

BAIXA RENDA E GRAVIDEZ

Baixa renda e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial da criança

¹Michael Weitzman, MD, ²Lily Lee

^{1,2}New York University School of Medicine e College of Global Public Health, EUA & ²Brooklyn College, EUA
Fevereiro 2017, Ed. rev.

Introdução

Há uma extensa produção literária que sustenta a teoria de que a pobreza familiar afeta adversamente a saúde, a capacidade intelectual, as realizações acadêmicas e o comportamento da criança.¹⁻³² Em contraste, há um número crescente de trabalhos que demonstram de que forma, diversas políticas e intervenções podem atenuar a influência negativa da pobreza sobre o desenvolvimento infantil.³³⁻⁵⁸

Do que se trata

A maior parte da pesquisa neste campo focalizou:

- a. Avaliações estatísticas das relações entre pobreza familiar e desenvolvimento psicossocial na infância
- b. Modificações dessas relações por fatores ocultos/que geram confusão
- c. Identificação dos mecanismos pelos quais a pobreza exerce sua influência negativa
- d. Definição de quais intervenções clínicas e políticas públicas têm maior probabilidade de atenuar os efeitos deletérios da pobreza sobre o desenvolvimento psicossocial da criança.

Problemas

Os problemas-chave nesta área de investigação são:

- a. Determinar os mecanismos e caminhos pelos quais a pobreza produz efeitos negativos
- b. Separar os efeitos da pobreza familiar dos efeitos de viver em comunidades empobrecidas
- c. Fazer distinção entre os efeitos da pobreza e dos diversos fatores interferentes associados a ela

- d. Estabelecer até que ponto a intensidade e a duração da situação de pobreza afetam, respectivamente, o negativo desenvolvimento psicossocial na infância
- e. Identificar os efeitos benéficos a longo prazo de políticas e programas destinados a atenuar os efeitos negativos da pobreza sobre as crianças.

Contexto de pesquisa

As pesquisas nesta área incluem estudos observacionais transversais e longitudinais sobre os efeitos da pobreza, bem como a atribuição aleatória a condições diferentes e a investigação de resultados das intervenções a curto prazo e a longo prazo (mais importantes, porém mais difíceis de verificar). Evidentemente, a natureza da questão exclui a atribuição aleatória de grupos de sujeitos a condições de pobreza *versus* condições de não pobreza, e estudos com animais não podem ser utilizados para corroborar, ampliar ou explicar resultados de estudos epidemiológicos.

Questões-chave de pesquisa

As questões-chave de pesquisa nesta área são:

- a. Quais são os mecanismos e os caminhos pelos quais a pobreza exerce um efeito negativo sobre o desenvolvimento psicossocial da criança?
- b. Quais programas e políticas atenuam os efeitos negativos da pobreza sobre o desenvolvimento psicossocial da criança?

Resultados de pesquisas recentes

Entre os principais fatores interferentes e caminhos pelos quais a pobreza exerce uma influência negativa sobre o desenvolvimento psicossocial da criança, encontramos:

- fatores da comunidade, tais como escolas, vizinhança, influência de pares, escassez de oportunidades de trabalho, custo de alimentos e outros bens essenciais, e exposição a estresse e violência;^{16,36,38}
- famílias uniparentais (a feminização da pobreza, bem como os efeitos psicossociais adversos do divórcio e da supervisão diária de atividades apenas por um adulto);
- baixa idade materna na ocasião do parto;
- baixo nível educacional da mãe;^{2,3,7,15}
- famílias numerosas;
- aleitamento materno;
- depressão materna;^{17,22,51}
- depressão paterna;^{31,32}
- obesidade;³⁰
- tabagismo,²¹ e exposição à fumaça de cigarro (fumante passivo);⁵⁷
- estilo parental autoritário;

- intoxicação das crianças por chumbo;^{54,55}
- deslocamentos frequentes da família ou falta de abrigo (família sem teto);
- baixo peso ao nascer,^{2,3,6,10,13,14} e as complicações e tratamentos decorrentes, inclusive utilização de corticosteroides para a prevenção de displasia broncopulmonar;⁵
- subnutrição (ou, de forma mais geral, insegurança alimentar)^{9,24,27,28} falhas do crescimento (ganho de peso inferior à taxa esperada durante os dois primeiros anos de vida) e deficiência de ferro,^{24,27,28}
- maior prevalência e gravidade de problemas crônicos de saúde, como a asma;^{19,20}
- encarceramento parental ou adolescente;²⁹
- uso de droga psicoativa, como opióides;²⁶
- transtorno de estresse pós-traumático.^{25,28}

Os efeitos neurocognitivos da intoxicação por chumbo, das falhas do crescimento e, possivelmente, da deficiência de ferro e outros problemas precoces de saúde na infância parecem ser ampla ou totalmente irreversíveis. Todos esses fatores constituem um argumento forte a favor da implementação de estratégias eficazes de prevenção primária. Além disso, crianças economicamente desfavorecidas com baixo peso ao nascer¹⁸ e intoxicação por chumbo^{54,55} parecem sofrer maiores prejuízos cognitivos do que seus pares de famílias economicamente mais privilegiadas. Na verdade, esses resultados podem aplicar-se igualmente aos efeitos de outras condições crônicas.

Foi demonstrado que a pobreza está associada independentemente a QI mais baixo;² a fracasso escolar precoce, repetência, suspensão e evasão escolar;³ a taxas mais altas de problemas comportamentais;⁷ e a falta de acesso a serviços de saúde mental quando se manifestam problemas comportamentais. Até o momento, as associações entre pobreza, redução de capacidades intelectuais e realizações acadêmicas foram mais solidamente demonstradas do que as associações entre pobreza, taxas mais altas de problemas comportamentais e problemas de saúde mental.² Além disso, a pobreza persistente (de longa duração) é mais prejudicial do que a pobreza por períodos curtos, e a pobreza na primeira infância e nos anos pré-escolares parece ser mais prejudicial do que a pobreza em anos mais tardios da infância.² Estudos recentes sugerem que crescer em situação de pobreza leva a mudanças sistemáticas no desenvolvimento cerebral. Essas mudanças envolvem o córtex pré-frontal e afetam as chamadas funções executivas, tais como autorregulação, planejamento e controle emocional.⁵¹

As evidências sugerem que diversas políticas públicas e clínicas são eficazes para o enfrentamento de fatores associados à pobreza e que prejudicam o desenvolvimento das crianças. Essas políticas incluem o provimento de programas de intervenção precoce,^{33-37,40,41,50} especialmente programas abrangentes de desenvolvimento infantil inicial, baseados em centros de atendimento e com financiamento público. Esse tipo de programa mostrou-se eficaz na prevenção de retardos de desenvolvimento, na redução da repetência e na alocação mais rápida em contextos de educação especial. Demonstrou-se que programas de suporte nutricional, como os programas de suporte alimentar para mulheres grávidas e para bebês, e programas de nutrição escolar, como o programa de desjejum na escola, reduziram as taxas de baixo peso ao nascer,³⁹ deficiência de ferro,^{48,49,52} e baixo desempenho escolar.⁴² Visitas domiciliares de enfermeiras foram associadas a melhorias em várias medidas de qualidade do ambiente doméstico e a resultados do desenvolvimento infantil.⁴⁴ Eles têm

demonstrado reduzir o comportamento maternal adverso relacionado à saúde, melhorar o status de desenvolvimento das crianças que nasceram com baixo e a interação parental com as crianças.⁵² A iniciativa Bright Futures, criada pela American Academy of Pediatrics, proporciona aos especialistas clínicos diretrizes e recomendações para dar suporte ao tratamento preventivo da qualidade em todas as etapas da infância.^{53,56} Programas de subsídio habitacional para famílias de baixa renda, que fornecem vales-aluguel a serem utilizados no mercado imobiliário privado, permitem mais opções para as famílias quanto ao local onde querem morar, o que resulta em aumento de segurança na vizinhança e redução da exposição à violência.³⁶

Conclusão

Uma extensa produção de pesquisas demonstrou os efeitos deletérios da pobreza familiar sobre múltiplos aspectos do desenvolvimento psicossocial da criança. Mas embora tenham sido identificados muitos caminhos e fatores interferentes associados à influência da pobreza sobre o desenvolvimento infantil, ainda há muito a descobrir. Além disso, a literatura evidencia os benefícios comprovados ou prováveis de políticas públicas e práticas clínicas para o desenvolvimento psicossocial de crianças que crescem em situação de pobreza.

Implicações para políticas e serviços

As intervenções que se mostraram eficazes para crianças em situação de pobreza incluem:

- a. O *Head Start* (EUA) e programas de intervenção precoce para bebês que nasceram prematuramente e para pré-escolares fisicamente saudáveis de famílias de baixa renda. Políticas que aumentem a participação nesses programas e a qualidade de seus serviços tendem a produzir efeitos benéficos sobre o desenvolvimento infantil.
- b. Demonstrou-se que programas de suplementação alimentar como o WIC – *Women, Infants and Children's Program*, EUA (Programa para mulheres, bebês e crianças) reduzem a incidência de baixo peso ao nascer e de deficiência de ferro, e que programas de nutrição escolar, como o programa de jejum na escola, melhoram os escores em testes padronizados de realização acadêmica.
- c. Demonstrou-se também que visitas domiciliares de enfermeiras resultam em melhorias em diversas medidas de qualidade dos ambientes domésticos.
- d. Programas de subsídio habitacional resultam em aumento de segurança na vizinhança e reduzem a exposição à violência.
- e. Políticas que diminuem a exposição da criança à poeira das casas contaminadas por chumbo promovem o desenvolvimento saudável.

Embora não tenhamos encontrado estudos que corroborem a eficácia dos serviços e programas, listados a seguir, na melhoria do funcionamento psicossocial das crianças, sustentamos que são propensos a ter diversos efeitos positivos sobre o desenvolvimento infantil:

- a. Políticas habitacionais que reduzam os deslocamentos frequentes das famílias ou a falta de abrigo para crianças beneficiam as crianças física e psicologicamente. Políticas que reduzam a exposição de crianças a moradias contaminadas por poeira de chumbo promovem um desenvolvimento saudável.

- b. Serviços para o abandono do tabagismo por mulheres grávidas e pais, impostos mais altos sobre cigarros e proibição do fumo em áreas públicas reduzem a exposição pré-natal e a exposição passiva de crianças à fumaça de cigarro, que parece ser um neurotóxico poderoso.
- c. A melhoria do acesso a cuidados de saúde de boa qualidade tende a ter efeitos positivos significativos no desenvolvimento geral de crianças de baixa renda.
- d. Uma melhor integração entre os serviços de saúde e outros serviços orientados para a criança e a família garante a continuidade dos cuidados.⁴⁹ Frequentemente, o único setor de serviços de atendimento às pessoas que interage regularmente com pais de baixa renda e com seus filhos nos primeiros anos de vida é o sistema de cuidados primários de saúde. O desenvolvimento de melhores abordagens clínicas e de sistemas de saúde que resultem em identificação, triagem, encaminhamento e tratamento precoces de problemas crônicos de saúde física, de nutrição e de desenvolvimento tende a promover o desenvolvimento das crianças.
- e. Serviços voltados para a identificação e o tratamento da depressão parental e de outros problemas de saúde mental tendem a promover a saúde mental tanto dos pais como das mães e de seus filhos.

Referências

1. Baydar N, Brooks-Gunn J, Furstenberg FF Jr. Early warning signs of functional illiteracy: predictors in childhood and adolescence. *Child Development* 1993;64(3):815-829.
2. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future of Children* 1997;7(2):55-71.
3. Byrd RS, Weitzman ML. Predictors of early grade retention among children in the United States. *Pediatrics* 1994;93(3):481-487.
4. Children's Defense Fund (US). *Wasting American's future: the Children's Defense Fund report on the costs of child poverty*. Boston, MA: Beacon Press; 1994.
5. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn and the Canadian Paediatric Society Fetus and Newborn Committee. Postnatal corticosteroids to treat or prevent chronic lung disease in preterm infants. *Pediatrics* 2002;109(2):330-338.
6. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, eds. *Consequences of growing up poor*. New York, NY: Russell Sage Foundation; 1997.
7. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, Klebanov PK. Economic deprivation and early childhood development. *Child Development* 1994;65(2):296-318.
8. Goldberg D, Failure of birth data to predict early school difficulties among inner-city first graders. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1995;72(1):153-154.
9. Gortmaker SL, Walker DK, Weitzman M, Sobol AM. Chronic conditions, socioeconomic risks, and behavioral problems in children and adolescents. *Pediatrics* 1990;85(3):267-276.
10. Gross D, Conrad B, Fogg L, Willis L, Garvey C. A longitudinal study of maternal depression and preschool children's mental health. *Nursing Research* 1995;44(2):96-101.
11. Hack M, Breslau N, Aram D, Weissman B, Klein N, Borawski-Clark E. The effect of very low birth weight and social risk on neurocognitive abilities at school age. *J Dev Behav Pediatr* 1992;13(6):412-420.
12. Halterman JS, Kaczorowski JM, Aligne CA, Auinger P, Szilagyi PG. Iron deficiency and cognitive achievement among school-aged children and adolescents in the United States. *Pediatrics* 2001;107(6):1381-1386.
13. Hertzman C. Population health and child development: a view from Canada. In: Income, socioeconomic status, and health: exploring the relationships. Auerbach JA, Krimgold BK, eds. Washington, D.C.: National Policy Association: Academy for Health Services Research and Health Policy; 2001:44-55.

14. Hollomon HA, Scott KG. Influence of birth weight on educational outcomes at age 9: the Miami site of the Infant Health and Development Program. *J Dev Behav Pediatr* 1998;19(6):404-410.
15. Klerman L. Alive and well: a research and policy review of health programs for poor young children? New York, NY: National Center for Children in Poverty, Columbia University School of Public Health; 1991.
16. Korenman S, Miller JE, Sjaastad JE. Long-term poverty and child development in the United States: results from the NLSY. *Children & Youth Services Review* 1995; 17(1-2):127-155.
17. Leventhal T, Brooks-Gunn J. The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychol Bull* 2000;126(2):309-337.
18. Smith JR, Brooks-Gunn J, Klebanov PK. Consequences of living in poverty for young children's cognitive and verbal ability and early school achievement. In: Consequences of growing poor. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, eds. New York, NY: Russell Sage Foundation; 1997:132-189.
19. Weitzman M, Byrd RS, Auinger P. Children in big cities in the United States: health and related needs and services. *Ambulatory Child Health* 1996;260(4):106-111.
20. Weitzman M, Gortmaker D, Sobol A. Racial, social, and environmental risks for childhood asthma. *Am J Dis Child* 1990;44(11):1189-1194.
21. Weitzman M, et al. Maternal smoking and childhood asthma. *Pediatrics* 1990;85(4):505-511.
22. Grantham-McGregor S. A review of studies of the effect of severe malnutrition on mental development. *Journal of Nutrition* 1995;125(suppl 8):2233S-2238S.
23. Pyhala R, et al. Neurocognitive abilities in young adults with very low birth weight. *Neurology* 2011;77(23):2052-60.
24. Burke MP, et al., Severity of Household Food Insecurity Is Positively Associated with Mental Disorders among Children and Adolescents in the United States. *J Nutr*, 2016. 146(10): p. 2019-2026.
25. Chemtob CM, Gudino OG, Laraque D. Maternal posttraumatic stress disorder and depression in pediatric primary care: association with child maltreatment and frequency of child exposure to traumatic events. *JAMA Pediatr* 2013;167(11):1011-1018.
26. Dunn MG, et al. Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clinical Psychology Review*, 2002;22(7):1063-1090.
27. Meyers AF, Karp RJ, Kral JG. Poverty, food insecurity, and obesity in children. *Pediatrics*, 2006;118(5):2265-2266.
28. Whitaker RC, Phillips SM, Orzol SM. Food insecurity and the risks of depression and anxiety in mothers and behavior problems in their preschool-aged children. *Pediatrics* 2006;118(3):e859-e868.
29. Wilbur MB, et al. Socioemotional effects of fathers' incarceration on low-income, urban, school-aged children. *Pediatrics* 2007;120(3):e678-e685.
30. Pan L, et al. Incidence of obesity among young U.S. children living in low-income families, 2008-2011. *Pediatrics*, 2013;132(6):1006-1013.
31. Tichovolsky, M.H., et al., A Longitudinal Study of Fathers' and Young Children's Depressive Symptoms. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2016: p. 1-15.
32. Weitzman M, Rosenthal DG, Liu YH. Paternal depressive symptoms and child behavioral or emotional problems in the United States. *Pediatrics* 2011;128(6):1126-1134.

33. Anderson LM, et al. Community interventions to promote healthy social environments: early childhood development and family housing. A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR Recomm Rep.* 2002;51(Rr-1):1-8.
34. Barnett WS, Escobar CM. Research on the cost effectiveness of early educational intervention: implications for research and policy. *Am J Community Psychol*, 1989;17(6):677-704.
35. Berlin LJ, et al. The effectiveness of early intervention: examining risk factors and pathways to enhanced development. *Prev Med* 1998;27(2): 238-245.
36. Brooks-Gunn J, et al. Early intervention in low-birth-weight premature infants. Results through age 5 years from the Infant Health and Development Program. *Jama*, 1994;272(16):1257-1262.
37. Currie J, Early childhood education programs. *Journal of Economic Perspectives* 2001;15(2):213-238.
38. Devaney BL, Ellwood MR, Love JM. Programs that mitigate the effects of poverty on children. *Future Child* 1997;7(2):88-112.
39. Karoly LA, et al. Investing in our children: what we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions. Santa Monica, CA: Rand; 1998.
40. Kotelchuck M, et al. WIC participation and pregnancy outcomes: Massachusetts Statewide Evaluation Project. *Am J Public Health*, 1984;74(10):1086-1092.
41. Lee VE, et al. Are Head Start effects sustained? A longitudinal follow-up comparison of disadvantaged children attending Head Start, no preschool, and other preschool programs. *Child Dev* 1990;61(2):495-507.
42. McLellan F. Countering poverty's hindrance of neurodevelopment. *Lancet* 2002;359(9302):236.
43. Meyers AF, et al. School Breakfast Program and school performance. *Am J Dis Child*, 1989;143(10):1234-1239.
44. National Research Council Division of Behavioral Social, S.E. *Early Childhood Development and Learning: New Knowledge for Policy*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
45. Rush D, et al. The National WIC Evaluation: evaluation of the Special Supplemental Food Program for Women, Infants, and Children. VII. Study of food expenditures. *Am J Clin Nutr* 1988;48(2 Suppl):512-519.
46. Schweinhart LJ, Barnes HV, Weikart DP. *Significant benefits: The High/Scope Perry Preschool Study through age 27. Vol. 10*. Ypsilanti, MI: The High/Scope Press, Educational Research Foundation; 1993.
47. Shonkoff JP, Phillips DA. From neurons to neighborhoods: the science of early child development. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.
48. Shumacher R, Greenberg M, Lombardi J. State initiatives to promote early learning: next steps in coordinating subsidized child care, Head Start, and state prekindergarten. Policy Brief. Center for Laws and Social Policy; 2001.
49. Vazquez-Seoane P, Windom R, Pearson HA. Disappearance of iron-deficiency anemia in a high-risk infant population given supplemental iron. *N Engl J Med* 1985;313(19):1239-1240.
50. Weitzman M, et al. The effects of tobacco exposure on children's behavioral and cognitive functioning: implications for clinical and public health policy and future research. *Neurotoxicol Teratol* 2002;24(3):397-406.
51. McCormick MC, et al. Early intervention in low birth weight premature infants: results at 18 years of age for the Infant Health and Development Program. *Pediatrics*, 2006. 117(3):771-780.

52. Olds DL, et al. Effect of home visiting by nurses on maternal and child mortality: results of a 2-decade follow-up of a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2014;168(9):800-806.
53. 2015 Recommendations for Preventive Pediatric Health Care Committee on Practice and Ambulatory Medicine and Bright Futures Periodicity Schedule Workgroup. *Pediatrics*, 2015.
54. AAP Council on Environmental Health. Prevention of Childhood Lead Toxicity. *Pediatrics* 2016;138(1):e20161493.
55. Centers for Disease Control and Prevention, Lead Poisoning in Young Children. Atlanta, GA.: CDC; 2005.
56. Duncan P. *Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. Vol. 3*. American Academy of Pediatrics: Elk Grove Village, IL; 2007.
57. Halterman JS, et al. Screening for environmental tobacco smoke exposure among inner-city children with asthma. *Pediatrics* 2008;122(6):1277-1283.
58. Kessler RC, et al. Associations of housing mobility interventions for children in high-poverty neighborhoods with subsequent mental disorders during adolescence. *JAMA* 2014;311(9):937-948.