regiões implementaram programas de visitas domiciliares por paraprofissionais, apesar da falta de evidências sobre a efetividade dessa abordagem.⁹ Além disso, um estudo que comparou enfermeiras e paraprofissionais (técnicos) demonstrou que, no caso de paraprofissionais, houve poucos efeitos significativos sobre a mãe e a criança.¹⁰ Embora no futuro seja possível desenvolver programas bem-sucedidos com paraprofissionais, até o momento a melhor evidência para a prevenção de abuso e negligência na infância é o programa Parceria Família-Enfermeira (NFP, em inglês).

Na segunda categoria – programas educacionais de prevenção –, as evidências são bastante consistentes: há diversos modelos de programas de prevenção de abuso sexual que aprimoram os conhecimentos e as habilidades para a prevenção, mesmo com crianças de apenas 4 ou 5 anos de idade.^{5,11} No entanto, até este momento nenhum estudo demonstrou que esses programas de fato evitam a ocorrência de abuso sexual na infância. Na verdade, um estudo observacional mostrou que a participação em programas de prevenção de abuso sexual baseados na escola não resultou em qualquer redução na vitimização.¹² A participação nesses programas está associada a maior divulgação do abuso sexual na infância, o que sugere que os programas podem ser mais úteis na detecção prévia de vitimizações e na prevenção de recorrências. Diversos autores manifestaram preocupação de que os programas educacionais coloquem sobre a criança o ônus de evitar o abuso sexual. Pouco se sabe sobre formas de evitar que pessoas cometam o abuso.

Conclusões

Nos esforços de prevenção de maus-tratos na infância que estão em andamento, é importante focalizar formas de medir os quatro tipos principais, e realizar pesquisas longitudinais que permitam a identificação de fatores causais de risco, assim como fatores de proteção. A boa notícia é que o programa que Olds e colegas mostraram ser efetivo para a prevenção de abusos e de negligência em mães primíparas em situação de desvantagem social. No entanto, trata-se de um programa muito específico, e não se deve supor que programas de visitas domiciliares, ainda que tenham algumas características em comum com este, tenham os mesmos efeitos. Além disso, não se sabe se esse programa será efetivo com outras populações de alto risco.

Programas educacionais sobre abuso sexual efetivamente permitem o aprimoramento dos conhecimentos e das capacidades de crianças pequenas para evitarem a vitimização, mas não se sabe se isso se traduz em redução efetiva do abuso sexual. Os resultados de um dos estudos sugerem que esses programas podem encorajar a divulgação sobre a vitimização, mas não reduzem sua ocorrência.

Implicações

Diante da eficácia comprovada do Programa Parceria Família-Enfermeira em três locais dos Estados Unidos, é hora de avaliar se essa intervenção seria igualmente efetiva em outros países que, como o Canadá, mantêm serviços de saúde e de assistência social diferentes. Sendo uma intervenção que tem como alvo mães socialmente desprivilegiadas, esta não seria a única abordagem necessária; no entanto, tendo em vista seu sucesso nos Estados Unidos, seria importante avaliá-lo, ao invés de pressupor que outros modelos de visitas domiciliares seriam efetivos. Na área de prevenção do abuso sexual na infância, é importante determinar se os programas educacionais evitam a exposição a este. A área de abuso emocional deve ser mais considerada em

intervenções, uma vez que esse tipo de abuso frequentemente se sobrepõe aos outros três tipos. Espera-se que estudos longitudinais produzam informações sobre estratégias promissoras de prevenção de maus-tratos na infância baseadas na comunidade, mas o compromisso com a mensuração do abuso e da negligência na infância é um primeiro passo essencial.

Referências

1. Cicchetti D, Toth SL. A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(5):541-565.
2. Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B, Daciuk J, Billingsley D, Tourigny M, Mayer M, Wright J, Barter K, Burford G, Hornick J, Sullivan R, McKenzie B. *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect - Final Report*. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services; 2001.
3. MacMillan HL, Fleming JE, Trocme N, Boyle MH, Wong M, Racine YA, Beardslee WR, Offord DR. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 1997;278(2):131-135.
4. Hamby SL, Finkelhor D. The victimization of children: recommendations for assessment and instrument development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(7):829-840.
5. MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *CMAJ - Canadian Medical Association Journal*. 2000;163(11):1451-1458.
6. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prevention Science*. 2002;3(3):153-172.
7. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 1997;278(8):637-643.
8. Eckenrode J, Ganzel B, Henderson CR Jr, Smith E, Olds DL, Powers J, Cole R, Kitzman H, Sidora K. Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2000;284(11):1385-1391.
9. Duggan AK, McFarlane EC, Windham AM, Rohde CA, Salkever DS, Fuddy L, Rosenberg LA, Buchbinder SB, Sia CCJ. Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program. *Future of Children*. 1999;9(1):66-90.
10. Olds DL, Robinson J, O'Brien R, Luckey DW, Pettitt LM, Henderson CR Jr, Ng RK, Sheff KL, Korfmacher J, Hiatt S, Talmi A. Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2002;110(3):486-496.
11. Rispen J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect* 1997;21(10):975-987.
12. Finkelhor D, Asdigian N, Dziuba-Leatherman J. Victimization prevention programs for children: a follow-up. *American Journal of Public Health*. 1995;85(12):1684-1689.