



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

DILMA MARIA DA SILVA DIAS

**ESTRUTURA FAMILIAR E CUIDADOS COM A SAÚDE DA CRIANÇA: UMA  
ANÁLISE EMPÍRICA PARA O BRASIL**

Recife

2024

DILMA MARIA DA SILVA DIAS

**ESTRUTURA FAMILIAR E CUIDADOS COM A SAÚDE DA CRIANÇA: UMA  
ANÁLISE EMPÍRICA PARA O BRASIL**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde do Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Raul da Mota Silveira Neto

Recife

2024



**DILMA MARIA DA SILVA DIAS**

**ESTRUTURA FAMILIAR E CUIDADOS COM A SAÚDE DA CRIANÇA: UMA  
ANÁLISE EMPÍRICA PARA O BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde. Área de concentração: Gestão e Economia da Saúde

Aprovada em: 01 /03/2024.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Raul da Mota Silveira Neto (Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Roberta de Moraes Rocha (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ellen Cristina Barbosa dos Santos (Examinadora Externa ao Programa)  
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

---

Dr<sup>ª</sup>. Eliane Maria Medeiros Leal (Examinadora Externa)  
Ministério da Saúde

## AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, minha fonte de inspiração e fortaleza, agradeço por Sua graça orientação divina, que me sustentaram em todos os momentos. E, agradeço ao universo por criar as oportunidades que me permitiram crescer e aprender ao longo desta jornada. Cada desafio e vitória moldaram quem sou hoje.

Ao meu querido marido, Paulo André, dedico um profundo agradecimento. Você foi meu pilar inabalável, meu confidente e meu maior incentivador ao longo deste desafio acadêmico. Sua compreensão, apoio incondicional e amor constante iluminaram meu caminho em todos os momentos, tornando esta jornada possível. Saiba que seu sacrifício e sua paciência foram fundamentais para que eu pudesse alcançar este objetivo. Amo você mais do que as palavras podem expressar.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Raul Silveira Neto, sou imensamente grata. Sua orientação experiente, dedicação incansável e paixão pelo conhecimento foram cruciais para a realização desta dissertação. Suas palavras de sabedoria e incentivo à resiliência moldaram minha pesquisa e meu pensamento crítico. Fui abençoada por tê-lo como mentor e guia nesta jornada acadêmica.

Agradeço também a minha mãe, meu espelho e referência de mulher, alicerce e rocha indestrutível, sua crença em mim e seu carinho me motivaram a persistir, e por isso, serei eternamente grata.

À minha amiga Sylvia e seu marido Bruno por serem meus conselheiros, neste trabalho, o apoio e horas de dedicação e auxílio na revisão deste material foram imprescindíveis. E à minha família e amigos, expressei minha profunda gratidão por seu apoio inabalável. Vocês estiveram ao meu lado em cada passo deste percurso, compartilhando alegrias e me fortalecendo nos momentos mais desafiadores.

Por fim, dedico um agradecimento especial ao meu filho Pedro Luiz. quero que saiba que minha dedicação aos estudos não diminuiu, meu amor por você. Pelo contrário, serviu como um exemplo de força e dedicação que espero que você leve consigo para toda a vida. Seu amor e sorriso foram meu combustível durante os longos dias de estudo, e meu desejo é que você veja em mim um exemplo de perseverança e determinação.

Que este trabalho seja uma expressão de minha gratidão profunda a todos que contribuíram para a realização deste sonho. Estou eternamente grata por todas as bênçãos que recebi ao longo desta jornada. Muito obrigada.

“É preciso uma aldeia inteira para cuidar de uma criança” (Provérbio Africano).

## RESUMO

O conhecimento da influência das diferentes estruturas familiares no cuidado com a saúde das crianças é um tema relevante e complexo. A estrutura familiar desempenha um papel fundamental no desenvolvimento e bem-estar das crianças, e compreende como diferentes arranjos familiares e seus cuidados podem fornecer insights importantes para a criação de ambientes saudáveis e apoio ao crescimento das crianças. É importante reconhecer que as estruturas familiares têm evoluído ao longo do tempo, indo além do modelo tradicional, ou seja, famílias biparentais onde o chefe da família é o homem. Este estudo tem como objetivo verificar se as estruturas familiares, sejam elas biparentais ou monoparentais, influenciam na procura do serviço de saúde afetando assim o cuidado com a saúde das crianças. É essencial considerar o contexto socioeconômico e cultural em que as diferentes estruturas familiares estão incorporadas, uma vez que fatores como renda familiar, acesso a recursos, apoio social e cultural podem influenciar significativamente o cuidado com a saúde das crianças, desta forma, além da composição familiar, foi observado número de indivíduos adultos e número de crianças com até doze anos, localização do domicílio, renda, raça e escolaridade dos chefes dessas famílias. Como as variáveis indicadoras dos cuidados com a saúde são variáveis dicotômicas, a estratégia econométrica utilizou a função logística para estimar os efeitos das variáveis de interesse (e variáveis de controle) sobre a probabilidade de cuidado com a saúde. Os parâmetros foram estimados pelo Estimador de Máxima Verossimilhança (MLE). Sendo possível observar que famílias biparentais apresentaram melhor atenção à saúde das crianças do que famílias monoparentais, independente do sexo do chefe de família. Portanto, os resultados foram mais favoráveis em termos de bem-estar infantil, no que se diz respeito à realização de consultas de rotinas, assim como a utilização do serviço de saúde nos últimos 12 meses, quando há mais de um responsável, ou seja, famílias biparentais. Independentemente do gênero do líder familiar, esse arranjo proporciona um maior cuidado à saúde infantil.

Palavras- Chaves: Monoparentalidade; Biparentalidade, Estrutura familiar; Desenvolvimento infantil; Qualidade do ambiente familiar; Saúde da Criança.

## ABSTRACT

Knowledge about the influence of different family structures on children's health care is a relevant and complex topic. Family structures play a fundamental role in children's development and well-being, and understanding how different family arrangements and their care can provide important insights into creating healthy environments and supporting children's growth. It is important to consider that family structures have evolved, beyond the traditional model, that is, two-parent families where the head of the family is the man. This study aims to verify whether family structures, whether two-parent or single-parent, influence the demand for health services, thus affecting children's health care. It is essential to consider the socioeconomic and cultural context in which different family structures are incorporated, since factors such as family income, access to resources, and social and cultural support can significantly influence children's health care, thus, in addition to the composition family, the number of adult and number of children up to twelve years of age, location of the household, income, race, and education of the heads of these families were presented. As the health care indicator variables are dichotomous, the econometric strategy used the logistic function to estimate the effects of the variables of interest (and control variables) on the probability of health care. The parameters were estimated using the Maximum Likelihood Estimator (MLE). It was possible to observe that two-parent families paid better attention to children's health than single-parent families, regardless of the gender of the head of the family. Therefore, the results were more projected regarding child well-being, routine consultations, and the use of the health service in the last 12 months, when there is more than one guardian, i.e., two-parent families. Regardless of the gender of the family leader, this group provides greater care for children's health.

**Keywords:** Single parenthood; Biparenting; Family structure; Child development; Quality of the family environments; Children's health.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Margens preditivas por tipo de família em relação à consulta nos últimos 12 meses.....	44
Figura 2- Margens preditivas por tipo de família em relação à consulta de rotina .....	49

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição dos tipos de Famílias .....	32
TABELA 2 - Descrição das variáveis dos modelos econométricos .....	34
TABELA 3- Estrutura familiar e cuidados com a saúde infantil – Análise da Variável Dependente consulta nos últimos 12 meses. ....	40
TABELA 4- Estrutura familiar e cuidados com a saúde infantil – Análise da Variável Dependente é Consulta de Rotina.....	45
TABELA 5 - Idade do chefe de cada tipo de domicílio .....	59
TABELA 6 - Nível de escolaridade do chefe da família por tipo de domicílio .....	60
TABELA 7- Ocupação do chefe por tipo de domicílio.....	61
TABELA 8- Total de filhos até 12 anos por tipo de domicílio .....	62
TABELA 9- Tamanho da família até 12 anos por tipo de família .....	63

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>AIDPI</b>	Atenção Integrada à Doenças Prevalente na Infância
<b>APA</b>	American Psychological Association
<b>CAPSI</b>	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e Adolescente
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MLE</b>	Estimador de Máxima Verossimilhança
<b>PNAD</b>	Pesquisa nacional por Amostra de Domicílios
<b>PNAISC</b>	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO .....	12
1.2. MOTIVAÇÃO.....	14
1.3. PROBLEMATIZAÇÃO.....	15
1.4. PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES .....	15
1.5. OBJETIVOS .....	16
1.6. ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO.....	17
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
2.1. ESTRUTURA FAMILIAR .....	18
2.2. DESENVOLVIMENTO INFANTIL .....	20
2.3. MONOPARENTALIDADE E BIPARENTALIDADE.....	21
2.4. SAÚDE DAS CRIANÇAS E POLITICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE INFANTIL .....	24
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>27</b>
3.1. FONTE DE DADOS .....	27
3.2. UNIVERSO DE ESTUDO .....	28
3.3. MODELO EMPÍRICO .....	29
3.4. ASPECTOS ÉTICOS .....	31
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>32</b>
4.1. CARACTERÍSTICA DA POPULAÇÃO .....	32
4.2. RESULTADOS ECONOMETRICOS .....	38
4.3. DISCUSSÃO .....	50
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE 1- TABELA 5- IDADE DO CHEFE DE CADA TIPO DE DOMICÍLIO...59</b>	
<b>APÊNDICE 2- TABELA 6- NÍVEL DE ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA POR TIPO DE DOMICÍLIO.....</b>	<b>60</b>
<b>APÊNDICE 3- TABELA 7- OCUPAÇÃO DO CHEFE POR TIPO DE DOMICÍLIO...61</b>	
<b>APÊNDICE 4- TABELA 8- TOTAL DE FILHOS ATÉ 12 ANOS POR TIPO DE DOMICÍLIO.....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE 5- TABELA 9- TAMANHO DA FAMÍLIA ATÉ 12 ANOS POR TIPO DE FAMÍLIA.....</b>	<b>63</b>

## INTRODUÇÃO

O principal foco desta dissertação consiste em analisar empiricamente a influência da estrutura familiar na saúde das crianças. Este estudo tem como inspiração a carência de investigações sobre a procura do serviço de saúde baseado nas estruturas familiares, sejam elas biparentais ou monoparentais. Na literatura é possível identificar uma variedade de estudos sobre o impacto dessas formatações familiares em relação à educação como o de Araújo *et al* (2022), Zago *et al* (2017) e Cid e Stokes (2012) e até mesmo sobre a saúde mental, no entanto, ainda há uma lacuna quando referenciamos na procura dos serviço de saúde e o impacto disso na saúde das crianças (Fabris *et al*, 2023; Carnut e Faquim, 2014, Milanez *et al*, 2019). O trabalho foi construído partindo-se desta ausência de trabalhos com a mesma dinâmica e faz uso da PNAD contínua do ano de 2022, que traz na sua edição especial informações sobre a avaliação dos serviços de saúde em relação aos domicílios.

A seguir, esta seção apresenta, uma visão detalhada da pesquisa. Primeiramente, na Subseção 1.1 é apresentado o contexto no qual a pesquisa está inserida, após, na Subseção 1.2, as motivações. Na Subseção 1.3 é delimitado o problema de pesquisa, e em sequência são apresentadas as contribuições e objetivos, nas Subseções 1.4 e 1.5, respectivamente. Por fim, é apresentado, na Subseção 1.6, um resumo da organização das outras seções desta dissertação.

### 1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Avaliar como diferentes estruturas familiares impactam no cuidado da saúde das crianças é um tema relevante e complexo. A estrutura familiar desempenha um papel fundamental no desenvolvimento e bem-estar das crianças, e compreender suas nuances pode nos ajudar a criar ambientes saudáveis e apoiar seu crescimento. (Benatti *et al*, 2021; Santos *et al*, 2022; Alves *et al*, 2017; Milanez *et al*, 2019)

Em primeiro lugar, é importante reconhecer que as estruturas familiares têm evoluído ao longo do tempo. Além do modelo tradicional de família composta por pai, mãe e filhos, existem diversas outras configurações familiares, como famílias monoparentais, famílias reconstituídas, famílias adotivas, famílias homoafetivas, entre outras. Cada uma dessas estruturas possui características próprias que podem impactar o cuidado na saúde das crianças (Santos *et al*, 2022; Benatti *et al*, 2021; Carnut e Faquim, 2014).

Uma forma de avaliar o impacto das diferentes estruturas familiares no cuidado com as crianças é através de estudos científicos e pesquisas. Pesquisas já realizadas apontam para

aspectos relacionados com o desenvolvimento emocional, cognitivo e social das crianças em diferentes configurações familiares e fornecem *insights* importantes sobre pontos fortes e desafios enfrentados por cada tipo de estrutura familiar, além de auxiliar na identificação de práticas eficazes de cuidado (Fabris *et al*, 2023, Alves *et al*, 2017).

É essencial considerar o contexto socioeconômico e cultural em que as diferentes estruturas familiares estão inseridas. Fatores como renda familiar, acesso a recursos, apoio social e cultural pode influenciar significativamente o cuidado com as crianças. Portanto, avaliar o impacto das estruturas familiares requer uma abordagem holística, em que seja considerado não apenas a composição da família, mas também as circunstâncias em que ela está inserida (Santos *et al*, 2022).

Para tanto, é essencial evitar generalizações e estereótipos em relação às diferentes estruturas familiares. Cada família é única e o cuidado com as crianças é influenciado por uma variedade de fatores além da estrutura familiar, como a qualidade dos relacionamentos, o suporte emocional, a comunicação e a disponibilidade de tempo dos cuidadores (Carnut e Faquim, 2014).

Sobre isso, sabe-se que estruturas familiares podem afetar a saúde das crianças de várias maneiras, principalmente no que tange a questão emocional e psicológica. É notório que famílias com ambiente seguro e harmonioso, com relacionamentos estáveis e saudáveis promovem saúde mental nas crianças. (Fabris *et al*, 2023; Carnut e Faquim, 2014, Milanez *et al*, 2019). Por outro lado, verifica-se que crianças inseridas em contextos familiares com instabilidade emocional, proveniente de famílias marcadas por conflitos frequentes, separações ou divórcios, enfrentam níveis elevados de estresse e ansiedade, impactando a saúde mental e emocional das mesmas, e conseqüentemente seus desenvolvimentos cognitivos. Sendo assim, Fabris *et al* (2023) e Milanez *et al*, (2019) ratificam a importância da qualidade das relações parentais e do apoio emocional oferecido às crianças para a construção de uma ambiente que favoreça o pleno desenvolvimento das mesmas.

Entretanto, a pesquisa conduzida por Cúnico e Arpini (2014) e Benatti *et al* (2021) evidenciam que não apenas os conflitos podem acarretar conseqüências no desenvolvimento das crianças, mas também situações como a monoparentalidade. Este arranjo familiar, pode ser caracterizado pela sobrecarga devido a privação financeira, uma vez que o chefe da família desempenha papel exclusivo de provedor do lar, enfrenta desafios como esgotamento físico e emocional decorrente do acúmulo de responsabilidades e da ausência do cônjuge. Conforme destacado pelo IBGE (2010) mais de 85% das famílias monoparentais são chefiadas por mulheres.

Embora seja possível atenuar a ideia de sobrecarga, especialmente em famílias monoparentais, conforme mencionado por Benatti *et al* (2021), por meio de uma rede de apoio familiar, é crucial observar, conforme citado por Fontes *et al* (2016), que esse suporte pode resultar em uma maior intromissão familiar, causando insatisfação e aumentando a carga mental para o responsável pelo núcleo da família. Faz-se necessário dizer que, famílias biparentais também apresentam desafios, trabalhos como Graff (2018) e na pesquisa de Raley *et al* (2012) revelam que ainda persiste a percepção cultural de que as mulheres são principais responsáveis pelo cuidado com as crianças. No estudo de Raley *et al* (2012) é apontado que esta percepção diminui à medida que aumenta a contribuição financeira materna, o que resulta em um maior envolvimento paterno no cuidado dos filhos.

Assim como a procura do ambiente de saúde, seja por consulta de rotina ou emergência pode ter implicações em diferentes estruturas familiares. Nota-se que, nas famílias tradicionais/biparentais a preocupação e cuidado são compartilhados por vezes por ambos os pais, fornecendo apoio emocional e compartilhando a responsabilidade, algo não observado em famílias monoparentais (Cúnico e Arpini, 2014). Nas famílias monoparentais, é essencial alcançar o equilíbrio entre o tempo dedicado ao atendimento hospitalar e outras responsabilidades, enquanto enfrentam a sobrecarga emocional de tomar decisões e considerar sugestões de tratamento médico sem ter a companhia para compartilhar os momentos desafiadores após uma consulta. (Cúnico e Arpini, 2014).

O fator financeiro e o nível de escolaridade das famílias podem ter influência negativa, uma vez que famílias de baixa renda podem enfrentar dificuldades em pagar despesas médicas e adquirir medicamentos, assim como a de baixa escolaridade terão impacto negativo, pois pode influenciar a capacidade dos pais de compreender informações médicas, afetando diretamente a saúde da criança (Zaide, 2023; Romani e Lira, 2004; Santos *et al*, 2011).

Por fim deve-se considerar que diferentes configurações familiares podem desempenhar diferentes papéis no acesso aos serviços de saúde, decisões relacionadas à saúde, apoio emocional e até a disponibilidade de recursos financeiros. Consequentemente, esta pesquisa se baseia no interesse de identificar possíveis diferenças no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde recebidos por crianças em diferentes contextos familiares.

## 1.2. MOTIVAÇÃO

As estruturas familiares compõem um fator primordial para o desenvolvimento e bem-estar das crianças. É notório que ao longo do tempo a estrutura familiar sofreu impactos

importantes e o modelo de maior evidência, o chamado como tradicional, deu espaço para novos modelos como famílias monoparentais, homoafetivas, adotivas entre outras (Santos *et al*, 2022; Benatti *et al*, 2021; Carnut e Faquim, 2014).

Ciente que cada família tem suas particularidades, composta de diversos fatores que determinam a relação entre os componentes, é interessante compreender qual influência que as diferentes estruturas familiares causam na saúde das crianças.

Assim, esta dissertação busca desvendar a interessante relação entre as estruturas familiares e o cuidado com a saúde da criança, com foco especial na procura aos serviços de saúde. A motivação para esta pesquisa surge da escassez de estudos científicos que explorem detalhadamente essa conexão. Almeja-se não apenas a obtenção de informações que contribuam para uma compreensão mais aprofundada do desenvolvimento infantil, mas também corroborar com a construção de dados que possam subsidiar a formulação de políticas públicas, aprimoramento das práticas clínicas e a promoção de um ambiente familiar seguro para as gerações futuras.

### 1.3. PROBLEMATIZAÇÃO

Nesta dissertação, pretende-se investigar diferentes estruturas familiares e sua relação com o cuidado com as crianças. Deve-se levar em consideração que cada família é única e que se deve evitar generalizações e estereótipos, no entanto, levar em conta que o contexto socioeconômico, cultural, nível de escolaridade, experiências dos líderes da família e das crianças são fundamentais para identificação dessa relação.

Para isso, foi formulado o problema de pesquisa desta dissertação: *Como diferentes estruturas familiares afetam o cuidado com a saúde da criança?* De acordo com o problema de pesquisa, as análises dos resultados das pesquisas mostram que a estrutura familiar em que a criança está inserida pode afetar a forma com que ela recebe cuidados de saúde. Considere-se que diferentes configurações familiares, como família monoparentais, famílias com ambos os pais presentes, famílias adotivas, família com chefe de família feminina ou masculina, podem desempenhar papéis distintos no acesso a serviços de saúde, tomada de decisões relacionadas à saúde, suporte emocional e até disponibilidade de recursos financeiros.

### 1.4. PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES

As principais contribuições desta dissertação consistem na identificação de possíveis disparidades no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde recebidos por crianças relacionadas aos diferentes arranjos familiares, assim como já foi observado no campo da educação por Araújo *et al* (2022), especificando as famílias monoparentais e biparentais, onde famílias monoparentais são as mais prejudicadas.

Essas contribuições são relevantes, pois, considerando o estado da arte, propõe-se a construção de políticas públicas que auxiliem determinadas construções familiares na condução de um maior bem-estar e saúde das crianças. Com isso, também permite entender qual o perfil dessas famílias, identificando se a renda, escolaridade ou até mesmo a localização interfere na formatação familiar e automaticamente na saúde das crianças, com foco no desenvolvimento infantil, permitindo insights valiosos para a prática clínica e construção de políticas públicas como já mencionado.

As famílias participantes da pesquisa obtiveram benefícios indiretos e as principais contribuições que podem ser sucintamente inferidas nesta pesquisa são as seguintes:

- Evidenciar que diferentes estruturas familiares podem afetar o cuidado com a saúde das crianças;
- Fornecer informações para subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas para promover a saúde das crianças independente da estrutura familiar;
- Fornecer embasamento teórico para futuras pesquisas, que desejem explorar novas técnicas de comparação da relação saúde infantil e estruturas familiares.

### 1.5. OBJETIVOS

O objetivo principal desta dissertação é avaliar como diferentes estruturas familiares afetam o cuidado com a saúde das crianças em relação as consultas médicas.

Este são os objetivos específicos a serem obtidos:

- Caracterizar o perfil dos cuidados relacionados ao comparecimento nas consultas infantis para diferentes estruturas familiares;
- Descrever as características pessoais do chefe da família ao qual crianças até 12 anos estão inseridas, como renda, idade, escolaridade, raça e localização;
- Comparar os resultados das famílias biparentais chefiadas por mulheres e por homens e famílias monoparentais femininas ou masculinas;
- Descrever as características do domicílio em relação ao quantitativo de pessoas e quantas crianças até 12 anos em cada arranjo familiar;

- Estimar a associação entre diferentes estruturas familiares e o cuidado com a saúde da criança, no quesito procura pelo serviço de saúde para consultas infantis, a partir de modelos econométricos.

## 1.6. ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

A organização das seções desta dissertação, assim como suas descrições são apresentadas a seguir:

O Capítulo 2 revisa a literatura sobre a evolução da construção familiar e o impacto das formatações no desenvolvimento infantil. Além disso, apresenta-se o impacto da saúde da criança em trabalhos anteriores em relação a estruturas familiares. O capítulo 3 reúne métodos, processo para organizar a pesquisa, como a fonte de dados, assim como o modelo empírico escolhido. O capítulo 4 descreve a maneira como os resultados foram compreendidos, assim como, apresenta comparações / avaliações através de tabelas e gráficos que engloba todas as variações experimentadas, sendo possível observar o comportamento e o desempenho de cada um dos grupos avaliados. O capítulo 5 apresenta as conclusões, limitações e, finalmente, as propostas para trabalhos futuros vislumbrados.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

Esta seção descreve os conceitos que envolvem a análise da estrutura familiar e os impactos da mesma na saúde das crianças. São pontuadas as principais dificuldades que famílias monoparentais têm em relação ao desenvolvimento das crianças, e também como fatores externos como renda e idade podem interferir na relação da saúde e automaticamente no bem-estar da criança. Por fim, será apresentado a aplicabilidade das políticas públicas no auxílio a determinados grupos familiares.

### 2.1. ESTRUTURA FAMILIAR

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na estatística de gênero, de acordo com o censo Demográfico 2010, o conceito de família é definido como sendo um conjunto de duas ou mais pessoas ligadas por laços de parentesco, consanguinidade ou adoção na unidade doméstica, residente em domicílios particulares. (IBGE, 2010).

Segundo o Dicionário Aurélio (2004) a definição de família corresponde a:

“1. Conjunto de todos os parentes de uma pessoa, e, principalmente, dos que moram com ela. 2. Conjunto formado pelos pais e pelos filhos. 3. Conjunto formado por duas pessoas ligadas pelo casamento e pelos seus eventuais descendentes. 4. Conjunto de pessoas que têm um ancestral comum. 5. Conjunto de pessoas que vivem na mesma casa” (AURÉLIO, 2004, p. 871).

Esta definição sofre modificação quando analisamos a Organização Mundial de saúde (OMS) que define família no contexto de promoção da saúde e redução de doenças, onde, desde o nascimento, os indivíduos desenvolvem crenças e comportamentos saudáveis, reconhecendo as inúmeras mudanças na nossa sociedade, principalmente no acesso aos serviços de saúde, a família assume o papel principal de ajuda em situações de doença e a principal fonte de apoio socioemocional do indivíduo sendo também o amortecedor das metamorfoses sociais.

Diante desse contexto, a família é a primeira interação com outros indivíduos da mesma espécie, é o primeiro contato com pessoas da mesma natureza. (Santos *et al*, 2022) Através deste contato inicial desenvolvem-se as primeiras habilidades motoras, sociais e biológicas (Santos *et al*, 2022).

Segundo Santos *et al* (2022) e Baptista *et al* (2011), o comportamento humano em sociedade é consequência do que foi apresentado no primeiro momento em seu núcleo familiar. Os principais motivos para o desenvolvimento de problemas sociais, além do desenvolvimento de vícios, transtornos psicológicos, quadros de depressão podem estar

categorizados a partir de traumas, instabilidade emocional familiar ou ainda percepções ensinadas de maneira equivocada, ou seja, um ambiente familiar que promova um lugar destrutivo e degenerativo. Nesta fase o indivíduo está mais exposto à influência do meio, pois está em constante interação com tudo o que acontece em seu entorno (Baptista *et al*, 2011).

Desde tempos remotos, a instituição família era compreendida com a presença do homem, mulher e filhos, onde este primeiro seria o provedor e a mulher a responsável pela criação dos filhos e os cuidados com a casa (Santos *et al*, 2022). No entanto, ao longo do tempo muitas mudanças ocorreram e com elas evoluções, assim atualmente existem além da família tradicional, existe a família monoparental (onde há apenas um dos genitores), família homoparental (casais homoafetivos), família adotiva (relacionada à adoção), família sem filhos (apenas casal) (Santos *et al*, 2022).

Sendo assim, temos que a família tradicional, chamada também de biparental ou ainda nuclear, foi por muitos anos a configuração familiar mais comum e a mais aceita.

Esta estrutura familiar é composta por um homem, uma mulher e ao menos um filho, onde o genitor do sexo masculino é o provedor primário e detém a autoridade máxima familiar. Entretanto, ao longo dos anos, observa-se um declínio desta estrutura familiar uma vez que outras formas alternativas, vem ganhando mais espaço (Carnut e Faquim, 2014; IBGE, notas metodológicas, 2010). Assim como a responsabilidade da mulher, que passa a ser a provedora primária do lar, mesmo em famílias biparentais. Segundo IBGE (2010), houve um crescimento de 10% entre os anos de 2001 a 2010 nas famílias chefiadas por mulheres, passando de 27,3% para 37,4%, onde 17,04% são famílias monoparentais femininas.

Outros modelos de estrutura familiar são as extensas e as famílias adotivas, a primeira representada pela composição de três ou quatro gerações residindo e compartilhando experiências, estes novos arranjos familiares vêm se difundido pela desvinculação da união legal. Já as famílias adotivas surgem a partir da possibilidade de adoção estabelecida pelo Código Civil Brasileiro, permitindo a formação familiar onde pais e filhos não têm laços de consanguinidade. (Carnut e Faquim, 2014).

Dando continuidade de outros modelos de estrutura familiar, podemos observar as famílias monoparentais que são aquelas em que crianças ou adolescentes vivem com um dos progenitores. Há uma alta incidência de famílias monoparentais femininas, devido ao crescimento da taxa de divórcio e recasamentos, (IBGE, notas metodológicas, 2010; Carnut e Faquim, 2014; Fontes *et al*, 2016). Ao se discutir a monoparentalidade, tem-se a impressão

de um termo recente, mas na realidade essa impressão decorre da instituição do divórcio, esta sim, recente, que é o principal responsável por esse tipo de formação familiar. Outrora tal realidade acontecia principalmente por caso de viuvez (Tachibana e Rezende, 2020; Fontes *et al*, 2016).

Ainda há as famílias com casais homoafetivos, ou famílias homoparentais, em que podem ser compostas por filhos de relacionamentos anteriores ou ainda por meio de adoção. E por último as famílias reconstituídas surgem como uma nova configuração familiar após o divórcio, separação ou viuvez. Este tipo de estrutura familiar redefine as formas de estar casado, mas também dão origem a novos arranjos familiares (Carnut e Faquim, 2014; Cid e Stokes, 2012).

## 2.2. DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Segundo Santos *et al* (2022) e Coltro *et al* (2020), há uma grande importância no papel materno e paterno na estruturação psíquica e no desenvolvimento social e cognitivo do sujeito. Situações como abandono, desamparo familiar, falta da presença de um dos genitores podem acarretar prejuízos no desenvolvimento do indivíduo (Santos *et al*, 2022).

O estudo apresentado por Fabris *et al* (2023) destaca que o ambiente familiar durante a infância, e durante toda a vida do indivíduo, independente da sua configuração estrutural, desempenha um papel fundamental no processo de formação do indivíduo. As mudanças no conceito de "família" e os novos arranjos familiares reconhecidos atualmente não alteram a importância da família para o desenvolvimento adequado de seus membros.

É importante destacar que os estudos nos últimos anos demonstram que as relações familiares são complexas e mutáveis, influenciadas por aspectos culturais, sociais e étnicos. Portanto, é essencial compreender que cada núcleo familiar atua de maneira individualizada. No entanto, os comportamentos emocionais estabelecidos pelas relações familiares carregam sempre impactam de alguma forma a formação do indivíduo. Sejam questões conflitantes que podem causar problemas emocionais nas crianças, como um ambiente harmonioso pode causar melhor interação social e habilidade acadêmica. (Fabris *et al*, 2023.; Coltro, *et al*, 2020)

Os pais desempenham um papel fundamental na saúde física e mental das crianças, independentemente do tipo de estrutura familiar em que vivem. Em famílias monoparentais, onde uma única pessoa assume a responsabilidade de cuidar dos filhos, o papel do pai ou mãe é ainda mais crucial. Importante destacar que, a constituição desta estrutura familiar pode ser

decorrente de separação, divórcio, adoção ou abandono de um dos genitores, ou ainda por opção. (Melo e Marin, 2016).

### 2.3. MONOPARENTALIDADE E BIPARENTALIDADE

Conforme já mencionado, famílias monoparentais mudaram a forma de serem constituídas, anteriormente adquirido a partir da morte de um dos cônjuges, atualmente adquirido após a constituição do divórcio, passou a ser o principal demandante deste tipo familiar (Fontes *et al*, 2016). O termo monoparentalidade pode ser identificado na literatura com conceitos distintos, como pode ser observado na introdução do trabalho da Tachibana e Rezende (2020), assim como Benatti *et al* (2021). As autoras relatam que o termo monoparentalidade, o qual consiste na presença de um dos genitores com a criança, pode ser confundido com o termo de família reconstituída, porque identifica que é a presença de apenas um dos genitores, e este pode casar novamente e dividir a responsabilidade com outro cônjuge, não sendo este o genitor.

Portanto, apesar de alguns estudos demonstrarem esta característica, este trabalho, assim como o da Tachibana e Rezende (2020), e Benatti *et al* (2021), compreende monoparentalidade como sendo um único responsável pela criança sem a presença de um cônjuge. (Tachibana e Rezende, 2020). O termo monoparental foi reconhecido pela Constituição Federal Brasileira em 1988 e, desde então, é possível analisar sua distribuição e suas características por meio do censo (Brasil, 1988).

Segundo Denardi e Bottoli (2017), as famílias monoparentais enfrentam problemas como a discriminação social e renda familiar reduzida, já que a renda outrora era compartilhada, e agora as necessidades partem de uma única fonte. Dificuldades ainda com nível da educação dos pais, pois aqueles com nível inferior podem influenciar negativamente no desenvolvimento da criança, assim como esses fatores geram risco elevado de alteração na saúde mental, problemas do desenvolvimento, problemas comportamentais e de aprendizagem.

Martins e Teixeira (2021) relatam que famílias monoparentais oriundas de divórcio, ou sem cônjuge desde a concepção da criança, possuem maior dificuldade financeira do que os casos de viuvez devido a presença de pensão. Portanto, os autores acreditam no impacto negativo para o bem-estar das crianças, pela presença da menor fonte de renda e o estresse

gerado pela reconstrução do ambiente familiar. A pesquisa de Fontes *et al* (2016) aponta que a família monoparental é a mais vulnerável à pobreza, e que a ausência de cônjuge potencializa famílias com desigualdade de renda, e/ou podem corroborar para fatores de risco como abandono da escola, depressão e uso de drogas.

Indica ainda que, famílias monoparentais apresentam menor status econômico, pela limitação do tempo e de recursos para investir em formação profissional sendo muitas vezes submetidas a trabalhos temporários, sem proteção da legislação trabalhista e com baixa perspectiva de crescimento profissional.

Segundo Denardi e Batolli, (2017), as famílias monoparentais constituídas por mulheres correspondem à maior realidade, apesar do aumento perceptível demonstrado no censo do IBGE (2010) de famílias monoparentais constituídas por homens. E que apesar da monoparentalidade masculina estar em ascensão, as dificuldades em relação a feminina são as mesmas, exaustão por dedicação sem compartilhar a responsabilidade da criança, ausência de tempo para passar mais tempo dedicadas a atenção a criança. O que não foi relatado nesse estudo, foi a questão financeira relacionada a monoparentalidade masculina e feminina.

Benatti *et al* (2021), em sua revisão de literatura, evidenciou que a monoparentalidade masculina não relatou desafios financeiros, uma vez que, provavelmente, esses homens possuíam trabalho com flexibilidade de horário e salários mais satisfatórios. Denardi e Bottoli (2017) afirmam que independentemente do gênero do chefe da família monoparental, é fundamental que haja apoio das redes de suporte, como familiares, amigos e comunidade, a fim de garantir que possam cuidar adequadamente da saúde física e mental de seus filhos. (Martins e Teixeira, 2021)

Além disso, a saúde mental das crianças pode ser impactada pelo papel dos pais em famílias monoparentais, principalmente fatores como a relação dos pais com seus filhos e características sociodemográficas, como o nível socioeconômico da família e a ausência de apoio emocional impactam no bem-estar psicológico dos filhos. Os pais devem cultivar um ambiente acolhedor e seguro, onde as crianças se sintam confortáveis em expressar seus sentimentos e preocupações, uma vez que a ausência deste ambiente aumenta o risco de desenvolvimento de transtornos psíquicos, desenvolvimento de problemas comportamentais e de aprendizagem e menor nível de estimulação cognitiva infantil. A comunicação aberta e o apoio emocional constante ajudam a fortalecer o vínculo entre pais e filhos, proporcionando um suporte essencial durante momentos difíceis. (Melo e Marin, 2016).

No contexto da saúde das crianças criadas por pais do mesmo sexo tem sido um tema amplamente estudado nos últimos anos, e a grande maioria das pesquisas e evidências disponíveis indicam que não há diferenças expressivas na saúde física e psicológica dessas crianças em comparação com aquelas criadas por pais heterossexuais. De fato, muitas organizações médicas e de saúde ao redor do mundo afirmam que o bem-estar das crianças não está diretamente relacionado à orientação sexual dos pais, mas sim ao ambiente familiar e ao apoio que recebem (Vieira, 2011).

Segundo Vieira (2011), a American Psychological Association (APA) divulgou um posicionamento oficial em 2004 sobre a saúde e o bem-estar das crianças criadas por pais do mesmo sexo. Nessa declaração, a APA afirmou claramente que não há evidências científicas que sustentem a ideia de que responsáveis do mesmo sexo representam algum perigo para o desenvolvimento das crianças.

A APA destacou que as pesquisas disponíveis na época apontavam que crianças criadas por pais do mesmo sexo têm o mesmo potencial de desenvolvimento emocional, social e psicológico que aquelas criadas por pais heterossexuais. A orientação sexual dos pais não foi considerada como um fator relevante para o bem-estar das crianças (Vieira, 2011).

No entanto, em relação a separação e o divórcio dos pais observa-se um impacto significativo na saúde emocional, mental e física das crianças e adolescentes envolvidos. Embora cada caso seja único e os efeitos variem de uma criança para outra, pesquisas como a de Galvão *et al* (2021) têm mostrado algumas tendências comuns nos efeitos dessas situações, como aumento da ansiedade, agressividade, impacto no desempenho escolar.

Quando a criança presencia o conflito entre os pais elas podem experimentar uma variedade de emoções durante e após o processo de separação ou divórcio, como tristeza, raiva, medo, ansiedade e culpa. Essas emoções podem ser intensas e duradouras, uma vez que 44% das famílias divorciadas permanecem em conflito por cerca de 3 anos e afetam o bem-estar emocional da criança. (Galvão *et al*, 2021)

Em um estudo recém-publicado, onde as autoras realizam uma revisão sistemática sobre o assunto, Böer, Ribeiro e Roama-Alves (2023) indicam que foi identificado que há autores que defendem que há um impacto negativo no desenvolvimento da criança e outros trabalhos que informam que há a necessidade de considerar uma série de variáveis que possa impactar nesta nova realidade. Essas variáveis são consideradas como conflito interparental, distanciamento de um dos pais, guarda unilateral, representação parental negativa,

psicopatologias nos pais, e baixa renda. Portanto este cenário não é único e não é padrão, dependerá do comportamento dos pais e todos os fatores já discutidos e como isto será vivenciado pela criança.

#### 2.4 SAÚDE DA CRIANÇA E POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE INFANTIL

Há mais de uma década, trabalhos como o de Santos *et al* (2012), e os resultados apresentados no IBGE 2005, explicam a relação entre renda e saúde, demonstrando que quanto maior a escassez da renda, menor será o investimento em saúde, uma vez que, outras necessidades serão priorizadas, como por exemplo a alimentação. Além desta preocupação, a renda afeta a saúde de acordo com as boas condições de moradia. Por exemplo, famílias sem acesso à água potável e condições precárias de saneamento básico, estão mais propensas à contaminação por doenças infecto-parasitárias, principalmente as crianças, infecções gastrointestinais, amebíase, esquistossomose entre outros. (Santos *et al*, 2012; Romani e Lira, 2016).

Fontes *et al*, (2016) relata que famílias com menor poder aquisitivo tendem a investir em necessidades vitais, como alimentação, e um baixo investimento em educação, vestuário e moradia. Em contrapartida, quando há aumento da renda familiar, verifica-se o aumento dos investimentos em educação e lazer.

Esta realidade não é só brasileira, segundo um trabalho publicado na Holanda em 2018 por Graff *et al* (2018) foi destacado durante a sua revisão que a renda tem ligação direta com o cuidado da criança, no entanto, não só a renda influencia, mas a idade dos pais, escolaridade e a ocupação. Quanto menor a renda, maior o risco ao qual essa criança está submetida. Salienta-se que a renda baixa pode estar associada ao nível educacional, sendo portanto, discutido que quanto maior o nível educacional, melhor é o discernimento na tomada de decisões com seus filhos.

No mesmo estudo, observou-se que o número de horas trabalhadas pelo cônjuge permite que o outro responsável dedique mais atenção à criança. Em relação à idade, este estudo holandês mostrou uma relação negativa, especialmente no caso dos homens: quanto maior a idade das crianças, menor a frequência de recompensas, resultando em piores desfechos para o pai. Este achado contrasta com diversos outros estudos que indicam que, à medida que as crianças envelhecem, há uma tendência de aumentar as recompensas, principalmente por parte

das mães. Outro ponto relevante é a influência da idade dos pais na estabilidade emocional e na capacidade de tomar decisões. Pais mais velhos tendem a ter maior estabilidade emocional, o que melhora a segurança e a atenção dedicada à criança. (Graff, 2018)

Na revisão sistemática da Literatura sobre a monoparentalidade conduzida por Benatti *et al* (2021), é possível notar que dos 22 artigos selecionados para a pesquisa, nove abordaram o divórcio como uma transição para a monoparentalidade. Tais estudos evidenciaram, em sua maioria, as dificuldades encontradas pela ausência do apoio paterno e a sobrecarga materna. Isso se deve pela naturalização do papel da mãe como a principal responsável pela criação dos filhos.

Estudos como o de Graff (2018) e Raley *et al* (2012), demonstram que essa realidade está presente em diversas culturas e que na maioria dos países ocidentais a mulher ainda é a principal cuidadora, voltada principalmente por questões sociais e culturais, demonstram que elas se dedicam maior tempo quando comparado com o sexo masculino.

As abordagens e políticas de saúde pública destinadas a apoiar e promover a saúde das crianças em diferentes estruturas familiares devem ser inclusivas e abrangentes, reconhecendo a diversidade de situações familiares que existem na sociedade.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é responsável por garantir os direitos da infância, garantindo que crianças e adolescentes tenham acesso aos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem o papel de promover o direito à vida e à saúde por meio de políticas sociais públicas que garantem um desenvolvimento saudável e harmonioso desde o nascimento (Brasil, 1990). O SUS, através de suas leis orgânicas (Lei Orgânica 9090/1990 e N° 8142/1990) e diversas políticas, assume responsabilidades sanitárias para com as crianças, adolescentes e suas famílias (Brasil, 2014).

Por meio do SUS, políticas e programas de saúde como o programa Amamenta e Alimenta Brasil, Rede Cegonha a Estratégia AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) e ainda o Programa Nacional de Imunização e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) são implementados com o intuito de fornecer condições para um crescimento e desenvolvimento infantil adequados.

Assim, o acesso universal aos serviços de saúde a fim de garantir que todas as crianças, independentemente da estrutura familiar, tenham acesso igualitário a cuidados de saúde de qualidade, inclui serviços de atenção primária, vacinação, exames de rotina, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, dentre outros, protegidos pelas políticas e estratégias

mencionadas. É crucial manter um vínculo entre a criança, sua família e os serviços de saúde, a fim de promover a saúde de forma adequada. A criança e ao adolescente têm direito a todas as oportunidades e facilidades que possibilitarão seu desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade e capacitação (BRASIL, 1990).

Além de programas de apoio psicossocial a fim de oferecer serviços de suporte emocional e psicológico para as famílias e crianças, especialmente aquelas que podem estar enfrentando desafios específicos, como a perda de um dos pais, divórcio, adoção ou outras mudanças significativas na dinâmica familiar. Os serviços de saúde mental voltados para a infância e a adolescência têm um papel social que vai além do tratamento técnico, incluindo ações como acolhimento, escuta e cuidado. A saúde mental é essencial para a produção de saúde em geral, e os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis (CAPSi) são serviços estratégicos para ampliar as ações de saúde mental neste grupo. Ao receber cuidados em saúde, é fundamental considerar as dimensões biológicas, psíquicas e sociais dos indivíduos para um cuidado integral e efetivo (BRASIL, 2014).

Melo e Marin (2016) informam que famílias gerenciadas por mães solteiras enfrentam mais desafios devido à situação de baixa renda, as autoras identificam através das pesquisas que suporte oferecido às mães solteiras têm o potencial de beneficiar positivamente a relação delas com seus filhos, proporcionando um ambiente mais interativo e estimulante, o que resulta em um desenvolvimento infantil saudável.

Como exemplo de auxílios a famílias monoparentais femininas há um programa social, do Governo de São Paulo, o Próspera Família, que tem como objetivo acompanhar famílias monoparentais com filhos de até seis anos e que estejam em situação de extrema pobreza. Esse programa acompanha o responsável de cada núcleo familiar estimulando a geração de renda através do acesso ao trabalho, além do fornecimento de uma bolsa de até R\$210,00. (GOV. SÃO PAULO, 2021)

Essas abordagens e políticas podem ajudar a criar um ambiente favorável para o desenvolvimento saudável e bem-estar das crianças, independentemente de suas circunstâncias familiares. É importante lembrar que a integração entre diversos setores, incluindo saúde, educação, assistência social e governos, é fundamental para garantir que essas políticas sejam implementadas de forma eficaz e abrangente.

### 3. METODOLOGIA

Esta seção apresenta o percurso metodológico da pesquisa, assim como as fases da pesquisa. Essas fases contemplam o planejamento experimental, seleção da amostra, controle de variáveis e análise dos resultados. Desta maneira, foram realizados alguns procedimentos experimentais e posterior análise de dados, em conformidade com técnicas estatísticas de descrição, inferência e análise de dados que permitem avaliar afirmações e fazer conclusões sobre as amostras.

Os procedimentos metodológicos adotados para a coleta de dados se caracterizam por uma abordagem quantitativa, pois envolveu técnicas (execução de experimentos) associadas a pesquisas empíricas. Para análise dos resultados foram utilizados procedimentos estatísticos que permitem realizar inferências e conclusões sobre as amostras.

#### 3.1. FONTE DE DADOS

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, cujos resultados têm como base os dados extraídos dos Microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) do segundo trimestre de 2022, abordando o tema Atenção Primária à Saúde Infantil. O público-alvo foram crianças com idade inferior a 13 anos, sendo conduzida uma entrevista com o responsável pelo cuidado de saúde destas crianças.

Realizada pelo IBGE, a PNAD Contínua é um levantamento que ocorre a partir de amostras de domicílios, com o objetivo de propiciar à comunidade e aos formuladores de políticas um panorama das condições sociais, demográficas e econômicas da sociedade brasileira. Os dados apresentados neste levantamento resultam de visitas mensais a uma fração dos domicílios brasileiros, com o resultado destas visitas divulgados mensal e trimestralmente. O termo “contínua” refere-se à característica longitudinal da pesquisa, em que um domicílio é entrevistado por até cinco trimestres consecutivos (visitas). A PNAD Contínua reúne um conjunto de características coletadas de forma permanente e outras de forma suplementar.

Os Microdados da PNAD Contínua, podem ser extraídos diretamente do site do IBGE, no tópico Estatísticas e subtópico Social e População, onde é possível identificar a Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios Contínua, os Microdados onde pode ser realizado a extração do banco para esta pesquisa.

Sendo assim, para esta pesquisa utilizou-se os Microdados do segundo trimestre do

ano de 2022. O tamanho exato do universo da amostra foi 42.148 famílias com crianças até 12 anos, lembrando que o PNAD Contínua é uma pesquisa amostral, e este estudo será representado pela amostra da população familiar que tenham crianças entre 0 e 12 anos e que não esteja contemplada no critério de exclusão.

### 3.2. UNIVERSO DE ESTUDO

Como já mencionado na subseção fonte de dados, o banco de dados foi extraído do PNAD Contínua do segundo trimestre de 2022. Apesar do banco ser fornecido por indivíduo, houve uma preparação do banco, formatando esses indivíduos por famílias/ domicílios, e foram analisadas apenas famílias que contenham pelo menos uma criança de até doze anos.

Como critérios de inclusão foram considerados os dados das crianças entre zero e doze anos, que residem com famílias biparentais ou monoparentais. A faixa etária de até doze anos foi escolhida como critério a partir da definição do ECA, seguindo a lei 8.069 de 1990 que considera crianças, indivíduos que possuam até doze anos incompletos. Como critério de exclusão foram considerados os dados ausentes sobre a estrutura familiar e famílias que não continham crianças até doze anos.

Outra característica importante foi a identificação do sexo do chefe da família, e identificação se o chefe da família possuía cônjuge, desta forma foi separado a amostra em quatro grandes amostras, famílias com cônjuges, foram chamadas de famílias biparentais e foram divididas em relação ao responsável econômico da família em chefe mulher ou homem e ainda famílias que haviam a ausência do cônjuge, foram chamadas de famílias monoparentais e estas subdivididas em relação ao seu chefe em femininas ou masculinas.

Com o objetivo de compreender o universo ao qual as crianças estão inseridas, foi observado características desses chefes das famílias, como a localização dessa família, se reside em domicílios da capital ou região metropolitana, assim como a qual região do Brasil pertence. Foram identificadas a escolaridade e avaliadas em relação à média de quantos anos de estudo cada grupo obteve, assim como a análise estratificada por grupos de anos de estudo.

Além da localização e escolaridade, fatores como renda, raça, idade, número de crianças menores de 12 anos no domicílio assim como a quantidade de indivíduos em cada domicílio foram analisados com o objetivo de compreender se tais variáveis impactariam na saúde das crianças.

O PNAD Continua avaliou a qualidade do serviço, no entanto, esta pesquisa não tomou

essa linha de análise, apesar do objetivo ser distinto, foi possível através deste banco de dados analisar outros cenários como o acesso ao serviço de saúde nos últimos doze meses e a realização de consultas de rotina.

O intuito foi identificar a presença da criança de até doze anos em serviços de saúde nos últimos doze meses e em relação a realização de consultas de rotina de acordo com cada estrutura familiar e identificar se as variações pessoais ou do domicílio poderiam impactar no cuidado com a saúde da criança.

### 3.3. MODELO EMPÍRICO

A variável dependente foi o acesso à saúde de acordo com consultas realizadas nos últimos 12 meses e as consultas de rotinas. Estas variáveis foram correlacionadas com características da estrutura familiar, renda, localização, escolaridade, raça e idade dos pais. Como as variáveis indicadoras dos cuidados com a saúde são variáveis dicotômicas (não contínuas), a estratégia econométrica utiliza a função logística para estimar os efeitos das variáveis de interesse (e variáveis de controle) sobre a probabilidade de cuidado com saúde. Os parâmetros são estimados pelo Estimador de Máxima Verossimilhança (MLE).

Formalmente a função logística apresenta a seguinte probabilidade de ocorrência para evento de interesse (neste caso, cuidados com a criança) de uma observação  $j$ ,  $\text{Prob}(y_j = 1)$  para observação  $j$ :

$$p_j = \frac{e^{(X_j \cdot b)}}{1 + e^{(X_j \cdot b)}} \quad (1)$$

Onde  $X_j$  é vetor de variáveis explicativas (de interesse e controle) e  $e$  é a função exponencial. Por sua vez, a *Odd Ratio*, que informa a razão de probabilidades entre duas situações, para a variável  $i$  é dada por  $e^{b_i}$ , onde  $b_i$  é coeficiente estimado para a variável  $i$ .

A construção familiar, em estudos como o de Zago *et al* (2017) e de Fontes *et al* (2016), apontam que a estrutura monoparental está associada ao pior desenvolvimento da criança. Assim como a ênfase da importância da presença de ambos os responsáveis da criança para uma melhor atenção à saúde da criança. Portanto, não apenas os tipos de famílias foram analisados, diversas variáveis foram empregadas como variáveis pessoais, tais como escolaridade, raça e idade do chefe da família. Conforme destacado por Zago *et al* (2017), a

escolaridade, com destaque principalmente na escolaridade materna, desempenha um papel crucial no desenvolvimento neuropsicomotor. Dessa forma, foi observado dentro das variáveis pessoais se o nível de escolaridade do chefe da família está relacionado à saúde da criança, juntamente com outras variáveis como raça e idade. No caso da variável escolaridade, a análise foi conduzida considerando o número de anos de ensino.

Ainda na Tabela 2 é possível visualizar a média de anos de escolaridade e na tabela 6 a distribuição desta faixa de escolaridade. Já a variável Raça, considerada uma variável *Dummy*, que assume o valor zero quando o chefe não for branco, demonstrada também na Tabela 2, este resultado foi apresentado de acordo com a estrutura familiar. Semelhante a esta avaliação, temos a variável idade do chefe da família, identificando tanto a média e o desvio padrão de cada estrutura familiar. Na Tabela 5, encontramos a idade dos chefes das diferentes estruturas familiares distribuídas por faixa de idade.

Outro grupo de variáveis que merece destaque foram as variáveis do domicílio onde observamos o tamanho da família, números de adultos, números de filhos de até 12 anos, renda e participação de programas sociais como bolsa família. Todas estas variáveis foram avaliadas a média e o desvio padrão. Como demonstrado no trabalho de Fontes et al (2016), que demonstra o impacto negativo na renda da família quando há um aumento do número de crianças, assim como um incremento financeiro, quando o número de adultos na formação familiar.

As Tabelas 7, 8 e 9 apresentam mais detalhadamente as informações destes domicílios, estratificando os percentuais de cada família. Estas variáveis foram observadas como sugerido no trabalho de Zago *et al* (2017), onde relata que famílias menos favorecidas economicamente, possuem menos acessibilidade a diversos direitos, dentre eles o acesso a serviços de saúde, e este contribuindo negativamente no desenvolvimento infantil.

As variáveis de localização também foram utilizadas, assumindo uma variável *dummy*, sendo 1 quando a família for de determinada localidade. Portanto assumiram o valor 1 as famílias pertencentes a capital, região metropolitana, capitais ou ainda ser da região do país analisada. Ou seja, em caso da variável nordeste, assumiu o valor 1 a família da região nordeste e 0 a que não pertencer.

E por fim as variáveis de saúde, onde foram consideradas duas variáveis específicas, o percentual de consultas nos últimos 12 meses e ainda o total de visita de rotina.

### 3.4. ASPECTOS ÉTICOS

A realização da presente pesquisa utiliza informações de domínio público e seguem a Resolução 466 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção são apresentados os resultados das populações observadas inspiradas em diversos estudos, mas principalmente a pesquisa de Araújo *et al* (2022), onde retrata as características individuais de cada grupo e como interfere no desenvolvimento da criança.

### 4.1. CARACTERÍSTICA DA POPULAÇÃO

Para captar o efeito da estrutura familiar sobre a saúde das crianças, foram necessários cruzamentos entre as variáveis de acesso ao serviço de saúde nos últimos doze meses entre as famílias biparentais, onde o chefe da família homem ou mulher e famílias monoparentais femininas e masculinas.

A amostra do PNAD Contínua apresenta o número de observações por indivíduos, sendo possível identificar um total de 468.229 indivíduos. Estes formam um total de 164.919 famílias identificadas, baseadas no chefe da família. Desta amostra, conforme observado na tabela 1, foi identificado um total de 42.148 mil famílias com pelo menos uma criança de até 12 anos.

**TABELA 1 - Distribuição dos tipos de Famílias**

Variáveis	Biparental				Monoparental				
	<u>Total</u>	<u>Chefe Homem</u>		<u>Chefe Mulher</u>		<u>Homem</u>		<u>Mulher</u>	
		Observação	%	Observação	%	Observação	%	Observação	%
Tipo de Família	42.148	19807	57,5	14640	42,5	747	9,7	6954	90,3
Total da Família	42.148		46,9		34,7		1,8		16,5

Fonte: IBGE. PNAD Contínua 2022. Elaboração da autora

As famílias biparentais representam 81,6% da amostra destas famílias, 42,5% da amostra das famílias biparentais possuem como chefe da família uma mulher. Mostrando que apesar de famílias biparentais, onde ambos os pais compartilham a responsabilidade, a chefe da família mulher vem ganhando cada vez mais espaço. Já as famílias monoparentais totalizam 18,3% da amostra e, 90% destas são famílias monoparentais femininas,

corroborando com os dados de Araújo et al (2022) sobre monoparentalidade.

Segundo Graff (2018), quanto maior a idade dos pais, maior a estabilidade emocional para tomar decisões. A presente pesquisa demonstrou que famílias monoparentais do sexo masculino apresentaram a maior média de idade, com idade média de 43,13 anos, tabela 2. O tipo de família que apresentou o chefe com menor idade foi a família biparental com chefe mulher, com média igual a 34,7 anos, conforme pode ser visualizado na tabela 2.

**TABELA 2 - Descrição das variáveis dos modelos econométricos**

Variáveis	Descrição	Biparental				Monoparental			
		Chefe Homem		Chefe Mulher		Homem		Mulher	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Idade	Idade do chefe da família	39,1	9,1	34,7	7,7	43,1	10,2	36,0	8,0
Escolaridade	Nível de escolaridade por anos de estudo do chefe da família	10,0	4,3	10,9	3,7	8,9	4,6	10,3	3,8
Raça° (Não Branco)	Variável dummy que assume o valor 0 quando o chefe não for branco	63,1		65,8		68,0		70,8	
Número de pessoas	Quantidade de pessoas por família	4,0	1,1	4,1	1,15	3,1	1,3	3,3	1,3
Crianças até 12 anos	Quantidade de crianças até 12 anos por família	1,5	0,7	1,5	0,7	1,3	0,6	1,4	0,72
Renda Total (R\$)	Renda total, associando todo e qualquer contribuição relatada pela família	4596,2	6510	4101,8	5653	2912,4	3548	2085,08	2590
Capitais°	Variável Dummy que assume for residente da Capital	18,6		21,6		24,1		26,1	
RMs°	Variável Dummy que assume o valor 1 se a família for residente da Região Metropolitana	24,7		29		31,9		33,8	
NO°	Variável Dummy que assume o valor 1 se a família for residente da Norte	16,3		13,8		21,3		14,0	
NE°	Variável Dummy que assume o valor 1 se a família for residente do Nordeste	32,4		34,2		27,2		38,0	

TABELA 2 – Continua

Variáveis	Descrição	Biparental				Monoparental			
		<u>Chefe Homem</u>		<u>Chefe Mulher</u>		<u>Homem</u>		<u>Mulher</u>	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
SE°	Variável Dummy que assume o valor 1 se a família for residente do Sudeste	23,6		23,3		25,7		24,2	
Sul°	Variável Dummy que assume o valor 1 se a família for residente do Sul	17,8		18,1		15,8		13,8	
CO°	Variável Dummy que assume o valor 1 se a família for residente do Centro Oeste	10,0		10,6		10,0		10,0	
Urbano°)	Variável Dummy que assume o valor 1 se a família for residente do Centro Urbano	64,6		73,9		72,7		83,6	
Última consulta em até um ano°	Percentual de famílias que realizaram alguma consulta de saúde nos últimos doze meses.	65,6		67,7		56,9		64,1	
Visita de rotina°	Percentual relativo à quantidade de entrevistas realizadas com famílias que frequentam o ambiente de saúde para consulta de rotina	27,27		27,88		24,0		25,0	
Observações de saúde°	Percentual da quantidade de entrevistas referentes da saúde realizadas por família	89,8		91,8		83,67		89,1	

TABELA 2 – Continua

Variáveis	Descrição	Biparental				Monoparental			
		<u>Chefe Homem</u>		<u>Chefe Mulher</u>		<u>Homem</u>		<u>Mulher</u>	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Participação total	Número total de famílias participantes distribuídos por tipo de família	19.807		1.6404		747		6.954	

Fonte: IBGE. PNAD Contínua 2022. Elaboração da autora.

° Resultado em percentual baseado na participação total.

Na Tabela 5, do apêndice, que mostra a estratificação da idade do chefe da família, é possível notar que as famílias que possuem crianças com até 12 anos, possuem adultos com maior percentual entre 31 e 40 anos em todos os tipos de família.

Conforme o trabalho de Martins e Teixeira (2021), Zago *et al* (2017) e Romani e Lira (2004), outro ponto que merece destaque é a influência que a escolaridade dos pais e o nível socioeconômico possuem no desenvolvimento das crianças. Na Tabela 2, fica evidenciado que o tipo de família que apresentou o menor tempo médio de escolaridade foi a família monoparental masculina, com aproximadamente 9 anos de escolaridade, já em relação às demais famílias todas tiveram uma média próxima a 10 anos de educação.

Na Tabela 6, presente no apêndice deste documento, ao analisar os dados estratificados por faixa de tempo relacionado à escolaridade e tipo de família, observa-se que o maior percentual em todas as famílias foi na faixa de 12 a 15 anos. E a família com menor instrução, cerca de 7% da população sem instrução ou menos de 1 ano de escolaridade, foi a família monoparental masculina. Já a família com maior instrução, ou seja, mais de 16 anos de estudo, foi a família biparental com chefe mulher. Segundo Zago *et al* (2017), a escolaridade materna é a que mais apresenta impacto em relação ao desenvolvimento infantil.

A raça também foi avaliada neste estudo, identificando-se que o grupo não branco apresentou um percentual mais elevado do que a população branca. As famílias monoparentais femininas são as que concentram a maior porcentagem, alcançando 70,8%, enquanto a menor concentração foram as famílias biparentais com chefe homem, 63,1%, conforme pode ser

avaliado no apêndice da tabela 2. Segundo trabalho de Fontes *et al*, (2016) as características do chefe branco, aumenta em 17% a renda per capita nos arranjos familiares investigados.

Como já mencionado, o nível socioeconômico influencia no desenvolvimento da criança, e quanto maior a população dependente desta renda, maior o impacto no desenvolvimento infantil, assim como, a presença de mais de uma criança nesta família. De acordo com esta informação, este trabalho tomou como referência os chefes de famílias que possuíam alguma ocupação, conforme visualizado no apêndice na tabela 7. Das famílias biparentais com chefe da família homem, 88,3% apresentaram alguma ocupação durante o momento da entrevista. O tipo de família que apresentou o menor percentual de ocupação, foi a família biparental chefe mulher, com um percentual aproximado a 53%.

Outros pontos que merecem destaque é o quantitativo populacional por domicílio. Ao verificar a média, notamos que o número de crianças de até 12 anos corresponde a uma média de 1,5 indivíduos, no máximo, em ambas as famílias biparentais, a monoparental masculina apresentou uma média de 1,3 crianças, conforme tabela 2. Verificando este resultado estratificado, é possível identificar com mais ênfase como demonstrado na Tabela 8, presente no apêndice que, todos os tipos de famílias apresentam um percentual mais elevado de famílias com apenas um filho. Este é um comportamento semelhante em todas as famílias, dois filhos, o segundo maior percentual em todas as famílias. Identificado um resultado inversamente proporcional, quanto maior o número de filhos menor o percentual desta realidade nas estruturas familiares.

Quando observamos o tamanho da família, a média ficou entre 3,1 para as famílias monoparentais masculinas e 4,1 para famílias biparentais com chefe mulher, conforme tabela 2. Estratificando este resultado conforme Tabela 9, no apêndice, é possível notar que o total de 4 pessoas corresponde ao maior percentual nas famílias biparentais, enquanto a família monoparental masculina o maior percentual, igual a 41,5% corresponde ao total de apenas 2 indivíduos, já as monoparentais femininas o maior percentual ficou com o total de 3 indivíduos, igual a 35,5%. Segundo a pesquisa de Fontes *et al*, (2016), sobre a presença de filhos adultos ou crianças na família, foi possível que famílias com crianças possuem uma menor renda per capita e ainda que famílias monoparentais podem ter melhores resultados econômicos quando há contribuição financeira do filho adulto.

Em relação à localização, foi observado o comportamento de famílias presentes na capital, assim como em regiões metropolitanas, em centros urbanos e ainda por região do país.

Foi possível notar uma semelhança na distribuição dos percentuais em cada região do país em relação aos tipos de família.

Assim verificou-se que famílias biparentais com chefe masculino tiveram maior prevalência no Nordeste e menor prevalência no centro-oeste com uma diferença percentual de 22,4%. Esse mesmo comportamento se repete para famílias biparentais com chefe do sexo feminino, 34% são do nordeste brasileiro e o menor 10,6% corresponde também ao centro-oeste. O mesmo comportamento também pôde ser visualizado nos outros tipos familiares.

No entanto, se avaliarmos o percentual por informações como centro urbano, podemos observar que a maior prevalência é da família monoparental feminina. Já na capital e região metropolitana ambas as famílias monoparentais apresentam um percentual mais elevado, conforme Tabela 2. Segundo Fontes *et al* (2016), a população rural é a que possui menor remuneração e conseqüentemente, espera-se menor investimento na saúde.

#### 4.2. RESULTADOS ECONOMÉTRICOS

Para realizar comparações entre as proporções das variáveis dependentes "Consulta nos últimos 12 meses" e "Consulta de rotina", foram conduzidas três regressões com a inclusão progressiva de variáveis explicativas em cada etapa. Esse procedimento foi adotado visando aprimorar a explicação da variabilidade nas variáveis dependentes.

A avaliação da significância estatística de cada variável no modelo foi realizada por meio do teste de Wald, conforme apresentado nas Tabelas 3 e 4, a seguir. Os níveis de significância considerados foram de:  $P < 0,01$ ,  $P < 0,05$  e  $P < 0,1$ , sendo as análises discutidas com base nesses valores.

Na primeira regressão (colunas (1) das Tabelas 3 e 4), apenas os tipos de domicílio foram incluídos, sem a presença de variáveis de controle. Na segunda regressão (colunas (2) das referidas tabelas), além dos tipos de domicílios, foram incorporadas variáveis de controle individuais, juntamente com variáveis relacionadas aos domicílios. A terceira regressão (colunas (3) das aludidas tabelas) englobou todas as variáveis mencionadas anteriormente, em conjunto com variáveis de localização.

Esse método sequencial de inclusão de variáveis permitiu a análise da influência individual e coletivo desses fatores nas variáveis dependentes em questão, proporcionando uma compreensão mais abrangente dos determinantes associados às consultas médicas nos últimos 12 meses e às consultas de rotina. O arranjo-referência (omitidas nas regressões)

considerado na pesquisa foi a família Biparental onde o líder familiar é homem. Um sinal interessante é que todas as estruturas familiares sugerem que famílias monoparentais são as que têm maior dificuldade em relação as consultas médicas das crianças, e a família biparental com liderança feminina, se aproxima da realidade do arranjo referência, apesar de também apresentar um resultado negativo.

**TABELA 3. Estrutura familiar e saúde infantil – Variável Dependente: consulta nos últimos 12 meses.**

Variáveis	(1)	(2)	(3)
	1,000	0,8966***	0,8727***
Biparental _ Chefe mulher	(0,990)	(0,010)	(0,001)
	0,730**	0,8010	0,7729*
Monoparental _ Homem	(0,017)	(0,110)	(0,0650)
	0,8384***	0,8324***	0,7675***
Monoparental _Mulher	(0,000)	(0,001)	(0,000)
		1,051***	1,044***
Escolaridade		(0,000)	(0,000)
		1,061	1,0326
Cor (Branca)		(0,102)	(0,416)
		0,979***	0,9784***
Idade do chefe		(0,000)	(0,000)
		0,9495	0,9803
Ocupação do Chefe da família		(0,266)	(0,6720)
		0,8765***	0,8742***
Tamanho da família		(0,00)	(0,00)
		1,095**	1,105
N de adulto		(0,0340)	(0,230)
		1,017	1,0107
Nº de filhos até 12 anos		(0,644)	(0,7830)
		1,2072***	1,1642***
Renda Total		(0,000)	(0,000)
		0,9802	1,0321
Bolsa Família		(0,649)	(0,4740)
Parcela de Renda de outros		1,3011***	1,4290***
Programas Sociais		(0,003)	(0,000)
			1,2537***
Região Metropolitana			(0,000)
			1,04570
Capital			(0,4080)
			0,6033***
Norte			(0,000)
			0,7547***
Nordeste			(0,000)
			0,8253***
Sul			(0,000)
			0,7514***
Centro Oeste			(0,000)
			1,1320***
Urbano			(0,002)

TABELA 3. Continua

Variáveis	(1)	(2)	(3)
_cons	3,300*** (0,000)	1,6112** (0,014)	2,2968*** (0,000)
Pseudo R2	0.0010	0,0258	0,033
Wald	20,84	635,10	797,46
Observações	38.039	37.600	37.600

Fonte: estimativas da autora a partir da PNAD Contínua 2022.

Valores correspondem à *Odd Ratio* - Desvio- Padrão robustos à heterocedasticidade entre parênteses.

\*Representa significância a 10%, \*\* representa significância a 5% e \*\*\*representa dados significativos a 1%.

Com base nos dados apresentados na Tabela 3, ao utilizar níveis de significância de 1%, 5% e 10%, e ao considerar se a criança foi submetida a alguma avaliação médica nos últimos doze meses, observa-se que, quando significativo, independentemente das variáveis de controle, as famílias monoparentais apresentam menor probabilidade de levar a criança a consultas médicas. Considerando-se, por exemplo, a coluna (1) da Tabela 3, quando a família monoparental é liderada por uma mulher, a chance de a criança ter feito ao menos uma consulta nos últimos 12 meses é cerca de 83% aquela da família de referência (biparental com chefe homem), sendo ainda mais reduzida tal chance em relação àquela da família de referência (73%) quando a família é liderada por um homem, ao avaliarmos sem a variável de controle. Ao adicionarmos as variáveis explicativas, mantém-se a compreensão de que as famílias sem cônjuge enfrentam maior dificuldade em levar a criança ao ambiente de saúde nos últimos doze meses. No entanto, apesar de resultados bastante semelhantes, agora (resultados da coluna (3) da Tabela 3) a família monoparental liderada por mulher apresenta a menor chance de levar a criança ao ambiente de saúde, com tal chance chegando apenas a 76% daquela da família de referência, valor muito próximo àquele observado para família monoparental liderada por homens (77%).

Dessa forma, fica claro a partir da análise dos resultados econométricos que a situação de família monoparental reduz a probabilidade de buscar atendimento médico quando comparada à situação de uma família tradicional. Assim, como identificado por Zago *et al* (2017) e Fontes *et al* (2016), as evidências aqui obtidas indicam que famílias monoparentais apresentam maior fragilidade em relação ao cuidado das crianças, quando comparado com famílias biparentais, no quesito comparecimento às consultas médicas.

Ao examinar minuciosamente as demais variáveis explicativas da Tabela 3, observa-se dois modelos de regressão: um que contém variáveis de controle individual e domiciliar, e outro que incorpora essas mesmas variáveis associadas à localização.

Analisando individualmente as variáveis explicativas, começando pelas de controle individual e as relacionadas aos domicílios, percebemos que, a cada aumento de um ano de escolaridade, há um aumento na chance de levar a criança a um ambiente de saúde nos últimos 12 meses, com um aumento de 5% nesta chance (Coluna (2) da Tabela 3). Já em relação à regressão que abrange todas as variáveis explicativas, juntamente com as variáveis de localização, é possível observar que, para cada ano adicional de escolaridade, há um aumento na chance de levar a criança a uma consulta nos últimos 12 meses, com um incremento de 4% desta chance. Este resultado reitera o que foi apontado por Zago *et al* (2017), de que o nível de escolaridade, principalmente materno, interfere de forma significativa na saúde das crianças.

Ao analisarmos as variáveis de controle individual, constatamos que características como raça e ocupação do chefe da família não apresentaram significância a níveis de 1%, 5% e 10%. No entanto, em relação à idade do chefe, observamos significância a 1%, indicando uma relação negativa, ou seja, a cada aumento na idade do chefe, há uma diminuição na chance de levar a criança a uma consulta nos últimos 12 meses.

Pesquisas como a de Graff (2018) demonstram que o aumento da idade do responsável pela criança, aumenta a atenção a educação devido a maior estabilidade emocional. No entanto, os resultados demonstram que conforme as colunas 2 e 3 da tabela 3, a cada um ano a mais de idade do chefe diminui em 3% (*odd ratio* de 0,97) a chance de visita ao médico nos últimos 12 meses.

Ao analisar minuciosamente as variáveis associadas ao domicílio, conforme a Tabela 3, referente à variável dependente "Consulta nos últimos 12 meses", destacam-se dois modelos de regressão: um incluindo variáveis de controle individuais e domiciliares, e outro que adiciona essas variáveis juntamente com as de localização.

Observamos que o tamanho da família apresentou significância estatística a 1%, influenciando negativamente a probabilidade de levar a criança ao serviço de saúde nos últimos doze meses. O aumento no número de indivíduos na residência reduz a chance de visita ao médico nos últimos 12 meses (*odd ratio* de 0,87, ou seja) para ambas as regressões, conforme visualizado na Tabela 3. Conforme pesquisa de Fontes *et al* (2016), esse aumento do tamanho familiar pode ser de outras crianças e quanto maior o número de crianças possivelmente menor o cuidado individual com a atenção à saúde das crianças.

No entanto, de forma distinta ao tamanho da família, o número de adultos exibiu um efeito positivo significativo a 5%, mas apenas quando entre as variáveis de controle não estão as de localização: um adulto adicional elevaria em 9% a chance de visita ao médico nos últimos 12 meses (coluna (2) da Tabela 3). de levar a criança ao ambiente de saúde nos últimos 12 meses. Semelhante ao que foi encontrado na pesquisa de Fontes *et al* (2016), o número de adultos, ou filhos adultos corrobora para uma melhor remuneração e acredita-se como em outras pesquisas que o aumento da renda corrobora para uma atenção mais qualificada à saúde da criança.

As variáveis como o número de crianças de até 12 anos na família e se o chefe possui ou não ocupação não apresentaram significância estatística em relação à ida da criança ao ambiente de saúde.

Ao analisarmos a renda do chefe da família, destacamos a significância para a renda total e para o uso de outros programas sociais a um nível de 1%, exceto para o Bolsa Família, que não apresentou resultados significativos. A cada aumento na renda (em R\$), a chance de levar a criança ao ambiente de saúde nos últimos 12 meses aumenta em 16% a chance de visita ao médico nos últimos 12 meses, quando analisamos as variáveis explicativas, incluindo as de localização (coluna (3) da Tabela 3). Este resultado, está em consonância com as expectativas de Zago *et al* (2016). Nesta pesquisa, apesar do resultado não ter sido significativo esta relação, a hipótese baseada em diversos estudos é que a renda do chefe da família afete o desenvolvimento da criança, nesta pesquisa Zago e parceiros acreditam que outros fatores afetam negativamente este desenvolvimento, como famílias monoparentais e nível de escolaridade. Quanto à variável “Parcela de Renda de outros Programas Sociais”, também apresenta um aumento significativo na chance de a criança ser levada nos últimos 12 meses, nas respectivas análises (a partir da coluna (3) da Tabela 3, percebe-se um aumento de cerca de 40% desta chance para cada aumento percentual desta parcela).

No que diz respeito à localização da família, nota-se que, em relação à Capital, região metropolitana, centros urbanos e diferentes regiões do país, apenas a análise da Capital não apresentou resultado estatisticamente significativo para as consultas nos últimos 12 meses. Entretanto, famílias na região metropolitana têm 25% a mais chance de levar a criança ao serviço de saúde, e as que residem em centros urbanos têm 13% mais propensão, comparadas às demais localidades, conforme evidenciado na coluna (3) da Tabela 3.

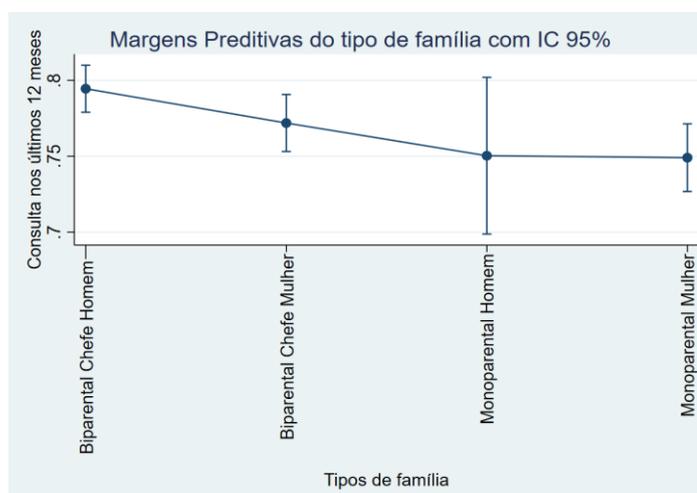
Finalmente, quanto às distintas regiões do país, apesar de significativas, todas apresentaram uma relação negativa, indicando menor probabilidade de consulta ao ambiente de saúde nos últimos 12 meses. Quando comparada à região Sudeste, esse padrão foi

especialmente evidenciado na região Norte, com uma expressiva diminuição: a chance de se procurar o serviço de saúde nos últimos meses é apenas 60% daquela do Sudeste. A região Sul, por outro lado, apesar do resultado também ser negativo, foi a que obteve os melhores resultados, apresentando uma probabilidade total de chance de 82% do Sudeste de levar a criança ao ambiente de saúde nos últimos doze meses.

Em resumo, ao investigarmos se a ida ao ambiente de saúde analisando a consulta nos últimos 12 meses, notamos que famílias monoparentais apresentam resultados menos favoráveis. As famílias monoparentais lideradas por homens, em particular, mostram resultados menos favoráveis nessa análise. Apesar de as famílias monoparentais apresentarem resultados semelhantes entre si, os dados indicam que famílias biparentais tendem a levar mais frequentemente seus filhos aos serviços de saúde. Segundo a revisão de literatura de Romani e Lima (2004), demonstram que em diversos estudos que a renda e a escolaridade, principalmente materna interferem na saúde das crianças, seja no desenvolvimento cognitivo, seja na procura pelo serviço de saúde.

Analisando a Figura 1, que apresenta as probabilidades preditivas para as consultas nos últimos 12 meses para os quatro diferentes tipos de família, nota-se que famílias monoparentais possuem piores resultados e são semelhantes entre si, apesar da família monoparental liderada por homens apresentar maior dispersão devido à amostra mais reduzida. Representando 9,7% da população monoparental, conforme visualizado na Tabela 1.

Figura 1. Margens preditivas por tipo de família em relação à consulta nos últimos 12 meses



Tipos de família em relação às consultas nos últimos doze meses.

Fonte: IBGE. PNAD Contínua 2022. Elaboração da autora

**TABELA 4. Estrutura familiar e a saúde infantil – Variável Dependente: Consulta de Rotina.**

<b>Variáveis</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>
	0,9858	0,9084**	0,8937***
Biparental _ Chefe mulher	(0,693)	(0,018)	(0,006)
	0,8494	0,8618	0,7968
Monoparental _ Homem	(0,227)	(0,300)	(0,118)
	0,7869***	0,7929***	0,7336***
Monoparental _Mulher	(0,000)	(0,000)	(0,000)
		1,060***	1,0462***
Escolaridade		(0,000)	(0,000)
		0,9560	1,0307
Cor (Branca)		(0,212)	(0,431)
		0,9921***	0,9897***
Idade do chefe		(0,000)	(0,000)
		0,8811***	0,9068**
Ocupação do Chefe da família		(0,007)	(0,040)
		0,8993***	0,8939***
Tamanho da família		(0,001)	(0,001)
		1,036	1,0349
N de adulto		(0,432)	(0,457)
		1,052	1,049
Nº de filhos até 12 anos		(0,193)	(0,226)
		1,167***	1,1474***
Renda Total		(0,000)	(0,000)
		0,8348***	0,8434***
Bolsa Família		(0,000)	(0,001)
Parcela de Renda de outros Programas Sociais		1,2051***	1,2982***
		(0,000)	(0,006)
			1,4111***
Região Metropolitana			(0,000)
			1,0968*
Capital			(0,061)
			0,9253
Norte			(0,146)
			0,8376***
Nordeste			(0,000)
			0,6379***
Sul			(0,000)
			0,7109***
Centro Oeste			(0,000)
			1,1553***
Urbano			(0,001)

TABELA 4. *Continua*

Variáveis	(1)	(2)	(3)
_cons	0,4577*** (0,000)	1,686*** (0,000)	0,2098*** (0,000)
Pseudo R2	0.0013	0,0220	0,0344
Wald	29,52	485,91	759,51
Observações	38.039	37.600	37.600

Fonte: Estimativas da autora a partir da PNAD Contínua 2022.

Valores correspondem à Odd Ratio - Desvio- Padrão robustos à heterocedasticidade entre parênteses

\*Representa significância a 10%, \*\* representa significância a 5% e \*\*\*representa dados significativos a 1%.

Com base nos dados expostos na Tabela 4 e considerando níveis de significância de 1%, 5% e 10%, ao analisar se a criança passou por consulta de rotina, destaca-se que, quando significativo, independentemente das variáveis de controle, as famílias monoparentais lideradas por mulheres apresentam uma menor probabilidade de levar a criança a consultas de rotina. Por exemplo, ao considerar a coluna (1) e (2) da Tabela 4, quando a família monoparental é liderada por mulher, a chance de a criança ter feito uma consulta de rotina é apenas de 78% e 79% respectivamente daquela da família de referência (biparental com chefe homem). Essa chance é ainda mais reduzida para 73% em relação àquela de referência quando adicionamos variáveis explicativas conforme coluna (3).

Já as famílias monoparentais lideradas por homens não apresentaram significância em nenhuma das regressões, conforme visualizado na coluna (1), (2) e (3) da Tabela 4. Em outras palavras, ser da família monoparental liderado por homem não apresentou resultado estatisticamente significativo em relação a chance de levar a criança a consultas de rotina.

Fica evidente, a partir da análise dos resultados econométricos, que ser uma família monoparental reduz a probabilidade de buscar atendimento médico, especificamente para as consultas de rotina. Esses resultados estão alinhados com os achados de Zago *et al* (2017) e Fontes *et al* (2016), Junior e Fontes (2021) onde defendem que famílias monoparentais apresentam maior fragilidade quando em comparação a famílias biparentais, principalmente as residências monoparentais, chefiadas unicamente por mulheres.

Na análise das variáveis explicativas da Tabela 4, observamos dois modelos de regressão: um contendo variáveis de controle individual e domiciliar (coluna 2), e outro que incorpora essas mesmas variáveis associadas à localização (coluna 3).

Ao analisarmos individualmente as variáveis explicativas, começando pelas de controle individual e as relacionadas aos domicílios, notamos que a cada ano adicional de escolaridade,

há um aumento de 6% na chance de levar a criança a uma consulta de rotina (conforme coluna (2) da tabela 4). Por outro lado, ao considerarmos a regressão que abrange todas as variáveis explicativas, juntamente com as variáveis de localização, observamos que, para cada ano adicional de escolaridade, há um aumento de 4% na probabilidade de levar a criança a uma consulta de rotina (conforme coluna (3) da Tabela 4).

Esses resultados corroboram com os achados de Zaide (2023), Romani e Lira (2004) e Santos *et al* (2011) que apontam para uma influência negativa no desenvolvimento das crianças à medida que diminui o nível de escolaridade do chefe da família, refletindo também na saúde geral. Uma das manifestações desse impacto pode ser percebida na dificuldade de compreensão das informações médicas.

Ao analisarmos as variáveis de controle individual, constatamos que características como raça não apresentaram significância a níveis de 1%, 5% e 10%, conforme indicado na Tabela 4, ou seja, não possuem relação com a busca de consulta de rotina. Entretanto, em relação à idade do chefe, observamos uma relação negativa a uma significância a 1%, conforme evidenciado na Tabela 4, nas colunas (2) e (3). A cada aumento na idade do chefe, há uma diminuição na chance de levar a criança a uma consulta de rotina, ou seja, a cada acréscimo de um ano na idade do chefe da família, a chance de levar a criança a consulta de rotina diminui em 1% (*odd ratio* de 0,99) e 2% (*odd ratio* de 0,98) respectivamente. Esses resultados contradizem estudos anteriores, como a de Graff (2018), que sugere uma correlação positiva entre idade do responsável e maior estabilidade emocional. Segundo Graff, com o aumento da idade do adulto tendem a ter uma estabilidade emocional maior, o que proporciona um ambiente mais favorável para o desenvolvimento infantil.

Verificando detalhadamente as variáveis agora associadas ao domicílio, conforme a Tabela 4, referente à variável dependente "Consulta de Rotina", destacam-se dois modelos de regressão: um incluindo variáveis de controle individuais e domiciliares (coluna 2), e outro que adiciona essas variáveis juntamente com as de localização (coluna 3).

Observamos que o tamanho da família apresentou significância estatística a 1%, influenciando negativamente a probabilidade de levar a criança a consulta de rotina. O aumento no número de indivíduos na residência reduz a chance de levar a criança a consulta de rotina e foi observado uma chance de apenas 89% para ambas as regressões, daquela família referência (biparental com chefe homem), conforme visualizado na Tabela 4 (nas colunas (2) e (3)). No entanto, de forma distinta ao tamanho da família, o número de adultos não exibiu significância estatística, e nem o número de filhos até 12 anos, não apresentando efeito dessas variáveis em relação à consulta de rotina. Apesar de não significativo, contrariando o que foi destacado nos

achados de Fontes *et al* (2016), quanto maior o número de crianças no ambiente familiar, menor é a atenção a saúde das crianças.

Ainda seguindo a avaliação da consulta de rotina, conforme apresentado na Tabela 4, a ocupação do chefe revelou resultados significativos em ambas as regressões, apesar de negativas uma chance de apenas 88% (coluna (2)) e 90% (coluna (3)). A primeira se mostrou significativa a 1%, enquanto a segunda atingiu significância a 5%.

Ao analisarmos a renda do chefe da família, ressalta-se a relevância para a renda total e para o uso de outros programas sociais, bem como o Bolsa Família, a um nível de significância de 1%. Contudo, no caso do Bolsa Família, os resultados foram inversamente proporcionais. Com o aumento da renda total, a probabilidade de levar a criança à consulta de rotina aumenta em 16%, conforme coluna (2), e em 14%, conforme coluna (3) da Tabela 4. Em relação ao uso da Parcela de Renda de outros Programas Sociais, também se observa um aumento de 20%, conforme coluna (2) e 29% conforme coluna (3) da Tabela 4, a chance de a criança ser levada à consulta de rotina nas análises pertinentes. No entanto, no que diz respeito ao Bolsa Família, percebe-se nas colunas (2) e (3) que o recebimento do auxílio reduz a chance de levar a criança à consulta de rotina (*odd ratio* de 0,83 e 0,84, respectivamente).

Conforme ressaltado em estudos como os de Fontes *et al* (2016) Zaide (2023), Romani e Lira (2004) e Santos *et al* (2011), a escassez de recursos econômicos exerce uma influência prejudicial no desenvolvimento infantil, particularmente no que diz respeito a saúde das crianças. Uma manifestação desse impacto negativo é evidenciada pela dificuldade enfrentada por famílias de baixa renda em suportar custos relacionados à assistência médica e aquisição de medicamentos.

Quanto à localização da família, uma única regressão foi aplicada (coluna (3) da Tabela 4). Observa-se que, em relação à Capital, região metropolitana, centros urbanos e diferentes regiões do país, apenas a análise da Região Norte não apresentou resultado estatisticamente significativo para as consultas de rotina. Entretanto, as famílias na região metropolitana têm 41% mais chances de levar a criança à consulta de rotina, aquelas que residem na Capital têm 9% mais chances, e as que residem em centros urbanos têm 15% mais propensão, comparadas às demais localidades, conforme evidenciado na coluna (3) da Tabela 4.

Quanto às distintas regiões do país, apesar de apresentarem significância, todas exibem uma relação negativa, indicando menor probabilidade em relação à consulta de rotina. Esse padrão foi particularmente evidenciado na região Sul, demonstrando apenas 63% na chance de levar a criança para consulta de rotina. Por outro lado, a região Nordeste, apesar do resultado

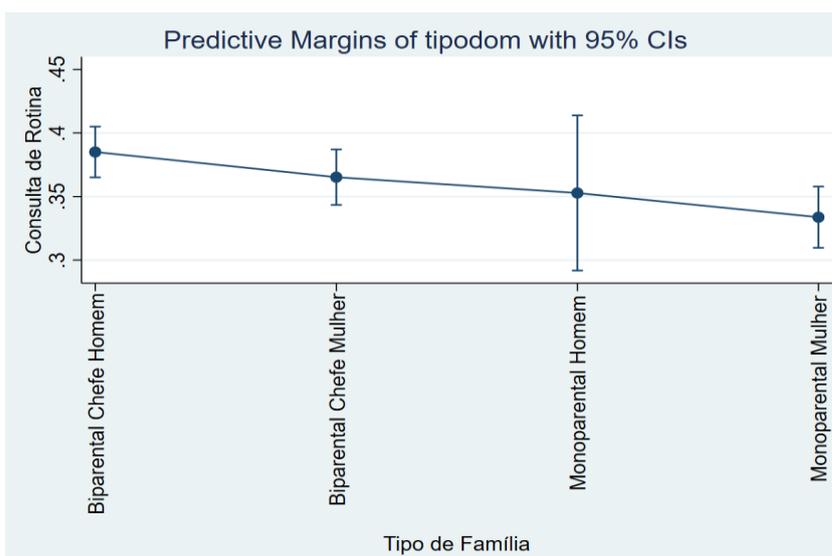
também ser negativo, foi a que obteve os melhores resultados, apresentando uma chance de 83% de levar a criança para consulta de rotina, conforme Tabela 4.

Em síntese, ao investigarmos se a ida ao ambiente de saúde, considerando consulta de rotina, notamos que famílias monoparentais apresentam resultados menos favoráveis, principalmente as famílias monoparentais lideradas por mulheres. Os dados indicam que famílias biparentais tendem a levar mais frequentemente seus filhos as consultas de rotina, conforme já evidenciado na Tabela 4.

Essa análise destaca a importância das variáveis explicativas na identificação de padrões significativos nas consultas médicas nos últimos 12 meses, conforme Tabela 3 e na consulta de rotina, conforme Tabela 4, evidenciando a influência significativa de fatores familiares e individuais, especialmente relacionados à renda familiar e ao nível de escolaridade do chefe da família, reforçando os achados de Zago *et al* (2017) e Fontes *et al* (2016).

Na figura 2, destaca-se a associação entre consulta de rotina e os diferentes tipos de família, evidenciando que aquela liderada por mulheres na condição monoparental apresenta o desempenho menos favorável.

Figura 2- Margens preditivas por tipo de família em relação à consulta de rotina



Tipos de família em relação às consultas de rotina.

Fonte: IBGE. PNAD Contínua 2022. Elaboração da autora

### 4.3. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo identificar os cuidados dispensados a crianças de até 12 anos, investigando se houve procura pelos serviços de saúde nos últimos meses da data da entrevista, e se houve consultas de rotinas. Além disso, buscou relacionar essas informações com o tipo de família e seu contexto geográfico, socioeconômico e educacional.

Evidenciando na Tabela 2, que as famílias com liderança feminina foram as que mais frequentam o ambiente de saúde. Citando por exemplo as famílias biparentais femininas apesar de uma realidade semelhante as famílias biparentais com chefe masculino, apresentam discreta superioridade de 2%, em relação às entrevistas de saúde e consultas nos últimos 12 meses e 0,5% de superioridade em relação as visitas de rotina. Desta maneira sugere-se que esta realidade está condicionada ao gênero feminino esteja mais atento a questões de saúde, como pode ser analisado em diversos trabalhos realizados em relação à educação, estabelecendo mais atenção na saúde do filho (Graff,2018; Raley *et al* 2012).

Comparativamente, em famílias monoparentais, nota-se que aquelas lideradas por mulheres demonstram um interesse maior de levar a criança ao ambiente de saúde nos últimos doze meses, conforme a Tabela 2. Nota-se uma superioridade de 7,2%, ou seja, uma maior atenção à saúde do que à família monoparental liderada por homens, resultado semelhante como destacado no trabalho de Araújo *et al* (2022). Assim como consultas de rotina, fica claro que apesar de uma discreta diferença de 1% a família monoparental liderada por mulher, este tipo de família continua apresentando maior atenção quando mencionado em relação a frequência no ambiente de saúde para consultas de rotina. Esta relação pode refletir a preocupação enraizada feminina com a educação e saúde dos filhos, indicando que segundo os autores, as mulheres em famílias monoparentais, estão mais engajadas nesta relação. (Benatti *et al*, 2021 e Graff, 2018)

No entanto, quando avaliamos os fatores de risco associados às diferentes estruturas familiares que podem afetar a saúde infantil, como no caso de famílias monoparentais, onde apenas um dos genitores está presente, a criança pode estar mais exposta a estresse e vulnerabilidade emocional. A falta de recursos financeiros, surge como um fator limitante ao acesso a cuidados adequados, conforme as observações de Cúnico e Arpini (2014), Zago *et al* (2017) e Fontes *et al* (2016). Reiterando que nesta pesquisa, observa-se que a renda influencia diretamente tanto no aumento da probabilidade de frequentar o serviço de saúde, quanto na ida ao consultório médico para consulta de rotina, antecipando necessidades emergenciais,

chegando a 20% e 16% em relação a consultas nos últimos 12 meses, conforme Tabela 3, e a 16% e 14% mais chance de procurar serviço de saúde para consulta de rotina, conforme visualizado na Tabela 4.

Vale ressaltar que neste trabalho é observado a influência negativa da idade, apesar de discreta, na busca por serviços de saúde nos últimos 12 meses, assim como consulta de rotina. Em trabalhos como o de Graff (2018) relata que a idade dos pais é um resultado positivo pois carrega com a idade a estabilidade emocional. No entanto, nesta pesquisa, observa-se que à medida que a idade do chefe da família aumenta, ocorre uma redução na probabilidade de a criança frequentar o ambiente de saúde.

Outra dimensão que merece destaque, que se notou nos resultados foi a localidade da residência. Famílias residentes em regiões metropolitanas, e na área urbana apresentam um melhor desempenho quando avaliado as consultas de saúde. Sugere-se que famílias não residentes dessas regiões, tenham mais dificuldades de acesso aos serviços de saúde, ou ainda recorram a abordagens empíricas para o tratamento de patologias infantis. Fontes *et al* (2016), demonstra na pesquisa que morar na zona rural diminui em média 31% a renda domiciliar per capita, sugerindo como, já analisado nos resultados que, quanto menor a renda menor a atenção à saúde.

Reforçando que a família monoparental com liderança feminina é o tipo de família que apresenta o maior percentual em relação aos tipos de famílias monoparentais, conforme Tabela 1, e que apresenta também a menor renda, conforme ratificado em diversos trabalhos sobre monoparentalidade, torna-se imprescindível a criação de políticas públicas em relação a este público. Babiuk (2015), em seu trabalho sobre famílias monoparentais femininas, reforça esta necessidade. A autora ainda destaca a importância da atuação dos assistentes sociais na divulgação e garantia do acesso às políticas básicas, especialmente a população leiga e carente de assistência.

O Programa Prospera Família, recentemente lançado pelo Governo de São Paulo, pode servir como inspiração para iniciativas similares em outras localidades. Este projeto tem como objetivo promover a mobilidade social e a interrupção do ciclo de perpetuação da pobreza, por meio de inclusão produtiva e estímulo à geração de renda das famílias em situação de vulnerabilidade, focado principalmente em famílias monoparentais lideradas por mulheres. Uma ação que em menos de 2 anos já alcançou resultados notáveis, 25% das beneficiárias iniciaram seu próprio negócio, sendo que metade delas conseguiram quitar suas dívidas,

conforme publicação do Governo de São Paulo em agosto de 2023.

A formulação de políticas públicas deve ser uma prioridade. Neste estudo, identificou-se quais os tipos de famílias enfrentam maior dificuldade no conceito saúde infantil, observando que a dificuldade não está apenas relacionada ao tipo de estrutura familiar em que a criança está inserida, mas, principalmente, fatores socioeconômicos e culturais, aos quais estas famílias estão submetidas. Devido a este fato, as políticas públicas eficazes, podem contribuir para a melhora da renda, da educação e o acesso à saúde das crianças, especialmente fora das regiões metropolitanas e centros urbanos. Fontes *et al* (2016), relata em seus resultados que não foi a estrutura familiar que apresentou impacto, mas a presença de contribuintes econômicos na família como filhos adultos.

Os resultados indicam que estar empregado, não pertencer a etnia branca, não receber benefícios do Bolsa Família, não residir na região metropolitana, ou na capital, mas sim em área urbana da região Sudeste, são a maior expressão da análise realizada. As famílias monoparentais, e principalmente aquelas lideradas por mulheres, apresentam os maiores desafios, como observado em diversos estudos sobre o assunto como Zago *et al* (2017) e Fontes *et al* (2016) e Araújo *et al* (2022).

Concluindo, constata-se que os melhores resultados foram alcançados em relação à saúde da criança, à quantidade de consultas de rotinas, ou até mesmo à presença no ambiente de saúde nos últimos doze meses, são alcançados quando os pais permanecem juntos, ou seja, em famílias biparentais. Isso é independente do gênero do chefe da família, evidenciando um cuidado mais efetivo à saúde, conforme já visualizado por outros pesquisadores em relação ao nível educacional.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta seção estão presentes as conclusões acerca desta dissertação. Como citado ao longo deste estudo, a pesquisa objetiva analisar os impactos das diferentes estruturas familiares frente a procura pelo serviço de saúde para consultas médicas infantis na saúde das crianças.

Este trabalho teve como principal propósito contribuir com os avanços no estado da arte da área de saúde das crianças. Diante da análise do tema estruturas familiares e suas peculiaridades, onde cada família é única e apresenta seu contexto individual, esta pesquisa buscou analisar as estruturas biparentais e monoparentais e seus representantes dos dois gêneros e avaliar raça, renda, localização, ocupação, número de pessoas na mesma residência.

Foi possível notar que independentemente do tipo familiar, as variáveis renda, número de adultos na residência, escolaridade do chefe da família, auxílios de programas sociais corroboram para que crianças com idade inferior a 12 anos frequente o serviço de saúde e que seus pais realizem consultas de rotina.

Como já mencionado que o número de adultos corrobora para a saúde das crianças, famílias biparentais de ambos os sexos, apresentaram resultados mais positivos do que as famílias monoparentais. Avaliando as variáveis explicativas, as famílias monoparentais, quando significativas, apresentam em média menor do que as biparentais, igual a 77% de chance de levar a criança nas consultas nos últimos 12 meses e 73% de chance de levar para consulta de rotina.

A partir desta perspectiva existem direções que podem ser investigadas com trabalhos futuros. Como por exemplo, explorar novas técnicas para comparar a relação da saúde das crianças e a estruturas familiares, assim como sugerir a promoção de mais trabalhos que corroborem com a relação estrutura familiares e saúde infantil, a fim do aprimoramento das políticas e práticas já utilizadas. Ou ainda implementação a curto prazo de ações nas Unidades Básicas de Saúde, realizando a busca ativa das crianças das famílias monoparentais para as consultas médicas.

Desta forma, vale salientar a necessidade de novos trabalhos que abordem famílias com crianças/adolescentes com idade igual ou superior a 13 anos que não foram contempladas no estudo. Outra limitação observada é o tempo da análise, como se trata de amostra da PNAD Contínua, neste banco de dados, especificamente as questões referentes à saúde foram realizadas apenas no ano de 2022, portanto, uma amostra com outras idades e com maior

tempo de análise seria interessante na análise dos dados.

Portanto, este trabalho não se propõe a endossar o modelo tradicional de relacionamento afetivo, apesar da identificação dos resultados mais favoráveis em relação as consultas médicas das crianças. No entanto, ressalta a necessidade de atenção especial as estruturas familiares mais fragilizadas. Observou-se que a frequência de visitas no ambiente de saúde nos últimos dozes meses e as consultas de rotina, foram mais frequentes quando há a presença de mais de um responsável pela criança. Esses resultados contrastam com o cenário das famílias em que há apenas um dos responsáveis diretamente envolvido, evidenciado ao longo desta pesquisa a escassez de recursos ou fatores de sobrecarga de atividades ou ainda questões emocionais. Corroborando e ratificando o que menciona o provérbio africano que “*é necessário uma aldeia inteira para cuidar de uma criança*”.

## REFERÊNCIAS

- ANTÔNIO, F. *et al.* Cuidados familiares para promoção da saúde da criança num município do interior do Estado de São Paulo. *Rev. Aten. Saúde*, São Paulo, v. 19, n. 68, p. 107-122, jun./2021. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/7612](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/7612). Acesso em: 14 out. 2023.
- ALVES, J. R.; HUEB, M. F. D; SCORSOLINI-COMIN, F. Desenvolvimento emocional de crianças que vivenciaram o processo adotivo: revisão integrativa da literatura. *Contextos Clínic*, São Leopoldo, v. 10, n. 2, p. 268-283, dez./2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822017000200012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822017000200012). Acesso em: 7 jul. 2023.
- ARAÚJO, A. F. V. D; JUNIOR, J. L. D. S. N; SIQUEIRA, L. B. O. D. Estrutura familiar e dinâmica educacional entre gerações. *R. bras. Est. Pop Paraíba*, v. 39, n. 1, p. 1-27, 2022.
- BABIUK, G. A. Famílias Monoparentais Femininas, Políticas Públicas em Gênero e Raça e Serviço Social. In: II Congresso internacional de política social e serviço social: desafios contemporâneos. Anais eletrônicos. Londrina. 2017
- BAPTISTA, S. *et al.* Influência da Biparentalidade, Monoparentalidade e Condição Económica no Ambiente Familiar de Crianças dos 3 Aos 6 Anos de Idade. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, Faro/Portugal, v. 1, n. 1, p. 281-291, mar./2011.
- BENATTI, A. P. *et al.* Famílias Monoparentais: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Rio Grande do Sul, v. 2021, n. 41, p. 1-14, set./2021.
- BRASIL. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990.. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm). Acesso em: 5 jul. 2023.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO, Brasília, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf). Acesso em: 2 ago. 2023.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS Tecendo Redes para Garantir Direitos. Brasília, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_adolescentes\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf). Acesso em: 7 set. 2023.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). PORTARIA Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2015; 6 ago.
- CARNUT, L.; FAQUIM, J.. Conceitos de família e a tipologia familiar: aspectos teóricos para o trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família. *Journal of Management*

and Primary Health Care, Brasil, v. 5, n. 1, p. 62-70, mar./2014.

CID, A.; STOKES, C. E.. Family structure and children's education outcome: Evidence from Uruguay . Journal of Family and Economic Issues, Montevideo, v. 34, n. 2, p. 1-36, mar./2012.

COLTRO, B P; PARAVENTI, L. e VIEIRA, M. L. Relações entre Parentalidade e Apoio Social: revisão Integrativa de Literatura. Contextos Clínic, v.13, n.1, p. 244-269. 2020.

CÚNICO I, S. D.; ARPINI, D. M. Família e monoparentalidade feminina sob a ótica de mulheres chefes de família. Aletheia, Canoas, v. 2014, n. 43, p. 37-49, fev./2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942014000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000100004). Acesso em: 5 set. 2023.

DENARDI, A. T.; BOTTOLI, C. E quando não é a mãe? A paternidade diante da monoparentalidade. Barbarói, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 49, p. 120-146, dez./2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/5305>. Acesso em: 4 jul. 2023.

EMÍDIO, I. B. Monoparentalidade Feminina E Covid-19: Um Estudo Sobre Trajetórias E Impactos Da Pandemia Na Vida De Chefes De Família Monoparental, 2023. Dissertação, UFMG, FAF - Departamento De Sociologia, Belo Horizonte, p 153, 2023

FABRIS, J. *et al.* Estrutura Familiar: Uma Análise Reflexiva Sobre A Influência no Desenvolvimento Da Saúde Mental. 10º Congresso Internacional em Saúde, Ijuí-RS, v. 1, n. 10, p. 1-11, jun./2023.

FERREIRA, A.B.H. Novo Dicionário Aurélio Da Língua Portuguesa. Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, 3ª edição. Curitiba: Positivo, p. 871, 2004.

FONTES, M. B.; WAJNMAM, S.; GUEDES, G. R. Arranjos Mono (Bi)Parentais e Sua Estrutura Orçamentária. **Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 27, n. 1, p. 5-30, dez./2016.

GALVÃO, K. K. L; LIMA, M. D. S; LOPES, A. P.. Os Impactos Psicológicos e Sociais do Divórcio Nos/as Filhos/as Pequenos/as. Ciências Humanas e Sociais, Alagoas, v. 6, n. 3, p. 101-110, dez./2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/9888/4555%20em%2024/07/2023>. Acesso em: 24 jul. 2023.

GOVERNO DO ESTADO SÃO PAULO. Apresentação dos Resultados da 1ª Edição do Prospera Família. Disponível em: <https://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/apresentacao-dos-resultados-da-1a-edicao-do-prospera-familia/>. Acesso em: 1 dez. 2023.

GRAAF, J. V. H. D. et al. Socio-demographic Correlates of Fathers' and Mothers' Parenting Behaviors. Journal of Child and Family Studies, The Netherlands, v. 27, n. 1, p. 2315-2327, mar./2018.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010: Famílias e Domicílios. Resultados da Amostra. Disponível em [https://www.ibge.gov.br/estatisticas/visualizacao/periodicos/97/cd\\_2010\\_familias\\_domicilio](https://www.ibge.gov.br/estatisticas/visualizacao/periodicos/97/cd_2010_familias_domicilio)

s\_amostra.pdf

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, MICRODADOS. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=microdados>. Acesso em: 20 jun. 2023.

IBGE. Estatísticas de Gênero, Metadados, Definição de família, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0U&cat=49,50,-15,55,-17,-18,128,129&ind=4703>. Acesso em: 19 jul. 2023.

IBGE. Notas Metodológicas. Disponível em: [https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/notas\\_metodologicas.html?loc=0](https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/notas_metodologicas.html?loc=0). Acesso em: 29 jun. 2023.

IBGE. PNAD CONTÍNUA. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 2022/ IBGE, Coordenação de pesquisas por Amostra de Domicílios. Disponível em: [https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/notas\\_metodologicas.html?loc=0](https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/notas_metodologicas.html?loc=0). Acesso em: 29 jun. 2023.

INFOPÉDIA. Família. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/familia>. Acesso em: 13 jun. 2023.

JÚNIOR, W. A. D; FONTES, M. Mães responsáveis pelo domicílio: A monoparentalidade a partir da pesquisa de orçamentos familiares 2017/2018. Economia Em Revista - AERE, Viçosa, v. 29, n. 1, p. 15-29, dez./2021

MARTINS, J. C.; TEIXEIRA, E. C.. As Estruturas Familiares Afetam o Desempenho Escolar No Brasil?. Rev. Econ. NE, Fortaleza, v. 52, n. 1, p. 65-76, jan./2021. Disponível em: <https://www.bnb.gov.br/revista/ren/article/view/1068/872>. Acesso em: 18 nov. 2023

MELO, S. C. H. D; MARIN, A. H. Influência das composições familiares monoparentais no desenvolvimento da criança: revisão de literatura. Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 4-13, out./2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702016000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000100002). Acesso em: 29 jun. 2023.

MILANEZ, C. M. et al. O funcionamento familiar na saúde emocional e psicológica de crianças e adolescentes. Id on Line Rev.Mult. Psic, Santa Catarina, v. 13, n. 47, p. 1-16, ago./2019. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Amanda-Castro-20/publication/337449746\\_O\\_funcionamento\\_familiar\\_na\\_saude\\_emocional\\_e\\_psicologica\\_de\\_crianças\\_e\\_adolescentes\\_Family\\_functioning\\_in\\_the\\_emotional\\_and\\_psychological\\_health\\_of\\_children\\_and\\_adolescents/links/624da8a5cf60536e2345863f/O-funcionamento-fam](https://www.researchgate.net/profile/Amanda-Castro-20/publication/337449746_O_funcionamento_familiar_na_saude_emocional_e_psicologica_de_crianças_e_adolescentes_Family_functioning_in_the_emotional_and_psychological_health_of_children_and_adolescents/links/624da8a5cf60536e2345863f/O-funcionamento-fam). Acesso em: 7 jul. 2019.

RALEY, S.; BIANCHI, S. M.; WANG, W. When Do Fathers Care? Mothers' Economic Contribution and Fathers' Involvement in Child Care. American Journal of Sociology, Westminister, Maryland, v. 117, n. 5, p. 1422-1459, mar./2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4568757/>. Acesso em: 23 jan. 2024.

ROMANI, S. D. A. M; LIRA, P. I. C. D. Fatores determinantes do crescimento infantil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 4, n. 1, p. 15-23, mar./2004.

SANTOS, A. M. A. D; JACINTO, P. D. A; TEJADA, C. A. O. Causalidade entre Renda e Saúde: Uma Análise Através da Abordagem de Dados em Painel com os Estados do Brasil. Est. Econ., São Paulo, v. 42, n. 2, p. 229-261, abr./2012.

SANTOS, J. M. A. D. S; ALVES, M. A. D. A. C; SOUSA, S. L. D. As Dinâmicas Familiares E Suas Configurações Na Atualidade Pelo Olhar Da Psicologia Analítica. Congresso Acadêmico de Saberes em Psicologia 2595-2110, Palmas, v. 7, n. 1, p. 108-124, nov./2022.

SÃO PAULO, GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. PROGRAMA PROSPERA FAMÍLIA, 2021. Disponível em: <https://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/acoes-de-protecao-social/prospera-familia/>. Acesso em: 14 out. 2023.

TACHIBANA, M. REZENDE, G. G. Como É Ser Pai Numa Família Monoparental Masculina? Pensando Famílias, V. 24, n. 2, p. 90-105, de/2020.

UNITED NATIONS. International Day of Families 15 May. Disponível em: <https://www.un.org/en/observances/international-day-of-families>. Acesso em: 13 jun. 2023.

VIEIRA, Thiago Blanco. REPERCUSSÕES PSICOEMOCIONAIS PARA CRIANÇAS INSERIDAS EM CONTEXTOS HOMOPARENTAIS. 1. ed. Distrito Federal: SES-DF, 2011. p. 1-109.

ZAGO, J. T. D. C. *et al.* Associação entre o desenvolvimento neuropsicomotor e fatores de risco biológico e ambientais em crianças na primeira infância. Rev. CEFAC, Diamantina, v. 19, n. 3, p. 320-329, abr./2017

ZAIDE, M. C. Impacto das transferências de renda sobre a autonomia das famílias da comunidade da Rocinha - RJ. Dissertação (mestrado MPPG) - Fundação Getúlio Vargas, Escola de Políticas Públicas e Governo, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1-42, abr./2023.

## APÊNDICE 1- TABELA 5- IDADE DO CHEFE DE CADA TIPO DE DOMICÍLIO

Na tabela 5 evidencia a idade do chefe distribuída por faixa etária e entre os diferentes tipos de domicílios.

Entre 20 e 60 anos foram distribuídas por faixa de 10 anos.

**TABELA 5 - Idade do chefe de cada tipo de domicílio**

Idade do Chefe	Biparental		Monoparental	
	Chefe homem	Chefe mulher	Homem	Mulher
	%	%	%	%
< 21 anos	0,6	2,2	0,1	1,74
21 a 30 anos	16,8	28,8	9,5	24,8
31 a 40 anos	41,3	46,3	33,3	44,6
41 a 50 anos	30,6	20,6	32,9	25,9
51 a 60 anos	8,7	1,9	18,6	3,1
> 60 anos	1,9	0,1	5,5	0,3
Observações	19.807	14.640	747	6.954

Fonte: IBGE. PNAD Contínua 2022. Elaboração da autora

**APÊNDICE 2- TABELA 6- NÍVEL DE ESCOLARIDADE DO CHEFE DA  
FAMÍLIA POR TIPO DE DOMICÍLIO**

Na tabela 6 demonstra o nível de escolaridade do chefe distribuída por anos de estudo e entre os diferentes tipos de domicílios. Foram distribuídas por faixa de 4 anos.

**TABELA 6 - Nível de escolaridade do chefe da família por tipo de domicílio**

Escolaridade distribuída por anos de estudo	Biparental		Monoparental	
	Chefe homem	Chefe mulher	Homem	Mulher
	%	%	%	%
Sem instrução e menos de 1 ano de estudo	3,2	1,7	7,2	2,5
1 a 4 anos de estudo	8	4	11	5,2
5 a 8 anos de estudo	20,5	16	23	20
9 a 11 anos de estudo	15,8	17,3	15	18,9
12 a 15 anos de estudo	38	43,9	34,9	42,7
16 anos ou mais de estudo	14,5	17,2	9	11,8
Observações	19.807	14.640	747	6.954

Fonte: IBGE. PNAD Contínua 2022. Elaboração da autora

### APÊNDICE 3- TABELA 7- OCUPAÇÃO DO CHEFE POR TIPO DE DOMICÍLIO

Na tabela 7 demonstra se há alguma ocupação do chefe da família demonstrada em percentual e distribuída pelo tipo de domicílio.

**TABELA 7- Ocupação do chefe por tipo de domicílio**

Ocupação do Chefe	Biparental		Monoparental	
	Chefe homem	Chefe mulher	Homem	Mulher
	%	%	%	%
Ocupado	88,3	52,9	77,4	62,5
Observações (n)	19.807	14.640	747	6.954

Fonte: IBGE. PNAD Contínua 2022. Elaboração da autora

**APÊNDICE 4- TABELA 8- TOTAL DE FILHOS ATÉ 12 ANOS POR TIPO DE DOMICÍLIO**

Na tabela 8 demonstra em percentual o quantitativo de crianças até 12 anos distribuídos por tipo de domicílio.

**TABELA 8- Total de filhos até 12 anos por tipo de domicílio**

Total de crianças até 12 anos	Biparental		Monoparental	
	Chefe homem	Chefe mulher	Homem	Mulher
	%	%	%	%
1	63,7	62	78,7	66,8
2	28,6	28,9	16,9	24,5
3	6,0	7,0	3,7	6,7
4	1,3	1,6	0,5	1,7
5	0,25	0,4	0,1	0,3
6	0,1	0,1	0,0	0,03
7	0,03	0,01	0,0	0,0
Observações (n)	19.807	14.640	747	6.954

Fonte: IBGE. PNAD Contínua 2022. Elaboração da autora

**APÊNDICE 5- TABELA 9- TAMANHO DA FAMÍLIA ATÉ 12 ANOS POR TIPO DE FAMÍLIA**

Na tabela 9 demonstra-se, em percentual, o quantitativo de pessoas distribuídas por tipo de domicílio.

**TABELA 9- Tamanho da família até 12 anos por tipo de família**

Nº de Pessoas por Família (%)	Biparental		Monoparental	
	Chefe homem	Chefe mulher	Homem	Mulher
	%	%	%	%
2	0,0	0,0	41,5	28,9
3	36,9	34,6	31,2	35,5
4	39,0	38,4	14,9	20,4
5	15,9	17,2	6,8	8,8
6	5,0	6,0	3,0	3,8
7	1,9	2,1	1,6	1,5
8	0,7	1,0	0,3	0,6
9	0,3	0,4	0,3	0,2
>10	0,2	0,3	0,4	0,2
Observações(n)	19.807	14.640	747	6.954

Fonte: IBGE. PNAD Contínua 2022. Elaboração da autora