

Simone G Assis^I

Joviana Quintes Avanci^I

Raquel de Vasconcellos
Carvalho de Oliveira^{II}

Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil

Socioeconomic inequalities and child mental health

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a associação de determinantes sociodemográficos com o desenvolvimento de problemas de comportamento e de competência social em crianças.

MÉTODOS: Estudo transversal realizado com 479 escolares entre seis e 13 anos de idade, da primeira série do ensino fundamental de escolas públicas em São Gonçalo (RJ), em 2005. Foram investigadas variáveis socioeconômicas, estrutura familiar, escolaridade dos pais, cor da pele da criança, problemas de comportamento e competência social. Foram calculadas razões de prevalência com respectivo intervalo com 95% de confiança. Os dados apresentados foram expandidos para a população de alunos da rede de ensino investigada.

RESULTADOS: Crianças abaixo da linha de pobreza, de cor da pele negra, com pais com baixa escolaridade, e vivendo em famílias monoparentais ou compostas por madrasta/padrasto apresentaram mais precária competência social e mais problemas de comportamento. À medida que se elevavam os fatores de risco, crescia a prevalência das crianças com baixa competência social e problemas de comportamento.

CONCLUSÕES: A associação entre os determinantes sociodemográficos com a maior prevalência de problemas de comportamento e com mais precária competência social em crianças requer que ações preventivas e de assistência sejam tomadas como prioridade para as políticas públicas, minorando a existência de dificuldades sociais e emocionais infantis graves, que podem se manter até a vida adulta.

DESCRIPTORIOS: Criança. Saúde Mental. Comportamento Infantil. Transtornos do Comportamento Infantil. Epidemiologia. Fatores Socioeconômicos. Desigualdades em Saúde. Estudos Transversais.

^I Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas. Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Simone G. Assis
Fiocruz
Av. Brasil 4036 – sala 700
Manguinhos
21040-361 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: simone@claves.fiocruz.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the association between sociodemographic determinants and the development of social competence and behavior problems in children.

METHODS: Cross-sectional study performed with 479 school children aged between six and 13 years, enrolled in the first grade of public elementary schools of the city of São Gonçalo, Southeastern Brazil, in 2005. Socioeconomic variables, family structure, parents' level of education, child ethnicity, and social competence and behavior problems were analyzed. Prevalence ratios with respective 95% confidence intervals were calculated. Data shown were expanded to the population of students of the school network investigated.

RESULTS: Children who were below the poverty line, who had black skin color, whose parents had low level of education, and lived with single-parent families or comprised by stepmother/stepfather showed lower social competence and more behavior problems. The higher the risk factors, the higher the prevalence of children with low social competence and behavior problems.

CONCLUSIONS: The association between sociodemographic determinants and higher prevalence of behavior problems and lower social competence in children requires that preventive and care actions should be prioritized by public policies, reducing severe social and emotional difficulties in children, which may continue into adulthood.

DESCRIPTORS: Child. Mental Health. Child Behavior. Child Behavior Disorders. Epidemiology. Socioeconomic Factors. Health Inequalities. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

O impacto das condições e estilos de vida na saúde das populações é um tema muito discutido atualmente. Os determinantes sociais em saúde têm estado no centro deste debate.^{2,17} São caracterizados pelos fatores sociais, políticos, econômicos e culturais que afetam crenças, comportamento, biologia, ocasionam problemas de saúde^{8,a} e estão presentes antes mesmo do nascimento de uma pessoa. Por exemplo, baixo estrato socioeconômico familiar e precário nível de escolaridade dos pais são determinantes sociais que influenciam negativamente na saúde infantil.

Nos Estados Unidos estima-se que uma em cada cinco crianças já viveu em situação de pobreza, que, em geral está associada à pouca idade da mãe na ocasião de nascimento do filho, à baixa escolaridade materna e ao status marital da mãe de solteira ou divorciada.⁷ Em países em desenvolvimento, como o Brasil, tais estimativas seriam ainda mais elevadas e as relações e especificidades da pobreza ainda mais complexas,

devido a fatores como a maior fragilidade da rede assistencial em saúde nesses países.

Por ser a infância uma fase de vulnerabilidade e dependência, os determinantes sociais ocupam uma função crítica. Contudo, pouco se conhece sobre o seu impacto à saúde infantil. Desnutrição, problemas perinatais graves e baixo peso ao nascer são os temas mais recorrentes.^b

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou uma comissão específica para avaliar a importância dos determinantes sociais nos primeiros anos da vida. São abordados os mecanismos que provocam as iniquidades na saúde infantil, definidas como desigualdades entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias. Trata-se de uma complexa e enredada trama de fatores responsáveis pelo crescimento e desenvolvimento infantil que perpassa o período pré-natal, perinatal, pré-escolar e escolar, além de depender de atributos familiares, escolares,

^a Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação da infância brasileira 2006: IDI por municípios [citado 2008 out 10]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/cadernobrasil2008.pdf>

^b Maggi S, Irwin LG, Siddiqi A, Poureslami I, Hertzman E, Hertzman C. Knowledge network for early child development analytic and strategic review paper: international perspectives on early child development [internet]. Vancouver: The University of British Columbia, 2005 [citado 2009 jun 5]. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/resources/ecdc.pdf

comunitários e do contexto sociopolítico em que vive a criança e sua família.³¹

Em relação aos problemas mentais infantis, estima-se que 10% a 20% das crianças no mundo apresentem um transtorno psiquiátrico, o que o coloca entre as cinco principais causas de doença acima de cinco anos de idade.^{4,19} Apesar do conhecimento sobre taxas, etiologia e tratamento da psicopatologia infantil ter avançado muito nos últimos anos no cenário internacional, no Brasil há escassez de estudos.³ Dentre os problemas de comportamento mais estudados estão os problemas emocionais (por exemplo, depressão e ansiedade), os comportamentais (a exemplo da agressividade) e as dificuldades de atenção.^{4,6,21}

Esses problemas de saúde mental estão intimamente relacionados à capacidade de lidar e responder à demanda do mundo externo, à sua competência social. Na infância, a relação com amigos na escola e o desempenho acadêmico são expressões mais relevantes da competência social de uma criança. O desenvolvimento de habilidades sociais é crucial, especialmente nas fases pré-escolar e escolar, quando a criança começa a ampliar as redes sociais e despender maior tempo fora de casa. A competência social auxilia o estabelecimento de relações estáveis e positivas com pares, além de ser preditora de ajustamento atual e futuro da criança e de ausência de psicopatologias.¹⁸

Crianças oriundas de famílias em desvantagem socioeconômica, inclusive em gerações anteriores, tendem a começar suas vidas com “pobre plataforma de saúde”. Este fenômeno social e multidimensional varia de acordo com os sistemas políticos, econômicos, sociais e culturais. Apesar de existirem várias medidas de aferição, é difícil mensurar tal fenômeno principalmente pelo fato de se ter como fonte de correlação o desenvolvimento humano.^{12,23} Isto prejudica sua capacidade de se beneficiar de avanços sociais e econômicos e resultam em maiores problemas de saúde ao longo da vida,²⁰ dos quais fazem parte os problemas de comportamento e aquisição de competência social. Estimulação qualificada e cuidado do ambiente social em que a criança vive, tanto no entorno mais próximo como em outros grupos sociais, afetam sobremaneira o seu desenvolvimento.²⁴

Em estudo longitudinal ecológico com crianças acompanhadas do nascimento até quatro anos de idade, Sameroff (1998)²⁶ concluiu que múltiplos fatores de risco afetam o desenvolvimento emocional infantil. O pior prognóstico foi associado às características das crianças que apresentavam: pais em ocupações profissionais com menor prestígio social; mães com

precária educação; pertencentes a grupos minoritários e a famílias grandes e monoparentais; história de muitos eventos estressantes; mães com doença mental, história de ansiedade e precária interação mãe-criança nos primeiros anos; e pais com atitudes muito rígidas. Em relação ao estrato social, Sameroff (1998)²⁶ relatou que crianças de famílias mais pobres tiveram desenvolvimento emocional mais precário aos quatro anos de idade. A relação entre múltiplos fatores de risco e saúde emocional mostra efeito cumulativo, ao combinar os fatores de risco mencionados anteriormente. Assim, investigar exclusivamente características singulares da criança ou da família pouco explica o desenvolvimento comportamental de uma criança. Diferenças maiores emergem quando comparações são feitas entre grupos de crianças com muitos e poucos fatores de risco nos variados contextos ambientais em que vive. Essa diferença, embora possa ser notada em todos os estratos sociais, está mais concentrada nas famílias em situação de pobreza.

O presente estudo teve por objetivo analisar a associação de determinantes sociais com o desenvolvimento de problemas de comportamento e de competência social de crianças.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado com estudantes da primeira série do ensino fundamental do turno diurno da rede pública na cidade de São Gonçalo (RJ), em 2005. A maior parte da população de São Gonçalo vive em condições precárias de vida. Em 2004, a cidade ocupou a 62ª posição no Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) entre os 92 municípios do estado do Rio de Janeiro e o 1.479º lugar em relação aos municípios brasileiros.^a

A amostra foi composta por 479 crianças entre seis e 13 anos de idade, dos quais 52% eram do sexo masculino, 95% pertenciam aos estratos sociais de menor poder aquisitivo C-D-E (Associação Brasileira de Estudos Populacionais),^b 91,4% estavam na faixa etária de seis a nove anos (91,4%) e 54,4% tinham a cor da pele parda.

O desenho amostral empregado foi do tipo conglomerado em três estágios de seleção: escolas, turmas de primeira série e alunos. No primeiro estágio, 25 escolas foram amostradas por meio de seleção proporcional ao tamanho, considerando o número de alunos de cada escola como variável auxiliar para seleção das turmas. Em seguida, foi sorteada amostra aleatória simples de dez alunos para cada uma das duas turmas amostradas nas 25 escolas, totalizando 500 alunos amostrados num

^a Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação da infância brasileira 2006: IDI por municípios [citado 2008 out 10]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/cadernobrasil2008.pdf>

^b Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Critério de classificação econômica Brasil [internet]. São Paulo; 2003 [citado 2005 mar]. Disponível em: www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB_2003.pdf

universo de 6.589 alunos da primeira série do ensino fundamental, referidos pela Secretaria de Educação para o ano. Vinte e uma crianças foram excluídas da análise por apresentarem quociente de inteligência (QI) menor ou igual a 69 (aferida pelo *Wechsler Intelligence Scale for Children* – WISC III versão reduzida – vocabulário e cubos).³⁰ Tal exclusão foi realizada por não ser possível avaliar problemas de comportamento em crianças com dificuldades cognitivas maiores por meio do instrumento utilizado, descrito a seguir. O tamanho mínimo da amostra foi estipulado utilizando-se a proporção [] a ser estimada igual a 50%, com 98% de confiança e erro relativo de 5%.

Na análise, os dados foram expandidos para a população de alunos da rede pública de ensino do município. Para tal, foi calculado o peso de cada aluno selecionado para o estudo, segundo a alocação em cada uma das unidades de amostragem (escola, turma e alunos). Assim, todas as informações dos alunos foram ponderadas de acordo com o peso amostral calculado, considerando todas as etapas de seleção. O total de crianças utilizadas na análise foi de 6.392.

Os responsáveis das crianças selecionadas responderam a um questionário estruturado, elaborado para o estudo, contendo: perfil socioeconômico da família, presença de problemas de comportamento e competência social da criança. A mãe foi a principal informante (83,7%). Além dos erros frequentes nas listas de chamada (com nome de crianças que nunca estiveram nas turmas ou que mudaram de turmas/escolas), a ausência dos responsáveis no dia agendado para a entrevista (após três tentativas de agendamento) levou à substituição de cerca de 35% das crianças inicialmente amostradas. Nesses casos, as crianças foram substituídas pela subsequente sorteada até totalizar dez alunos por turma. Considera-se que essas substituições não trouxeram viés, notando-se similaridade entre o perfil de escolaridade das mães/responsáveis entrevistadas com as mulheres residentes do município. Também, conforme o esperado, a renda média nas famílias estudadas foi inferior (R\$ 611,00 ou US\$ 222,20) às do município como um todo (R\$ 852,00 ou US\$ 309,80).

Para caracterização do perfil sociodemográfico, foram investigados: sexo, idade e cor da pele da criança e estrutura familiar (caracterizada por quem vive com a criança). Analisou-se apenas o resultado da maior escolaridade de um dos pais, agregada em ensino fundamental completo e analfabeto até ensino fundamental incompleto. Utilizou-se a renda familiar mensal (informada em R\$) para calcular a linha de pobreza. Famílias com renda familiar mensal de até R\$ 207,00, equivalente a US\$ 75,27/mês ou US\$ 2,51/dia para o consumo familiar corresponderam à camada social mais baixa,

ao estrato social E. Acima desta linha, a renda mensal variou de R\$ 207,00 (US\$ 75,27) até R\$ 5.554,00 (US\$ 2019,64), correspondendo aos estratos sociais A2, B, C e D. Estes pontos de corte foram definidos pelo critério de classificação econômica que avalia o consumo familiar, estimado pelo nível educacional dos pais/responsáveis e do acúmulo de bens materiais da casa, criado pela Associação Brasileira de Estudos Populacionais.^a

Para aferir competência social e problemas de comportamento foi utilizada a escala *Child Behavior Checklist* (CBCL), criada por Achenbach (2001).¹

A parte da CBCL que afere competência social possui 20 itens e é composta por três sub-escalas respondidas pelos responsáveis em relação a crianças da mesma idade: a) atividades executadas: quantidade e qualidade da participação da criança em esportes, hobbies, atividades, jogos, tarefas e afazeres; b) funcionamento social: integração e participação em grupos sociais, por meio do número de organizações que participa; participação em organizações; número e frequência de contato com amigos; comportamento com outros (irmãos, pais, colegas) e sozinho; c) funcionamento escolar: desempenho escolar da criança em português, geografia, matemática, história, ciências; participação em classe especial; repetência escolar e outros problemas escolares. A competência social total foi avaliada pela soma dos escores obtidos em todas as três sub-escalas. Assim, reduziu-se ao longo do artigo o número de crianças nas tabelas que apresentam os resultados da competência social.

Os problemas de comportamento também foram aferidos com a CBCL, que identifica diversas síndromes comportamentais a partir de 118 itens: a) internalizantes (ansiedade/depressão, retraimento/depressão e queixas somáticas); b) externalizantes (violação de regras e agressividade); c) desatenção e hiperatividade; d) perturbações de pensamento (por exemplo, obsessões, ouvir vozes, entre outros); e) dificuldades de contato social (solidão, sentir-se perseguido, entre outros). As opções de resposta variam de falso; pouco verdadeiro/às vezes verdadeiro; muito verdadeiro/freqüentemente verdadeiro. Foi analisado somente o escore total de problemas de comportamento, agregando todas as cinco sub-escalas descritas anteriormente.¹

A escala de competência social e a de problemas de comportamentos totais permitem distinguir os casos como clínicos, limítrofes ou normais, baseando-se em escores T. Para a mais baixa competência social (crianças clínicas e limítrofes), dados internacionais indicam escore T menor ou igual a 40; para problemas de comportamento acima ou igual 65.¹ Foram adotados esses pontos de corte e, portanto, casos clínicos e limítrofes foram agregados.

^a Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Critério de classificação econômica Brasil [internet]. São Paulo; 2003 [citado 2005 mar]. Disponível em: www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB_2003.pdf

A versão da CBCL utilizada foi validada por Bordin et al⁵ (1995) para o Brasil.

Na análise exploratória foram utilizadas frequências e cruzamentos das variáveis sociodemográficas e dos desfechos: competência social e problemas de comportamento totais. O teste de independência qui-quadrado foi utilizado para analisar associação estatisticamente significativa ao nível de 5%.

Nas análises bivariadas, avaliou-se separadamente a razão de prevalência (RP) de cada variável ajustada de cada uma das demais por meio de modelos de Poisson com variância robusta. Em função de as diferenças entre as razões de prevalência bruta e ajustada terem sido mínimas (com variação máxima inferior a 8%, dados não apresentados), as quatro variáveis com razões de prevalências brutas significativas foram consideradas na criação de um índice cumulativo de iniquidades.

Este índice cumulativo de iniquidades sociais foi composto pela soma dos escores obtidos nas variáveis: linha de pobreza, estrutura familiar, escolaridade e cor da pele. O cálculo deste índice deu-se da seguinte forma:

- criança abaixo da linha de pobreza: escore 1; acima desse limite, escore 0;
- pelo menos um dos pais com escolaridade analfabeto até ensino fundamental incompleto; 0 para escolaridade de ensino fundamental completo ou superior;
- estrutura familiar diversa da que agrega ambos os pais leva escore 1; morar com pai e mãe juntos escore 0;
- criança com cor da pele parda soma escore 1 e preta escore 2; brancos têm escore 0.

O índice cumulativo de iniquidades variou de zero a cinco pontos. Maior pontuação indica maior sujeição a fontes de desigualdade.

Por último, foram realizados modelos de Poisson com variância robusta para cada desfecho, considerando esse novo índice, controlado somente pelo pequeno desequilíbrio demográfico da amostra quanto à idade e sexo, e também pela relevância destas questões no quadro teórico. Foram calculadas razões de prevalência e seus respectivos intervalos com 95% de confiança.

O nível de significância de 5% foi utilizado em todos os testes. Todas as análises empregaram o peso amostral na expansão da amostra. O *software* SPSS versão 16.0 foi utilizado nas análises.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Os pais ou responsáveis e a direção das escolas assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta características socioeconômicas da amostra. Na população, observou-se que 15,6% das famílias vivia com rendimentos abaixo da linha de pobreza, predominou baixa escolaridade dos pais (76,1% até ensino fundamental completo) e crianças com cor da pele preta ou parda (67,1%). Famílias em que ambos os pais da criança viviam juntos corresponderam a mais da metade do total (53,4%).

A competência social das crianças foi informada por 80,5% dos responsáveis enquanto os problemas emocionais e de comportamento foram mencionados por 16,8%.

Alunos do sexo masculino mostraram competência social mais precária (RP= 1,19; IC 95%: 1,06;1,33)

Tabela 1. Características socioeconômicas e relativas ao desfecho da população de alunos. São Gonçalo, RJ, 2005.

Variável	n	%
Socioeconômica		
Sexo		
Masculino	3254	50,9
Feminino	3138	49,1
Idade (anos)		
6-9	5842	91,4
10-14	550	8,6
Linha de pobreza		
Abaixo	997	15,6
Acima	5395	84,4
Cor da pele		
Branca	2068	32,9
Preta	773	12,3
Parda	3445	54,8
Nível de escolaridade dos pais/responsáveis		
Analfabeto/ensino fundamental incompleto	3231	51,3
Ensino fundamental completo/ensino médio incompleto	1562	24,8
Ensino médio completo/Superior	1505	23,9
Estrutura familiar		
Pais vivendo juntos	3392	53,4
Pais não vivendo juntos	2960	46,6
Desfecho		
Competência social		
Sim	4222	80,5
Não	1023	19,5
Problemas de comportamento		
Não	5318	83,2
Sim	1074	16,8

e mais problemas de comportamento (RP= 1,39; IC 95%: 1,24;1,56). Quanto à faixa etária, crianças mais novas (6-9 anos) apresentaram competência social mais precária (RP= 1,86; IC 95%: 1,38;2,51), mas menor presença de problemas de comportamento (RP= 0,57; IC 95%: 0,49;0,66).

Na Tabela 2 estão apresentados os resultados das análises multivariadas das associações entre as variáveis socioeconômicas com as de desfecho. Houve pouca variação nas RP brutas e nas ajustadas por idade e sexo, para ambos os desfechos.

Crianças abaixo da linha de pobreza e aquelas com cor da pele preta apresentaram competência social mais precária e a existência de problemas de comportamento.

Para crianças de cor da pele parda, apenas a competência social mostrou-se mais precária (RP ajustada= 1,17) e o mesmo ocorreu em relação a pais analfabetos ou com primeiro grau incompleto (RP ajustada= 1,25). A estrutura familiar sem ambos os pais juntos esteve associada à maior frequência de problemas de comportamento (RP ajustada = 1,13).

O índice cumulativo de iniquidades sociais mostrou que apenas 10,5% das crianças não possuíam nenhum dos itens de desvantagem social e econômica: viviam em família com renda acima da linha da pobreza, tinham pelo

menos um dos pais com ensino fundamental completo ou maior escolaridade, viviam com ambos os pais e possuíam cor da pele branca. A distribuição da população com indicativos de risco correspondeu a: 1= 28,0% da população; 2= 32,2%; 3= 21,2%; 4= 7,2%; e 5=0,9%.

Na Tabela 3, observa-se a influência do índice cumulativo de iniquidades na competência social precária e problemas de comportamento. Quanto à competência social, 14,1% das crianças não tinham nenhum indicador de risco e, no extremo oposto, 50% das crianças apresentavam todos os atributos de risco e 4,5 vezes mais probabilidade de ter baixa competência em relação àquelas sem indicativos de risco.

Por outro lado, os problemas de comportamento foram menos frequentes entre as crianças com um ou dois indicativos de risco (quando comparados aos sem nenhum atributo de risco). Dentre as crianças com quatro ou cinco indicativos de vulnerabilidade, houve maior ocorrência de problemas de comportamento (RP= 1,82 e 2,20, respectivamente).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo confirmam achados anteriores.^{20,25} Viver em condições sociais e econômicas muito precárias, ter cor da pele negra, ter pais

Tabela 2. Razões brutas e ajustadas das variáveis socioeconômicas segundo precária competência social e presença de problemas de comportamento. São Gonçalo, RJ, 2005.

Variável	Precária competência social ^a				Presença de problemas de comportamento			
	n	%	RP Bruta (IC 95%)	RP Ajustada ^b (IC 95%)	n	%	RP Bruta (IC 95%)	RP Ajustada ^b (IC 95%)
Linha de pobreza			n=5104		n=6265			
Abaixo	785	28,4	1,65 (1,45;1,88)	1,65 (1,45;1,88)	968	21,7	1,40 (1,23;1,61)	1,39 (1,22;1,59)
Acima	4319	17,2	1	1	5245	15,5	1	-
Cor da pele			n=5078		n=6161			
Preta	656	24,1	1,45 (1,22;1,73)	1,49 (1,25;1,78)	760	31,1	2,42 (2,07;2,82)	2,32 (1,99;2,70)
Parda	2775	19,3	1,16 (1,02;1,32)	1,17 (1,03;1,34)	3377	14,7	1,14 (0,99;1,31)	1,13 (0,98;1,30)
Branca	1647	16,6	1	1	2024	12,9	1	1
Nível de escolaridade pais/ responsáveis			n=5078		n=6174			
Analfabeto/ensino fundamental incompleto	2434	20,9	1,22 (1,09;1,36)	1,25 (1,11;1,39)	3164	17,4	1,13 (1,01;1,27)	1,08 (0,96;1,21)
Pelo menos ensino fundamental completo	2644	17,3	1	1	3010	15,3	1	1
Estrutura familiar			n=5104		n=6226			
Pais não vivendo juntos	2252	18,6	1,02 (0,91;1,14)	1,04 (0,92;1,16)	2905	18,0	1,21 (1,08;1,35)	1,13 (1,01;1,27)
Pais vivendo juntos	2852	18,3	1	1	3321	15,0	1	1

^a Considerando a base presença de competência social

^b Ajustado por sexo/idade no modelo de Poisson

Tabela 3. Índice cumulativo de iniquidades, segundo precária competência social e presença de problemas de comportamento. São Gonçalo, RJ, 2005.

Índice cumulativo de iniquidades	Precária competência social (n=4935)			Presença de problemas de comportamento (n=5979)		
	n	%	RP ^a (IC 95%)	n	%	RP ^a (IC 95%)
0	563	14,1	1,0	628	18,8	1,0
1	1489	15,8	1,14 (0,90;1,45)	1671	11,7	0,61(0,50;0,76)
2	1483	19,4	1,43 (1,13;1,80)	1927	12,9	0,67 (0,55;0,81)
3	1006	23,4	1,74 (1,37;2,20)	1268	18,6	0,93 (0,76;1,13)
4	340	23,1	1,74 (1,31;2,31)	431	36,4	1,82 (1,48;2,23)
5	54	50,0	4,50 (3,17;6,38)	54	50,0	2,20 (1,61;3,02)

^a Ajustada por sexo e idade

com baixa escolaridade e viver em famílias monoparentais ou constituídas pela presença de padrasto/madrasta (ou com a presença de outras pessoas) são fatores que, isoladamente, se mostram relacionados à precária competência social e aos problemas de comportamento de crianças.

O estresse familiar e individual de viver em famílias em ampla desvantagem social, econômica, educacional e demográfica tende a influenciar o contexto de vida, ocasionando problemas em suas crianças.²² Por exemplo, algumas circunstâncias sociais adversas podem reduzir a disponibilidade da mãe para dar suporte emocional ao filho, podendo predispor a ocorrência, manutenção ou agravamento de problemas nas crianças.⁶ Por outro lado, pais com elevada escolaridade tendem a reconhecer com maior facilidade as necessidades de seus filhos e promover a competência social, além de estarem mais preparados para lidar com desafios, estarem mais articulados com a rede social e oferecerem mais apoio.²⁸ O mesmo acontece em relação à convivência em famílias monoparentais e/ou constituídas por padrasto e madrasta, em que o prejuízo destes arranjos familiares é mais justificado pelo efeito direto e indireto da convivência mais exclusiva da mãe no funcionamento familiar e no cuidado com o filho.¹⁴ Taylor & Wang (2000)²⁸ apontam a desvantagem econômica e emocional de viver sem a figura paterna em casa, o que sobrecarrega a mãe nas múltiplas funções de educação e suporte emocional à criança, podendo aumentar o risco de problemas escolares e externalizantes nas crianças.¹¹

Quanto à determinação social do gênero e da idade, investigação realizada pela OMS com crianças de 25 países reforça que o contexto social, os estilos de vida e os comportamentos mudam drasticamente no decorrer da vida ou mesmo no próprio percurso da infância, com significativas distinções entre meninos e meninas. Isto é refletido em variações nos comportamentos, nos problemas apresentados e nas perspectivas sociais vivenciadas pelas crianças.⁹ No estudo da saúde da população adulta, a ênfase tem sido direcionada à

vida precoce e à socialização na infância, em que os conceitos de latência, acumulação e processo são destacados, o que também vão ao encontro de resultados observados na fase da infância.²⁷

Temperamento, socialização e influências biológicas explicam a relação entre os problemas de comportamento com o sexo masculino e com a fase da pré-adolescência. Em estudo com 480 mães de uma cidade de São Paulo, Bordin et al (2009)⁶ constataram que em famílias de baixa renda, meninas tenderam duas vezes mais a problemas emocionais do que meninos; mas em famílias de classe média, meninos e meninas estão em similar risco. Esses dados reforçam o impacto diferenciado de problemas infantis segundo o sexo, a partir de uma perspectiva mais abrangente e que leva em consideração o contexto socioeconômico da família.

Justifica-se ainda a tendência de mais precária competência social nas crianças mais novas pelo próprio desenvolvimento social e cognitivo rudimentar nesta faixa etária, ainda em pleno processo, diferentemente das crianças pré-púberes.

Quanto à tendência correlacional dos determinantes sociais, o baixo nível de escolaridade dos pais é mais comum entre famílias mais pobres e que também convivem com mais frequentes problemas de saúde mental em crianças.^{10,20} Pertencer a raças/etnias em maior situação de vulnerabilidade social agrega outros fatores de fragilidade, como pertencer a grupos de baixa renda e escolaridade, moradia em localidades sem serviços e com pouca segurança pública e suscetibilidade a diferentes formas de violência. Também os problemas de saúde mental são mais presentes nos grupos com estas características, as quais tendem a estar simultaneamente presentes na vida de uma criança.^{3,15}

Nesse sentido, o efeito cumulativo das iniquidades na saúde mental é observado pelo gradiente de risco que se associa à precarização da competência social e à presença de problemas de comportamentos de crianças. Nos problemas comportamentais, o impacto parece

maior quando quatro ou mais iniquidades socioeconômicas estão presentes na vida de uma criança. Halpern & Figueiras (2004)¹⁶ reiteram este achado, afirmando que o efeito cumulativo de múltiplos fatores é mais determinante nos problemas emocionais e comportamentais do que a presença isolada de um deles.

Contudo, na comparação de ambos problemas infantis investigados, observa-se o potencial risco das iniquidades estudadas à precária competência social de crianças. Considerando-se a própria natureza social do construto da competência social, na qual uma característica individual se expressa no contexto das interações,¹³ a menor competência social das crianças em situação de maiores iniquidades sociais traduz, em parte, a posição desprivilegiada ocupada por essas crianças na família, comunidade e escola. Uma criança considerada pouco competente socialmente convive com sérias dificuldades de interagir de forma eficaz com os outros e com o ambiente social, possibilitando o acúmulo de prejuízos em seu desenvolvimento e em sua vida futura. Assim como as condições socioeconômicas mais precárias, a depressão materna e vivência de maus-tratos têm se mostrado variáveis aliadas à menor competência social em crianças, além dos problemas de saúde mental.¹⁸

A discussão entre desigualdades socioeconômicas e problemas na competência social ou dos problemas de comportamento em crianças vai além da soma e de um estabelecimento de correlações da hierarquia de fatores socioeconômicos familiares, pois a complexa cadeia de mediações (individuais e sociais) e o caráter subjetivo da vivência e da representação destes fatores são pontos sensíveis na compreensão deste processo. Faz-se necessário, portanto, analisar o problema sob enfoques mais amplos que considerem os multiníveis de determinação existentes e que integrem abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica.⁸

Para futuras investigações, devem ser levados em conta o tempo de duração da situação de pobreza familiar, o

tempo que a criança ficou exposta a circunstâncias de vida tão difíceis e precárias, em que fase da infância a desigualdade ocorreu ou se ainda está presente, a existência de rede de apoio e suporte social que a família está inserida, além de características individuais e de saúde da família.

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde infantil é exatamente estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações pelas quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas. Dessa forma, seria possível identificar onde e como devem ser feitas as intervenções que reduzam as iniquidades de saúde. Assim, cabe ampliar a reflexão sobre o impacto do capital social de uma família/comunidade para o desenvolvimento infantil, conhecendo as relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos e que são um importante mecanismo pelo qual as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde.^{8,29} Portanto, seria realizada a terceira geração de estudos sobre as iniquidades, voltados para o entendimento dos mecanismos de produção das iniquidades em saúde, ultrapassando as gerações de estudos que investigaram as relações entre pobreza e saúde e os gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica.²

Como principal limitação do trabalho, tem-se a restrição da mensuração da desigualdade a quatro variáveis, deixando de lado tantos outros aspectos da determinação da doença na infância, a exemplo do estudo do capital social. Portanto, pelo ineditismo do tema, os resultados apresentados servem de marco inicial para investigações mais aprofundadas no País.

Por fim, são necessárias políticas públicas de redistribuição de renda e maior acesso aos serviços de saúde mental para a população infantil de forma que as crianças tenham garantidos seus direitos ao nascimento, crescimento e desenvolvimento em famílias e comunidades coesas e obtenham apoio para alcançarem maiores perspectivas futuras.

REFERÊNCIAS

1. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA School-age forms & profiles. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families; 2001.
2. Adler NE, Ostrove JM. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Ann N Y Acad Sci.* 1999;896:3-15. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1999.tb08101.x
3. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Cienc Saude Coletiva.* 2009;14(2):349-61. DOI: 10.1590/S1413-81232009000200002
4. Bird HR. Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *J Child Psychol Psychiatry.* 1996;37(1):35-49. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1996.tb01379.x
5. Bordin IA, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP-APAL.* 1995;17(2):55-66.

6. Bordin IA, Duarte CS, Peres CA, Nascimento R, Curto BM, Paula CS. Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bull World Health Organ.* 2009;87(5):336-44. DOI: 10.2471/BLT.07.043125
7. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future Child.* 1997;7(2):55-71. DOI: 10.2307/1602387
8. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis.* 2007;17(1):77-93. DOI: 10.1590/S0103-73312007000100006.
9. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, et al. Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 survey. Copenhagen: World Health Organization; 2008. (Health policy for children and adolescents, 5).
10. Davis-Kean PE. The influence of parent education and family income on child achievement: the indirect role of parental expectations and the home environment. *J Fam Psychol.* 2004;19(2):294-304. DOI: 10.1037/0893-3200.19.2.294
11. Florsheim P, Tolan P, Gorman-Smith D. Family relationships, parenting practices, the availability of male family members, and the behavior of inner-city boys in single-mother and two-parent families. *Child Development.* 1998;69:1437-47.
12. Fosu AK. Poverty and development. *Bull World Health Organ.* 2007;85(10):734.
13. Garnezy N, Masten A. Chronic adversities. In: Rutter M, Taylor E, Herson L, organizers. *Child and adolescent psychiatry.* Oxford: Blackwell Scientific; 1994. p.191-207.
14. Garnefski N, Diekstra RFW. Adolescents from one parent, stepparent and intact families: emotional problems and suicide attempts. *Journal of Adolescence.* 1997;20(2):201-208.
15. Goodman E, Slap GB, Huang B. The public health impact of socioeconomic status on adolescent depression and obesity. *Am J Public Health.* 2003;93(11):1844-50. DOI: 10.2105/AJPH.93.11.1844
16. Halpern R, Figueiras ACM. Influências ambientais na saúde mental da criança. *J Pediatr (Rio J).* 2004;80(2 suppl): 104-10. DOI: 10.1590/S0021-75572004000300013
17. Kestilä L, Koskinen S, Martelin T, Rahkonen O, Pensola T, Aro H, et al. Determinants of health in early adulthood: what is the role of parental education, childhood adversities and own education? *Eur J Public Health.* 2006;16(3):306-15.
18. Levendosky AA, Okun A, Parker JG. Depression and maltreatment as predictors of social competence and social problem-solving skills in school-age children. *Child Abuse Negl.* 1995;19(10):1183-95. DOI: 10.1016/0145-2134(95)00086-N
19. Murray CJL, Lopez AD, editors. The global burden of disease. Geneva: World Health Organization; 1996.
20. Najman JM, Aird R, Bor W, O'Callaghan M, Williams GM, Shuttlewood GJ. The generational transmission of socioeconomic inequalities in child cognitive development and emotional health. *Soc Sci Med.* 2004;58(6):1147-58. DOI: 10.1016/S0277-9536(03)00286-7
21. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento (CID-10): descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
22. Organização Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.
23. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Org.* 2003;81(8):609-15.
24. Richter L. The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: a review. Geneva: World Health Organization; 2004.
25. Rutter M. Stress, coping and development: some issues and some questions. *J Child Psychol Psychiatry.* 1981;22(4):323-56. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1981.tb00560.x
26. Sameroff AJ. Environmental risk factors in infancy. *Pediatrics.* 1998;102(5 Suppl E):1287-92.
27. Siegrist J, Marmot M. Social inequalities in health: new evidence and policy implications. New York: Oxford University Press; 2006.
28. Taylor RD, Wang MC. Resilience across contexts: family, work, culture and community. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2000.
29. Waterston G, Alperstein S, Stewart B. Social capital: a key factor in child health inequalities. *Arch Dis Child.* 2004;89(5):456-9. DOI: 10.1136/adc.2002.024422
30. Wechsler D. WISC-III: escala de inteligência Wechsler para crianças: manual- adaptação e padronização brasileira. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
31. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization; 2000. (EUR/ICP/RPD 414, 7734r)

Pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (CNPq – Proc. nº 409702/2006-4).

Artigo submetido ao processo de julgamento por pares adotado para qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, com anonimato garantido entre autores e revisores. Editores e revisores declaram não haver conflito de interesses que pudesse afetar o processo de julgamento do artigo.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.