Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

A relação entre estrutura familiar e a procura pelo serviço de saúde para consultas infantis

The relationship between family structure and the demand for health services for children's consultations

La relación entre la estructura familiar y la búsqueda de servicios de salud para consultas infantiles

Dilma Maria Da Silva Dias[1], Raul Da Mota Silveira Neto[1].

RESUMO

Objetivo: Verificar se as estruturas familiares (biparentais ou monoparentais), influenciam a procura do serviço de saúde afetando assim o cuidado com a saúde das crianças. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal retrospectivo baseado nos Microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua). Utilizou-se uma estratégia econométrica através da função logística para estimar os efeitos das variáveis de interesse e de controle, sobre a probabilidade de cuidado com a saúde. Os parâmetros foram estimados pelo Estimador de Máxima Verossimilhança (MLE). **Resultados:**A análise da busca por serviços de saúde, baseado nas consultas médicas nos últimos 12 mesese na consulta de rotina, se faz necessário a análise das variáveis explicativas na identificação de padrões significativos.Nota-se que há uma influência significativa de fatores familiares e individuais, especialmente relacionados à renda familiar e ao nível de escolaridade do chefe da família, onde os resultados demonstram que famílias monoparentais apresentam resultados menos favoráveis. **Conclusão:**Conclui-se que as famílias biparentais apresentaram resultados 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.

Palavras-chave: Monoparentalidade, Biparentalidade, Estrutura familiar, Desenvolvimento infantil, Saúde da criança.

ABSTRACT

Objective: To assess whether family structures (biparental or single-parent) influence the demand for healthcare services, thereby affecting children's health care. **Methods:** This is a retrospective cross-sectional study based on microdata from the Continuous National Household Sample Survey (PNAD Contínua). An econometric strategy was employed using the logistic function to estimate the effects of the variables of interest and control on the probability of health care. The parameters were estimated using the Maximum Likelihood Estimator (MLE).**Results:** The analysis of healthcare service utilization, based on medical consultations in the last 12 months and routine check-ups, highlights the need to examine explanatory variables to identify significant patterns. A significant influence of family and individual factors, particularly related to household income and the education level of the head of the family, was observed. The results indicate that single-parent families tend to have less favorable outcomes.**Conclusion:** Biparental families demonstrated more favorable results in terms of child well-being, particularly regarding the performance of routine consultations and the use of healthcare services in the last 12 months.

Keywords: Single parenthood, Biparenting, Family structure, Child development, Children's health.

RESUMEN

Objetivo: Verificar si las estructuras familiares (biparentales o monoparentales) influyen en la búsqueda de servicios de salud, afectando así el cuidado de la salud infantil. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal

[1] Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife - PE.

SUBMETIDO EM: 3/2025 | **ACEITO EM: 4/2025** | **PUBLICADO EM: 4/2025**

retrospectivo basado en los microdatos de la Encuesta Nacional por Muestra de Hogares Continua (PNAD Continua). Se empleó una estrategia econométrica a través de la función logística para estimar los efectos de las variables de interés y de control sobre la probabilidad de cuidado de la salud. Los parámetros fueron estimados mediante el Estimador de Máxima Verosimilitud (MLE). **Resultados:** El análisis de la búsqueda de servicios de salud, basado en consultas médicas en los últimos 12 meses y en consultas de rutina, resalta la necesidad de examinar las variables explicativas para identificar patrones significativos. Se observa una influencia significativa de factores familiares e individuales, especialmente relacionados con el ingreso familiar y el nivel educativo del jefe del hogar. Los resultados indican que las familias monoparentales presentan resultados menos favorables. **Conclusión:** Se concluye que las familias biparentales mostraron resultados más favorables en términos de bienestar infantil, en lo que respecta a la realización de consultas de rutina, y al uso de servicios de salud en los últimos 12 meses.

Palabras clave: Monoparentalidad, Biparentalidad, Estructura familiar, Desarrollo infantil, Salud infantil.

INTRODUÇÃO

O principal foco deste artigo consiste em analisar empiricamente a influência da estrutura familiar na saúde das crianças, focando na carência de investigações sobre a procura do serviço de saúde baseado nas estruturas familiares, sejam elas biparentais ou monoparentais. Embora existam estudos sobre o impacto dessas formatações familiares em relação à educação como o de Araújo AFVD, et al (2022), ZagoJTDC, et al (2017) e CID A e STOKES CE (2012) e na saúde mental (CARNUT L e FAQUIM J, 2014; MILANEZ CM, et al, 2019). Utilizando dados da PNAD contínua de 2022, que traz na sua edição especial informações sobre a avaliação dos serviços de saúde em relação aos domicílios, este estudo aborda essa ausência.

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 AP, et al., 2021; ALVES JR, et al., 2017; MILANEZCM, et al., 2019).

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 (BENATTI AP, et al., 2021).

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. (CARNUT L e FAQUIM J, 2014; MILANEZ CM, 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 consequentemente seus desenvolvimentos cognitivos. Sendo assim, Milanez CM, et al. (2019) ratifica a importância da qualidade das relações parentais e do apoio emocional oferecido às crianças para a construção de um ambiente que favoreça o pleno desenvolvimento das mesmas.

Estudos indicam que mais de 85% das famílias monoparentais são chefiadas por mulheres (IBGE, 2010), enfrentando desafios adicionais como esgotamento físico e falta de apoio (BENATTI AP, et al., 2021; CÚNICO ISD e ARPINI DM, 2015). Ainda que a rede de apoio possa minimizar esse impacto, ela também pode resultar em intromissão familiar e aumento da carga mental (FONTES MB, et al., 2016). Famílias biparentais também apresentam desafios, especialmente devido à percepção cultural de que o cuidado infantil é responsabilidade principal da mãe, o que pode mudar conforme o envolvimento paterno aumenta (GRAAF JVHD, et al., 2018; RALEY S, et al., 2012).

A estrutura familiar também influencia a busca por serviços de saúde. Em famílias biparentais, as decisões são frequentemente compartilhadas, fornecendo maior suporte emocional. Já nas monoparentais, a tomada de decisões pode ser solitária, gerando maior sobrecarga emocional e dificuldades no equilíbrio entre consultas médicas e outras responsabilidades (CÚNICO ISD e ARPINI DM, 2015)

Dessa forma, este estudo buscou compreender como diferentes configurações familiares impactam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde infantil. Identificar essas diferenças pode auxiliar na formulação de estratégias que garantam um atendimento mais equitativo e eficaz para todas as crianças, independentemente do contexto familiar.

MÉTODOS

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. Realizada pelo IBGE (2022), 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.

O público-alvo foram crianças com idade inferior a 13 anos, sendo conduzida uma entrevista com o responsável pelo cuidado de saúde destas crianças. Como critérios de inclusão foram considerados os dados das crianças entre zero e doze anos, que residiam 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.

A amostra foi dividida em famílias biparentais, com chefe homem ou mulher, e famílias monoparentais, também subdivididas pelo sexo do chefe da família. A localização, escolaridade, renda, raça, idade do chefe de família, número de crianças e indivíduos no domicílio foram analisados para compreender o impacto dessas variáveis na saúde das crianças.

A pesquisa também identificou a presença de crianças em serviços de saúde nos últimos doze meses e a realização de consultas de rotina, buscando entender se variáveis pessoais ou do domicílio impactam o cuidado com a saúde infantil. Embora a PNAD Contínua avalie a qualidade do serviço de saúde, este estudo focou no acesso aos serviços e na frequência das consultas de rotina.

O objetivo foi identificar diferenças no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde recebidos por crianças em diferentes estruturas familiares e verificar se as variações pessoais ou do domicílio poderiam impactar no acesso ao serviço de saúde.

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,* Prob (y_j = 1) para observação *j*:

$$\rho_j = \frac{e^{(x_j b)}}{1 + e^{(x_j b)}} \quad (1)$$

Onde $\boldsymbol{x}_j$ 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^{bi}, onde b_i é coeficiente estimado para a variável *i.*

A construção familiar, em estudos como o de Zago JTDCet al (2017) e de Fontes MB,et al (2016), apontam que a estrutura monoparental está associada ao desenvolvimento da criança menos favorecido. 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 JTDCet 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.

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 MB, 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. Zago JTDC*et al* (2017), 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.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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 incluiu 468.229 indivíduos organizados em 164.919 famílias, das quais 42.148 continham pelo menos uma criança de até 12 anos, conforme a **Tabela 1**, distribuídas de acordo com os arranjos familiares.

Tabela 1 - Distribuição dos tipos de famílias.

Variáveis	Biparental				Monoparental			
	Chefe Homem		Chefe Mulher		Homem		Mulher	
	observação	%	observação	%	observação	%	observação	%
Tipo de Família	19807	57,5	14640	42,5	747	9,7	6954	90,3

Fonte: Dias DMS e Neto RMS, 2025.

As famílias biparentais representam 81,6% da amostra destas famílias, 42,5% tendo uma mulher como chefe da família. Esse dado reflete uma tendência crescente de mulheres assumindo o papel de liderança familiar. Já as famílias monoparentais corresponderam a 18,3% da amostra, sendo 90% delas lideradas por mulheres, o que corrobora com achados de Araújo AFVD, et al. (2022) sobre monoparentalidade.

Segundo Graaf JVHD, et al. (2018), quanto maior a idade dos pais, maior a estabilidade emocional para tomar decisões. A **Tabela 2** demontra que a idade média dos chefes de família variou conforme o tipo de arranjo. Famílias monoparentais masculinas apresentaram a maior média (43,13 anos), enquanto a menor idade média foi encontrada entre as famílias biparentais lideradas por mulheres (34,7 anos).

Tabela 2 -Descrição das variáveis dos modelos econométricos.

Variáveis	Descrição	Biparental - Chefe Homem		Biparental - Chefe Mulher		Monoparental - Chefe Homem		Monoparental - Chefe 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 1 se 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		29,0		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	
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 de área urbana	64,6		73,9		72,7		83,6	
Última consulta em até 1 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 saúde	27,27		27,88		24,0		25,0	
Observações de saúde	Percentual da quantidade de entrevistas referentes à saúde realizadas por família	89,8		91,8		83,67		89,1	
Participação total	Número total de famílias participantes distribuídos por tipo de família	19.807		16.404		747		6.954	

Fonte: Dias DMS e Neto RMS, 2025.
°Resultado em percentual baseado na participação total.

Conforme o trabalho de Martins JC e Teixeira EC (2021), Zago JTDC, et al. (2017) e Romani SDAM e Lira PICD (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 a escolaridade também variou entre os grupos, sendo menor entre chefes de família monoparentais masculinos (9 anos) em comparação com os demais arranjos, que apresentaram médias próximas a 10 anos. Em relação à cor/raça, a maioria dos chefes de família era não branca, sendo esse percentual mais elevado entre famílias monoparentais femininas (70,8%) e menor entre famílias biparentais com chefe homem (63,1%). Estudos de Fontes M. B. et al. (2016) indicam que chefes de família brancos possuem em média 17% maior renda per capita, o que pode impactar no acesso aos serviços de saúde.

A composição familiar também foi analisada. Famílias biparentais apresentaram em média 1,5 criança por domicílio, enquanto famílias monoparentais masculinas registraram uma média de 1,3 criança. O tamanho médio da família foi maior em famílias biparentais com chefe mulher (4,1 membros) e menor entre monoparentais masculinas (3,1 membros), conforme **Tabela 2**. Segundo a pesquisa de Fontes MB, et al. (2016), sobre a presença de filhos adultos ou crianças na família, foi possível observar 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.

Geograficamente, as famílias biparentais com chefe homem tiveram maior prevalência no Nordeste e menor no Centro-Oeste, padrão semelhante observado para outros arranjos. Famílias monoparentais femininas foram predominantes em centros urbanos. Já na capital e região metropolitana, ambas as famílias monoparentais apresentam um percentual mais elevado, conforme a **Tabela 2**. Segundo Fontes MB, et al. (2016), a população rural é a que possui menor remuneração e, consequentemente, espera-se menor investimento na saúde.

Em relação aos 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 coletiva 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 às 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 Consulta cuidados com a saúde infantil – Análise da Variável Dependente consulta nos últimos 12 meses. Odd ratio (desvio padrão).

Variáveis	(1)	(2)	(3)
Biparental _ Chefe mulher	1,000 (0,990)	0,8966*** (0,010)	0,8727*** (0,001)
Monoparental _ Homem	0,730** (0,017)	0,8010 (0,110)	0,7729* (0,0650)
Monoparental _ Mulher	0,8384*** (0,000)	0,8324*** (0,001)	0,7675*** (0,000)
Escolaridade		1,051*** (0,000)	1,044*** (0,000)
Cor (Branca)		1,061 (0,102)	1,0326 (0,416)
Idade do chefe		0,979*** (0,000)	0,9784*** (0,000)
Ocupação do Chefe da família		0,9495 (0,266)	0,9803 (0,6720)
Tamanho da família		0,8765*** (0,000)	0,8742*** (0,000)
N de adulto		1,095** (0,0340)	1,105 (0,230)
N° de filhos até 12 anos		1,017 (0,644)	1,0107 (0,7830)
Renda Total		1,2072*** (0,000)	1,1642*** (0,000)
Bolsa Família		0,9802 (0,649)	1,0321 (0,4740)
Parcela de Renda de outros Programas Sociais		1,3011*** (0,003)	1,4290*** (0,000)
Região Metropolitana			1,2537*** (0,000)
Capital			1,0457 (0,4080)
Norte			0,6033*** (0,000)
Nordeste			0,7547*** (0,000)
Sul			0,8253*** (0,000)
Centro Oeste			0,7514*** (0,000)
Urbano			1,1320*** (0,002)
_cons	3,300*** (0,000)	1,6112** (0,014)	2,2968*** (0,000)
Pseudo R^2	0,0010	0,0258	0,033
Wald	20,84	635,10	797,46
Observações	38.039	37.600	37.600

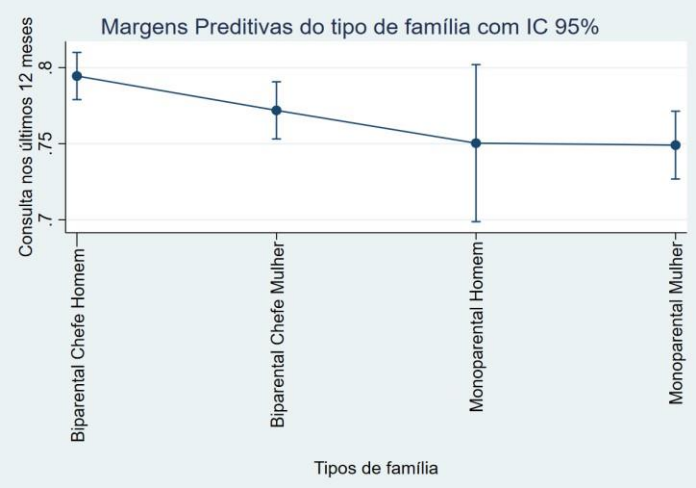
Fonte: Dias DMS e Neto RMS, 2025.
Desvio- Padrão entre Parênteses
*Representa dados significativos a 10%,
** Representa dados significativos a 5%,
***Representa dados significativos a 1%,

Os modelos econométricos revelaram padrões significativos. A regressão para a variável dependente "Consulta nos últimos 12 meses" mostrou que famílias monoparentais têm menor probabilidade de levar a criança ao médico, especialmente aquelas lideradas por mulheres. Considerando a regressão sem variáveis de controle, crianças em famílias monoparentais femininas tiveram 83% da chance de consulta comparadas às de famílias biparentais com chefe homem, enquanto esse percentual foi ainda menor para monoparentais masculinas (73%). Com a inclusão de variáveis explicativas, as chances caíram para 76% e 77%, respectivamente.

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 biparental. Assim, como identificado por Zago JTDC, et al. (2017) e Fontes MB, 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. Segundo a revisão de literatura de Romani SDAM e Lira PICD (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.



Fonte: Dias DMS e Neto RMS, 2025.

Tabela 4 - Estrutura familiar e a saúde infantil – Variável Dependente: Consulta de Rot.

Variáveis	(1)	(2)	(3)
Biparental _ Chefe mulher	0,9858 (0,693)	0,9084** (0,018)	0,8937*** (0,006)
Monoparental _ Homem	0,8494 (0,227)	0,8618 (0,300)	0,7968 (0,118)
Monoparental _ Mulher	0,7869*** (0,000)	0,7929*** (0,000)	0,7336*** (0,000)
Escolaridade		1,060*** (0,000)	1,0462*** (0,000)
Cor (Branca)		0,9560 (0,212)	1,0307 (0,431)
Idade do chefe		0,9921*** (0,000)	0,9897*** (0,000)
Ocupação do Chefe da família		0,8811*** (0,007)	0,9068** (0,040)
Tamanho da família		0,8993*** (0,001)	0,8939*** (0,001)
N de adulto		1,036 (0,432)	1,0349 (0,457)
N° de filhos até 12 anos		1,052 (0,193)	1,049 (0,226)
Renda Total		1,167*** (0,000)	1,1474*** (0,000)
Bolsa Família		0,8348*** (0,000)	0,8434*** (0,001)
Parcela de Renda de outros Programas Sociais		1,2051*** (0,000)	1,2982*** (0,006)
Região Metropolitana			1,4111*** (0,000)
Capital			1,0968* (0,061)
Norte			0,9253 (0,146)
Nordeste			0,8376*** (0,000)
Sul			0,6379*** (0,000)
Centro Oeste			0,7109*** (0,000)
Urbano			1,1553*** (0,001)
_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: Dias DMS eNeto RMS, 2025.
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%.*

Em relação à regressão para a variável dependente consultas de rotina, nos dados expostos na **Tabela 4**, as famílias monoparentais femininas também apresentaram menores probabilidades, com crianças tendo entre 73% e 79% da chance de consulta em relação ao grupo de referência. Monoparentais masculinas não mostraram diferenças estatisticamente significativas.

Esses resultados estão alinhados com os achados de Zago JTDC, et al. (2017) e Fontes MB, et al. (2016) onde defendem que famílias monoparentais apresentam maior fragilidade quando em comparação a famílias biparentais, principalmente as residências monoparentais, chefiadas unicamente por mulheres.

Fatores socioeconômicos exerceram impacto relevante em ambas as regressões. Cada ano adicional de escolaridade do chefe de família aumentou em 5% a chance de consulta médica infantil nos últimos 12 meses e em 4% a chance de consultas de rotina. Estudos como os de Zago JTDC, et al. (2017) reforçam que a escolaridade, especialmente materna, está associada a melhores cuidados infantis.

Esses resultados corroboram com os achados de Zaide MC (2023), Romani SDAM e Lira PICD (2004) e Santos AMAD, et al. (2012) 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.

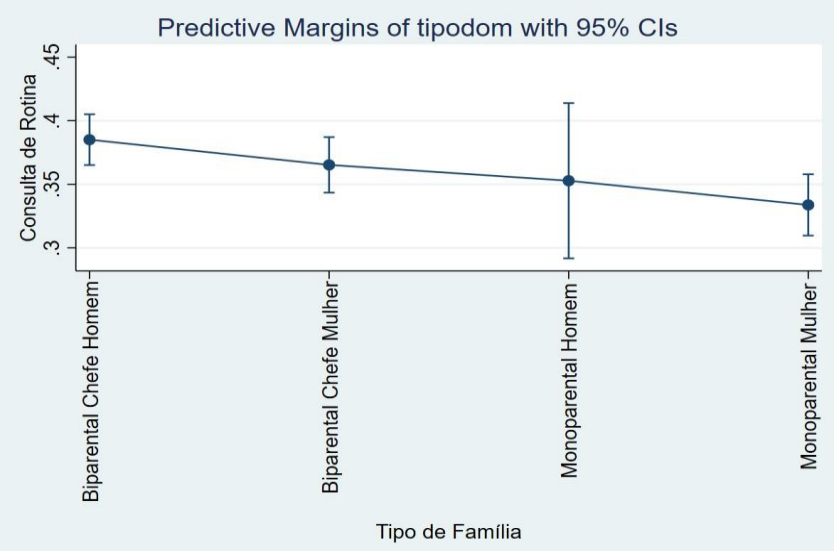
Ademais, observou-se que o aumento da idade do chefe reduz a probabilidade de atendimento médico, contrariando evidências que sugerem que maior estabilidade emocional melhora a atenção à educação infantil (GRAAF JVHD, et al., 2018).

A falta de recursos financeiros surge como um fator limitante ao acesso a cuidados adequados, conforme as observações de Cúnico ISD e Arpini DM (2015), Zago JTDC, et al. (2017) e Fontes MB, 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**.

Residentes de regiões metropolitanas e urbanas apresentaram maior frequência de consultas médicas, enquanto moradores rurais tiveram menor acesso. Fontes MB, et al. (2016) apontam que residir na zona rural reduz em média 31% a renda domiciliar per capita, o que pode afetar negativamente o acesso à saúde.

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.



Fonte: Dias DMS e Neto RMS, 2025.

Diante desses achados, torna-se evidente a necessidade de políticas públicas voltadas para famílias monoparentais, especialmente lideradas por mulheres, que possuem menor renda e enfrentam maiores dificuldades no acesso à saúde infantil. É fundamental fortalecer a atuação de profissionais que possam divulgar e facilitar o acesso a serviços essenciais para esse público.

Em síntese, este estudo evidencia que famílias biparentais proporcionam melhores condições de saúde infantil, independentemente do gênero do chefe da família. Fatores socioeconômicos, como renda e escolaridade, desempenham papel determinante na frequência de consultas médicas. Assim, medidas governamentais que promovam melhor educação e condições financeiras para famílias monoparentais podem reduzir disparidades no acesso à saúde infantil.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, independentemente do tipo de família, as variáveis renda, número de adultos na residência, escolaridade do chefe da família e participação em programas sociais influenciam a frequência com que crianças menores de 12 anos utilizam os serviços de saúde e a regularidade das consultas de rotina realizadas por seus pais. Os resultados indicam que famílias biparentais, independentemente do sexo dos responsáveis, apresentam melhores desfechos em comparação às famílias monoparentais.

REFERÊNCIAS

1. ALVES JR, et al. Desenvolvimento emocional de crianças que vivenciaram o processo adotivo: revisão integrativa da literatura. Contextos Clínic, 2017; 2: 268-283.
2. ARAÚJO AFVD, et al. Estrutura familiar e dinâmica educacional entre gerações. R. bras. Est. Pop, 2022; 1: 1-27.
3. BENATTI AP, et al. Famílias monoparentais: Uma revisão sistemática da literatura. Psicologia: Ciência e Profissão, 2021; 41: 1-14.
4. 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/l8069.htm. Acesso em: 5 jul. 2023.
5. 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, 2014; 1: 62-70.

6. CID A, STOKES CE. Family structure and children's education outcome: Evidence from Uruguay. Journal of Family and Economic Issues, 2012; 2: 1-36.
7. CÚNICO ISD, ARPINI DM. Família e monoparentalidade feminina sob a ótica de mulheres chefes de família. Aletheia, 2015; 43: 37-49.
8. FONTES MB, WAJNMAM S, GUEDES GR. Arranjos Mono (Bi)Parentais e Sua Estrutura Orçamentária. Revista Brasileira de Economia Doméstica, 2016; 1: 5-30.
9. GRAAF JVHD, et al. Socio-demographic Correlates of Fathers' and Mothers' Parenting Behaviors. Journal of Child and Family Studies, 2018; 1: 2315-2327.
10. 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_domicilios_amostra.pdf. IBGE. Notas Metodológicas. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/notas_metodologicas.html?loc=0. Acesso em: 29 jun. 2023.
11. IBGE. PNAD CONTÍNUA. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 2022/ IBGE, Coordenação de por Amostra de Domicílios. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/notas_metodologicas.html?loc=0. Acesso em: 29 jun. 2023.
12. MARTINS JC, TEIXEIRA EC. As Estruturas Familiares Afetam o Desempenho Escolar no Brasil? Rev. Econ. NE, 2021; 1: 65-76.
13. MILANEZ CM, et al. O funcionamento familiar na saúde emocional e psicológica de crianças e adolescentes. Id on Line Rev. Mult. Psic, Santa Catarina, 2019; 47: 1-16.
14. RALEY S, BIANCHI SM, WANG W. When Do Fathers Care? Mothers' Economic Contribution and Fathers' Involvement in Child Care. American Journal of Sociology, 2012; 5: 1422-1459.
15. ROMANI SDAM, LIRA PICD. Fatores determinantes do crescimento infantil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., 2004; 1: 15-23.
16. SANTOS AMAD, et al. Causalidade entre Renda e Saúde: Uma Análise Através da Abordagem de Dados em Painel com os Estados do Brasil. Est. Econ, 2012; 2: 229-261.
17. ZAGO JTD, et al. Associação entre o desenvolvimento neuropsicomotor e fatores de risco biológico e ambientais em crianças na primeira infância. Rev. CEFAC, 2017; 3: 320-329.
18. ZAIDE MC. 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, 2023; 42 p.