

Bem-estar da criança e do adolescente: um construto multidimensional

Well-being of children and adolescents: a multidimensional construct

Adriana Lúcia Meireles¹, César Coelho Xavier², Marcela Guimarães Cortes³,
Zeina Soares Moulin⁴, Fernando Augusto Proietti⁵, Waleska Teixeira Caiaffa⁶

DOI: 10.5935/2238-3182.20130023

RESUMO

Objetivos: fazer revisão da literatura sobre o bem-estar das crianças e adolescentes numa perspectiva multidimensional. **Métodos:** realizou-se revisão narrativa, em que foram selecionados artigos a partir da base de dados da *PubMed*, publicações de instituições nacionais e internacionais, dissertações e teses. **Resultados:** a produção de artigos sobre o bem-estar das crianças e adolescentes pode ser considerada ainda não expressiva comparativamente aos demais temas da produção científica que envolve indivíduos com essa faixa etária, ressaltando a importância de enfoque direcionado a esse tema. Fica evidenciado que o termo bem-estar tem sido comumente utilizado e inconsistentemente definido e que um único domínio é incapaz de abarcar toda a complexidade que o conceito envolve, como atestado pela extensa lista de estudos e relatórios que monitoram o bem-estar em todo o mundo. Observou-se também, pela análise de dados do Estudo Saúde em Beagá, que existem importantes diferenciais intraurbanos nos domínios do bem-estar dos adolescentes que vivem em grande centro urbano no Brasil. Dessa maneira, reforça-se a importância de se estudar o bem-estar numa perspectiva multidimensional, sob a ótica de indicador potencial de iniquidades sociais. **Conclusão:** observou-se que o bem-estar é influenciado não apenas por atributos individuais, mas também por fatores contextuais como características da família, vizinhança e país. **Palavras-chave:** Bem-estar da Criança; Saúde da População Urbana; Defesa da Criança e do Adolescente.

ABSTRACT

Objectives: To review the literature on the well-being of children and adolescents from a multidimensional perspective. **Methods:** A narrative review was conducted and articles from the *PubMed* database, from publications of national and international institutions, dissertations and theses were selected. **Results:** The production of articles on the well-being of children and adolescents still cannot be considered significant when compared to other themes in the scientific production involving individuals in this age group. These findings highlight the importance of a targeted approach to this issue. It is clear that the term well-being, despite being commonly used, is inconsistently defined. A single domain is unable to encompass all the complexity involved in this concept, as attested by the extensive list of studies and reports monitoring well-being throughout the world. Analysis based on data from the Health Beagá Study reveals the existence of important intra-urban differences in the various domains of well-being of adolescents living in Belo Horizonte, a large urban center in Brazil, reinforcing the importance of studying well-being from a multidimensional perspective, one that can visualize it as a potential indicator of social inequities. **Conclusion:** We found that well-being is influenced not only by individual attributes but also by contextual factors such as family, neighborhood, and country characteristics.

Key words: Child Welfare; Urban Health; Child Advocacy.

Recebido em: 25/07/2012
Aprovado em: 06/11/2012

Instituição:
Departamento de Medicina Preventiva e
Social da Faculdade de Medicina UFMG.
Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor correspondente:
Adriana Lúcia Meireles
E-mail: dri_meireles@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O tema bem-estar está em pauta na agenda internacional desde o início de 2010 como pode ser observado no editorial do mês de janeiro daquele ano da Science^{1,2} e o relatório da UNICEF de fevereiro de 2012 intitulado “*Launch of State of the World’s Children 2012 – Children in an Urban World*”³. Assim como os adultos, estima-se que a maioria das crianças e adolescentes concentrar-se-á em ambientes urbanos, portanto, expostos às iniquidades intraurbanas e às suas consequências sobre os desfechos em saúde e sobre seu bem-estar, refletindo naturalmente nos indicadores de saúde da população infanto-juvenil.

O entendimento do bem-estar amplia-se a partir do nível individual, passando a ocupar-se das diversas formas de influência do ambiente, seja familiar, escolar, das relações com os pares e, sobretudo, do local onde vivem a criança e o adolescente. Ao mesmo tempo descortina-se novo cenário para além da saúde ou ausência de doenças, reposicionando todos para novo campo específico de pesquisa, em que há de se considerar a saúde intrinsecamente relacionada ao bem-estar das crianças e adolescentes, principalmente para aqueles vivendo em ambientes urbanos.⁴ Esses ambientes, caracterizados como “cidades contemporâneas”, são estruturas complexas com relevantes implicações em saúde, principalmente relativas às mudanças do estilo de vida de crianças e adolescentes. Entre essas, destacam-se a redução da prática de atividade física, aumento do consumo de alimentos industrializados, diminuição do consumo de hortaliças, exposição excessiva a televisão, jogos eletrônicos, computadores, acesso facilitado às drogas, o incentivo ao consumismo, entre outros.^{5,6}

A mensuração do bem-estar apresenta dificuldades, dadas a falta de definição e consenso sobre instrumentos de sua pesquisa, sendo sua operacionalização complexa, a despeito da existência de alguns instrumentos que medem quantitativa ou qualitativamente apenas algumas áreas do bem-estar. Um exemplo é o estudo⁷ desenvolvido em Pelotas (RGS), onde se procurou medir o bem-estar entre os adolescentes por meio da Escala de Faces.⁸ No entanto, como expresso pelos próprios autores, a escala utilizada retrata o bem-estar subjetivo dos adolescentes^{4,5}, que é considerado um dos domínios do bem-estar no modelo proposto pela UNICEF e por outros pesquisadores.⁹⁻¹¹

Frente ao exposto, o bem-estar na perspectiva dos adolescentes tem sido estudado de forma ainda

incipiente na literatura, apesar de sua importância e contemporaneidade. Este artigo traz breve revisão dos direitos das crianças e adolescentes e, em seguida, faz-se incursão na discussão do bem-estar desse grupo etário vivendo em centros urbanos. Apresenta também possibilidades para se estudar o bem-estar numa perspectiva multidimensional, utilizando os domínios do bem-estar segundo o referencial teórico da UNICEF (Figura 1), sob a ótica de um potencial indicador de iniquidades sociais.¹²

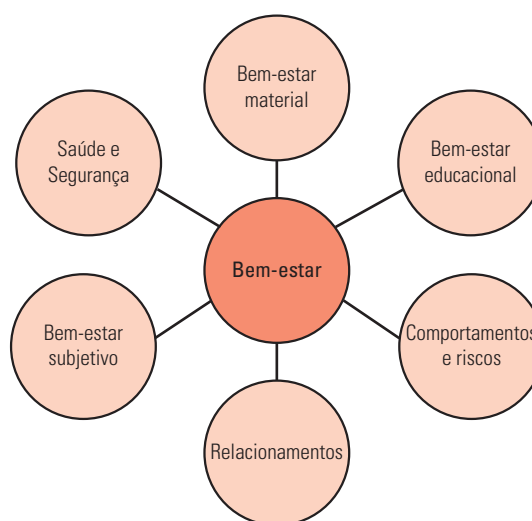


Figura 1 - Domínios do modelo teórico do bem-estar de crianças proposto pela UNICEF, 2007.

MÉTODOS

Inicialmente realizou-se revisão narrativa sobre o tema bem-estar das crianças e adolescentes, em que foram selecionados artigos a partir da base de dados da PubMed, publicações de instituições nacionais e internacionais, dissertações e teses. Artigos-chave foram selecionados mediante citações em outros artigos.

No PubMed, para a análise das publicações que tratam do tema bem-estar, foi realizada pesquisa pelo termo “*well being*” no título, excluindo trabalhos que apresentassem no título e resumo termos referentes a doenças e tratamentos (“*disease*”, “*disorder*”, “*treatment*”, “*surgery*” e “*therapy*”), independentemente do conceito utilizado. Em primeira etapa, a pesquisa abrangeu estudos em todas as faixas etárias para, em seguida, restringir-se aos sujeitos de zero a 18 anos. Para calcular as taxas, foi utilizado como denominador o total de publicações envolvendo indivíduos de zero a 18 anos indexadas no PubMed em cada década.

Foi realizada breve revisão dos direitos das crianças e adolescentes, seguida de incursão na discussão do bem-estar desse grupo etário, vivendo em centros urbanos e, por fim, apresentadas as possibilidades do estudo do seu bem-estar, em perspectiva multidimensional. Para tanto, utilizou-se o conjunto de domínios componentes do referencial teórico do bem-estar proposto pela UNICEF (Figura 1), sob a ótica de um potencial indicador de iniquidades sociais¹², principalmente em ambientes urbanos. Finalmente, foram apresentados resultados descritivos de um inquérito urbano domiciliar, idealizado sob a ótica do conceito multidimensional do bem-estar proposto pela UNICEF.

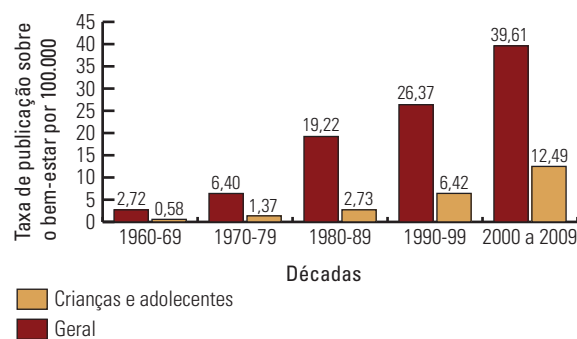


Figura 2 - Produção científica sobre bem-estar na população em geral e em crianças, disponível no banco de dados PubMed entre 1960 e 2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aspectos quantitativos da revisão da literatura

As primeiras publicações que tratam de bem-estar para a população geral e entre menores de 18 anos de idade datam da década de 1960 e a sua evolução entre 1970, 1980, 1990 e de 2000 a 2009 foram de 14 e três, 89 e 19, 401 e 57, 760 e 185, 1675 e 528 artigos, correspondendo à taxa no início e no fim dessas séries de 2,72 e 0,58, 39,61 e 12,49% por 100.000 publicações indexadas, respectivamente (Figura 2).

A produção de artigos sobre o bem-estar pode ser considerada ainda não expressiva comparativamente aos demais temas da produção científica que envolvem crianças e adolescentes, ressaltando a importância de enfoque direcionado para este tema. Apesar dos limites da pesquisa, ainda foram encontrados artigos com enfoque em doenças e que se referiam a alguma dimensão específica do bem-estar, não o considerando de forma global.

Na Tabela 1 são apresentados os resultados da pesquisa bibliográfica em que são apresentados alguns indicadores criados para monitorar o bem-estar das crianças e dos adolescentes em diferentes países.

Tabela 1 - Estudos internacionais que avaliam o bem-estar das crianças segundo autor, local e ano do estudo, domínios e faixa etária

1	Autores	Local	Ano	Nome do estudo	Material	Educação	Comportamento	Saúde	Subjetivo	Segurança	Participação civil	Outros	Faixa etária
1	Ben Arieh <i>et al.</i>	Países desenvolvidos	2001	Monitoring and Measuring Children's Well-Being	x					x	x	Atividades de criança; competências para a vida pessoal	0-18 anos
2	Land <i>et al.</i>	USA	2001	Child and youth well-being in the United States, 1975-1998	x	x	x	x	x	x		Lugar na comunidade	0-17 anos
3	Bradshaw <i>et al.</i>	União Europeia	2007	An index of child well-being in the European Union	x	x	x	x	x	x	x	Moradia e relacionamentos	0-17 anos
4	UNICEF	Países desenvolvidos	2007	Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries	x	x	x	x	x	x		Relacionamentos	0-17 anos
5	Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics	América	2009	America's Children: Key National Indicators of Well-Being	x	X	x	x		x		Ambiente físico e vizinhança	0-17 anos

A criança como cidadã

A singularidade do direito reservado à infância nem sempre existiu. O sentimento de infância é fenômeno histórico e somente passou a existir com a criação de um mundo das crianças distinto do mundo dos adultos.¹³ É preciso entender a construção social da infância e da adolescência para se reconhecer a importância de se estudar o bem-estar desse grupo etário.

Até o século XVIII não havia termos para diferenciar a infância, a adolescência e a juventude. Em francês, a palavra “*enfant*” representava crianças ou rapazes. O critério de dependência econômica era reconhecido para caracterizar a infância, em detrimento ao critério biológico: considerava-se adulto quem não dependesse dos pais.¹³

No Brasil e no mundo, foi no século XX que a criança começou a ser entendida como sujeito de direitos e a ter atenção à saúde voltada para seu desenvolvimento físico e mental.^{14,15} As primeiras leis de proteção à infância foram promulgadas em 1923 por uma organização não governamental, a *International Union for Children Welfare*, que estabeleceu os princípios dos direitos da criança. O documento elaborado foi incorporado na primeira Declaração dos Direitos da Criança de 1924, em Genebra, pela Liga das Nações.^{16,17}

Em 1946, a Organização das Nações Unidas criou o Fundo das Nações Unidas para a Infância, o UNICEF, com o objetivo de socorrer as crianças vítimas da Segunda Guerra Mundial. Em 1953 tornou-se um órgão permanente das Nações Unidas e atualmente é considerado uma das principais instituições na luta pela defesa e garantia dos direitos das crianças e adolescentes.^{16,18}

Em 20 de novembro de 1959, foi aprovada e proclamada, na Assembleia Geral das Nações Unidas, a Declaração Universal dos Direitos da Criança, que define criança como todo ser humano com menos de 18 anos de idade – a não ser que, em conformidade com a lei aplicável, a maioria seja alcançada antes – e a considera prioridade absoluta e sujeito de direito. A Declaração destaca a importância desse grupo de indivíduos crescer em ambiente familiar feliz e carinhoso, tendo direito à segurança social, à proteção contra a violência e exploração, ao máximo possível de cuidados de saúde, a serviços sociais e a acesso equitativo a oportunidades educativas.¹⁹

Especificamente no Brasil, a Constituição Federal de 1988²⁰, conhecida como a Constituição Cidadã, defende os direitos da criança e, no seu art. 227, afirma: “É dever da família, da sociedade e do Estado

assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Além do UNICEF e da Constituição de 1988, outro marco para os direitos da criança e do adolescente no país foi a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, que assegura à criança todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. O ECA distingue criança de adolescente e define como criança a pessoa até 12 anos incompletos; e adolescente, o indivíduo com 12 a 18 anos de idade.²¹

Em 1989, a Convenção sobre os Direitos da Criança foi adotada por unanimidade pela Assembleia Geral das Nações Unidas e até 1996 foi acordada por praticamente todos os países, inclusive o Brasil, por meio do Decreto nº 99.710 de 21 de setembro de 1990. Embora tenha um estatuto universal, a Convenção reconhece que os direitos econômicos, sociais e culturais da criança deverão ser realizados progressivamente, tendo em conta o contexto específico de cada país. Os direitos de “*um nível de vida adequado*” (artigo 27º) ou a “*gozar do melhor estado de saúde possível*” (artigo 24º), por exemplo, exigem definições nacionais e dependem dos recursos e compromissos da sociedade em que a criança vive. A Convenção adota a definição de criança da Declaração Universal dos Direitos da Criança.²²

Em função da existência de leis e órgãos que defendem e garantem os direitos infantis, torna-se necessário conhecer a realidade das crianças e adolescentes brasileiros, principalmente aqueles que vivem em grandes centros urbanos.

Bem-estar das crianças e dos adolescentes: uma visão abrangente e multidimensional

As raízes do termo bem-estar remontam ao século XVIII e nasceram da necessidade da sociedade em promover uma vida adequada, tendo como valores centrais o desenvolvimento pessoal e a felicidade. No século XX, o bem-estar associou-se aos estudos da economia, a partir do termo *welfare*, caracterizado como rendimento econômico.²³ O trabalho de Wilson²⁴, em 1967, marcou o nascimento do uso

do termo bem-estar para expressar os conceitos de satisfação com a vida e de felicidade como componentes do bem-estar subjetivo. As mudanças conceituais ocorreram por meio de estudos empíricos e do desenvolvimento de diversas formas de mensuração ainda centrado em indivíduos adultos.

No campo da Pediatria, a abordagem que se propõe do bem-estar mimetiza a ótica da puericultura definida como a ciência que assegura o desenvolvimento físico e mental da criança da gestação à puberdade, estendendo-se até o final da adolescência, como recomenda a Sociedade Brasileira de Pediatria⁴. Portanto, a puericultura enfatiza que a atenção integral à saúde da criança e do adolescente baseia-se em domínios biológicos, psicológicos e sociais, coincidindo com a definição de bem-estar multidimensional.²⁵ Com isso, pode-se traçar paralelo entre a história da puericultura e os recentes conceitos introduzidos na literatura do bem-estar, quer como avanço das políticas públicas voltadas para esse grupo etário, quer como avanço científico como atesta a relativa produção dos relatórios institucionais apresentados a seguir, entre eles a UNICEF, a principal agência focada nos direitos da criança e do adolescente.^{3,9,12,26}

Em revisão sistemática da literatura realizada por Pollard e Lee²⁵, pôde-se perceber que o termo bem-estar é comumente utilizado, mas inconsistentemente definido, sendo estudado por várias disciplinas/ciências em diferentes grupos de idade, culturas e países.

Segundo Van der Gaag and Dukerlberg¹⁰, o bem-estar das crianças e adolescentes é termo abrangente que engloba todos os aspectos da vida, isto é, o bem-estar físico, mental, social, emocional e econômico, conformando-se como construto multidimensional e complexo. Esse termo tem sido utilizado principalmente em estudos de criação de índices para avaliar o estado de saúde da população menor de 18 anos de idade. Atualmente, instituições governamentais e não governamentais de países como Austrália, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos coletam informações para a construção de índices de bem-estar e os publicam periodicamente em relatórios com o objetivo de monitorar o perfil e a condição de vida das crianças e dos adolescentes. Porém, a maioria dos relatórios ainda é fragmentada e poucos países produzem um relatório global abrangente, em função da complexidade e da estrutura institucional exigida. Além disso, o foco e conteúdo desses documentos variam muito; alguns são centrados em apenas um domínio ou em

um grupo específico, como crianças em situação de risco ou discriminadas.

Os indicadores mais usados nesses relatórios representam três dimensões tradicionais, sendo eles: taxas de mortalidade infantil, representando a dimensão saúde; proporção de matrículas na educação básica, representando a dimensão educação; e produto interno bruto (PIB), representando a dimensão econômica. No entanto, assim como as dimensões, os indicadores podem variar dependendo do escopo da avaliação (por exemplo, nível nacional ou local) e do contexto específico (ex. regiões mais ou menos desenvolvidas).¹⁰ Essas tentativas de se medir o bem-estar de indivíduos menores de 18 anos incorporam não apenas indicadores macroeconômicos, mas também os que se relacionam com o ambiente imediato da criança e do adolescente como características da estrutura familiar e da vizinhança. Por exemplo, o *America's Children Report 2009* refere-se às dimensões que envolvem o ambiente social e a família.²⁷

Historicamente, muitas nações acreditavam estar medindo o bem-estar dos seus moradores por meio de medidas como o crescimento do PIB. Entretanto, atualmente essa prática tem sido questionada e, conseqüentemente, surgiu uma série de abordagens que utilizam indicadores sociais, índices de qualidade de vida e índices de desenvolvimento humano. Há diferentes opiniões sobre a seleção desses indicadores para medir o bem-estar humano.²⁸ Recentemente, o Presidente da França, Nicolas Sarkozy, apresentou o relatório produzido por uma comissão de pesquisadores que discutiram indicadores que melhor retratam o bem-estar da população do seu país, acreditando que apenas o PIB não é suficiente para mensurar esse construto, enfatizando a importância de se utilizarem medidas abrangentes e multidimensionais.^{29,30}

O índice mais frequentemente utilizado para medir a qualidade de vida das nações é o índice de qualidade de vida física (*Physical Quality of Life Index – PQLI*) criado por Morris, em 1979, composto de três variáveis: taxa de mortalidade infantil, taxa de alfabetização de adultos e a esperança de vida ao nascer. Outra medida que reconhece a importância dos indicadores de saúde e educação é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), apresentado 13 anos após a elaboração do PQLI no Relatório de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas, em 1990. Esse relatório propõe como base do IDH três indicadores: esperança de vida ao nascer, alfabetização e PIB *per capita*.¹⁷

Uma medida bem mais completa e direcionada para os indivíduos menores de 18 anos de idade é o Índice de Bem-Estar da Criança (“*Children Well-Being Index*” – CWBI) desenvolvido por Land *et al.*³¹, em 2003, cujo objetivo é medir tendências ao longo do tempo das condições de vida de crianças e adolescentes nos Estados Unidos desde 1990. São 28 indicadores sociais distribuídos em sete domínios: bem-estar material; saúde; segurança/preocupações comportamentais; atividade produtiva (que mede o nível educacional); local na comunidade (que mede a participação em instituição de ensino ou de trabalho); relações sociais; e bem-estar emocional. Esses relatórios consideram crianças todos os indivíduos menores de 18 anos de idade.

Domínios e indicadores do bem-estar

Não é possível um único domínio abarcar toda a complexidade que o conceito de bem-estar envolve, atestado pela extensa lista de estudos e relatórios que o monitoram em todo o mundo.^{9-11,27,28,31-34} Em função da finalidade dos relatórios e artigos, determinadas dimensões e indicadores são priorizados ou enfatizados em detrimento de outros. Decorrem, muitas vezes, das diferentes condições de desenvolvimento humano, do contexto e do país em que o estudo se insere. As nações em desenvolvimento ainda precisam avaliar a sobrevivência da criança e do adolescente, inclusive no contexto da miséria; enquanto as desenvolvidas precisam abordar questões mais amplas, que ultrapassam a sobrevivência.¹⁰

Vários estudos recentes, em muitos países europeus e norte-americanos, têm usado indicadores do bem-estar como importante instrumento para medir e monitorar esse construto, caracterizados por cinco domínios do bem-estar, sugerindo uma lista de 50 indicadores que abrangem quase todas as áreas que afetam diretamente as crianças e os adolescentes.¹¹ As definições e estudos de bem-estar infantil, portanto, passaram por evolução e grandes mudanças ocorreram, em nível internacional, na mensuração desse construto; como: primeiro, há tendência à substituição dos indicadores que medem sobrevivência por outros que realmente buscam medidas de bem-estar – com isso, medidas como taxa de imunização infantil e escolarização, embora importantes, tornaram-se insuficientes para medir a qualidade de vida das crianças e dos adolescentes no mundo atual –;

segundo, indicadores positivos complementam os indicadores tradicionais centrados nas deficiências ou insuficiências; terceiro, estudos recentes enfatizam a preocupação com a condição do indivíduo menor de 18 anos no presente e não mais, com a preparação da criança para a vida adulta produtiva e feliz; quarto, é preciso medir novos domínios, como o lazer e a influência do contexto. Assim, os indicadores utilizados para avaliar tais dimensões evoluíram e a unidade de análise passou a ser a criança. Van der Gaag e Dukerlberg¹⁰, em 2004, citam como exemplo:

A taxa de desemprego é uma medida padrão da fragilidade de um país em relação ao mercado de trabalho. Mas, um indicador de maior relevância para o bem-estar infantil é a proporção de crianças que vivem em agregados familiares onde nenhum adulto trabalha.¹⁰

Os indicadores tendem a ser cada vez mais sensíveis às fases de desenvolvimento da criança e mais específicos em relação à idade, aliando a compreensão de que aqueles que podem ser relevantes em uma idade podem não ser apropriados para outra, refletindo as necessidades, desafios e realizações de cada fase de desenvolvimento.¹¹ Toda essa tendência exige que estudos incluam indicadores que representem fases distintas como adolescência, período escolar e pré-escolar.

Bem-estar da criança na perspectiva do UNICEF

O UNICEF apresenta uma longa tradição no monitoramento do bem-estar da criança e do adolescente em todo o mundo. O conhecido relatório “*The State of the World's Children*” utiliza dados de pesquisas de várias regiões do mundo e os compila em um documento anual, revisando indicadores básicos de sobrevivência e desenvolvimento desse grupo etário. Esse relatório classifica os países com base na redução das taxas de mortalidade em crianças menores de cinco anos. Além dessa taxa, o documento apresenta vários indicadores econômicos e sociais, como despesa pública em saúde e educação e prevalência de HIV em indivíduos de 15 a 24 anos, entre outros. Porém, nem todos os indicadores utilizados no relatório são centrados na criança e no adolescente em função do uso de dados secundários.²⁶

Em 2007, o UNICEF publicou um relatório intitulado *“Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries”*, que apresenta visão global do bem-estar das crianças nas economias mais avançadas do mundo, a partir de estudo ecológico, constituindo a primeira avaliação abrangente sobre o tema.⁹ O documento, produzido pelo Centro de Pesquisa Innocenti em Florença, baseou-se em inquéritos realizados em 21 países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e avaliou o bem-estar da criança por meio de seis dimensões: bem-estar material; bem-estar educacional; relacionamento com a família e com outros da mesma idade; saúde e segurança; comportamentos e riscos; e bem-estar subjetivo (Figura 1).

O relatório representa significativo avanço em relação às avaliações anteriores, pois aborda o tema bem-estar em perspectiva multidimensional, melhorando a compreensão, monitoramento e eficácia das políticas públicas. O resultado instigante apresentado nesse documento foi que não existe uma relação óbvia entre os níveis de bem-estar das crianças e adolescentes e o PIB *per capita*. A República Checa, por exemplo, atingiu resultado global mais positivo do que diversos países com PIB mais elevado, nomeadamente a França, a Áustria, os EUA e o Reino Unido. Estes dois últimos países tiveram a pior média relacionada ao bem-estar das crianças. Holanda, Suécia e Dinamarca ocupam os três primeiros lugares em todas as seis dimensões do bem-estar infantil avaliadas pelo relatório.⁹

Pickett e Wilkinson¹² fizeram detalhada análise dos dados apresentados pela UNICEF no relatório de 2007 e mostraram que o índice geral de bem-estar e vários dos seus domínios, incluindo a saúde, não estão relacionados à renda média, mas com a iniquidade social (*income inequality*). O relatório mostra um paradoxo, no qual o aumento da riqueza dos países não necessariamente foi acompanhado por melhoria global da saúde e do bem-estar da criança e do adolescente, sugerindo que nos países desenvolvidos as iniquidades sociais influenciam marcadamente o bem-estar e que a vida desses indivíduos precisa ser considerada em sua totalidade, para que se possa conhecer o verdadeiro impacto das desigualdades sociais na saúde.¹²

Outras organizações internacionais e não governamentais, como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) ou a Organização Internacional do Trabalho (OIT), regularmente monitoram a condição das crianças e dos adolescentes. Porém, são limitados pela perspectiva

setorial (educação ou trabalho) ou centrados em faixa etária específica.¹⁰ Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio foram recentemente relacionados diretamente ao bem-estar das crianças e dos adolescentes, em seus domínios educação básica para todos; acabar com a fome e a miséria; igualdade entre sexos; redução da mortalidade infantil; melhora da saúde materna; combate ao HIV/AIDS, malária e outras doenças.

Bem-estar das crianças em um grande centro urbano

Em 2010, a população urbana brasileira atingiu 160 milhões de pessoas, ultrapassando dois terços da população total, o que torna o Brasil um país eminentemente urbano, seguindo a tendência mundial de urbanização. Em 1991, 75,6% da população brasileira moravam em zonas urbanas, elevando-se para 84,4% em 2010. Ainda é importante destacar que aproximadamente 32% da população brasileira são constituídos por indivíduos menores de 18 anos, ou seja, um terço da população são crianças e adolescentes.³⁵

Em decorrência da influência da dinâmica das cidades contemporâneas, surgiu o conceito de saúde urbana, que incorpora o cotidiano dos indivíduos vivendo nas cidades, sob a ótica ampliada de que o estudo individualizado dos fatores determinantes na saúde e suas consequências não podem ignorar as relações de interdependência que existem entre o indivíduo e o meio físico, social e político onde ele vive e se insere.^{36,37}

Em se tratando das crianças e adolescentes, as transformações ocorridas na sociedade contemporânea diminuíram o tempo e o espaço para elas brincarem, uma vez que os quintais praticamente desapareceram, surgindo os *playgrounds* e as garagens dos prédios. A rua, antes também espaço de brincadeira, atualmente é local basicamente de circulação de pessoas e de veículos. Para crianças e adolescentes em “situação de risco social”, as ruas são o seu local de moradia e de trabalho.³⁸ O Ministério do Trabalho e Emprego também reforça a importância do brincar para esse grupo etário, quando afirma que, “*na infância, o brincar desempenha papel muito maior do que proporcionar diversão e prazer, fornecendo a oportunidade para que a criança entenda e assimile os mais diversos modelos e conteúdos das relações afetivas e cognitivas*”.³⁹

A urbanização está associada à mudança no estilo de vida das crianças e adolescentes. As mudanças

nas atividades de lazer com incorporação de novas tecnologias, além do medo da violência urbana, têm ocasionado o aumento do sedentarismo. O tempo que as crianças e adolescentes ficam em frente à TV, *internet* e videogame tem sido utilizado como indicador de sedentarismo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, as crianças e adolescentes não devem permanecer mais que uma ou duas horas em frente à TV e/ou videogame diariamente.⁴⁰ No entanto, na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2009, 79,5% dos escolares assistiam à TV por duas ou mais horas diárias.⁴¹

A alimentação também é afetada pela urbanização, pois adiante da falta de tempo e às inúmeras opções de alimentos, os moradores dos grandes centros urbanos optam por alimentos mais rápidos e menos saudáveis. Enquanto as mudanças no trabalho afetam basicamente os adultos, a tecnologia, os transportes e o lazer afetam também as crianças e os adolescentes, pois o aumento da carga horária escolar, a realização de refeições fora do domicílio e a ausência dos pais nas refeições contribuem para o crescimento da obesidade infantil.⁴²

A urbanização também influencia a ocorrência do trabalho infantil, anteriormente predominante no meio rural. O perfil do trabalho infantil se alterou em centros urbanos, predominando empregos informais, trabalho infantil doméstico, trabalho nas ruas, ou o aliciamento de menores de 18 anos para o roubo e para o tráfico de drogas, no lugar de atividades predominantemente agrícolas e características das áreas rurais.⁴³

Aliado a esses fatores, o modelo materno de criação dos filhos também sofreu mudanças nos últimos anos, independentemente da classe econômica da família. A participação da mulher no mercado de trabalho é mais expressiva em grandes centros urbanos, o que a obriga a dividir seu tempo entre a necessidade de geração de renda e o cuidado com os filhos e a casa.³⁸ Portanto, o crescimento acelerado das cidades trouxe transformações também relevantes ao mundo das crianças, afetando seu estilo de vida e bem-estar.

Estudo Saúde em Beagá

O “Saúde em Beagá” foi um inquérito domiciliar de base populacional realizado em dois distritos sanitários do município de Belo Horizonte (Barreiro e Oeste) pelo Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH) no biênio 2008-2009. Um dos ob-

jetivos foi avaliar o bem-estar dos adolescentes considerando todas as peculiaridades de se viver em um grande centro urbano.

Nesse estudo foram entrevistados 1.042 adolescentes de 11 e 17 anos de idade quanto aos seis domínios do bem-estar propostos pela UNICEF, como pode ser observado na Tabela 2, que apresenta algumas das características avaliadas no Estudo Saúde em Beagá segundo um índice que mede a vulnerabilidade à saúde do setor censitário.⁴⁴ Residir em setor censitário de mais vulnerabilidade à saúde foi associado a: menos itens educacionais e culturais no domicílio; não gostar da escola; baixa frequência de conversa entre pais e adolescentes; menos tempo no videogame ou computador quando comparado aos adolescentes que moram em setor censitário de baixa vulnerabilidade à saúde (Tabela 2). Os dados apresentados revelaram importantes diferenciais intraurbanos nos domínios do bem-estar dos adolescentes. O bem-estar dos adolescentes revelou-se um construto multidimensional caracterizado pelos domínios bem-estar material e educacional, relacionamentos, comportamentos e riscos, saúde e segurança e bem-estar subjetivo.⁴⁵

A existência desses diferenciais intraurbanos no ambiente familiar e social dos adolescentes sugere que aqueles que vivem em áreas mais vulneráveis podem se beneficiar de redes de suporte e atividades comunitárias criadas a partir de políticas públicas voltadas para esse grupo etário.⁴⁶

Perspectivas, oportunidades e desafios

Os estudos sobre o bem-estar das crianças e dos adolescentes apresentam grandes limitações, devido não só à complexidade do construto, bem como da indisponibilidade de dados comparáveis dentro e entre países e nações. Notadamente, a grande heterogeneidade entre definições e domínios utilizados para caracterizar o construto torna complexa a comparação entre estudos, dificultando a construção de um modelo teórico único. Além disso, a maioria dos indicadores representa simples descrições estatísticas das condições das crianças no nível agregado, o que impossibilita estudos mais aprofundados. E, por fim, deve-se considerar que o bem-estar é influenciado não apenas por atributos individuais, mas também por fatores contextuais como características da família, vizinhança e país.¹¹

Tabela 2 - Proporção das características dos adolescentes de 11 a 17 anos (n=1042), de acordo com a vulnerabilidade à saúde, Estudo Saúde em Beagá, 2008-2009

Características	Vulnerabilidade à saúde		
	Baixa	Elevada	Total
BEM-ESTAR MATERIAL			
Itens educacionais e culturais no domicílio*			
Menos de seis itens	29,1	56,5	42,9
Seis ou mais itens	70,9	43,5	57,1
BEM-ESTAR EDUCACIONAL			
Gosta da escola**			
Sim	91,8	86,1	88,9
Não	8,2	13,9	11,1
RELACIONAMENTOS			
Pais conversam com os adolescentes*			
Às vezes ou sempre	89,8	80,1	84,9
Raramente ou nunca	10,2	19,9	15,1
SAÚDE E SEGURANÇA			
Índice de Massa Corporal^b			
Baixo peso	3,5	5,6	4,5
Eutrofia	75,0	73,0	74,5
Sobrepeso/Obesidade	20,5	21,4	21,0
COMPORTAMENTOS E RISCOS			
Tempo jogando videogame ou no computador*			
Não usa videogame	22,2	36,7	29,6
1 hora	24,6	23,2	23,8
2 horas	15,8	13,4	14,6
3 horas ou mais	37,4	26,7	32,0
BEM-ESTAR SUBJETIVO			
Bem-estar psicológico – Escala de Faces^c			
Muito alto	33,5	33,4	33,4
Alto	31,2	27,2	29,2
Baixo	35,4	39,5	37,4

*p < 0,001; **p < 0,05.

* Medida pelo Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS) desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. É um indicador composto baseado nas condições socioeconômicas dos setores censitários e em indicadores da mortalidade precoce.^{44,45}^b Calculado e sua classificação feita de acordo com a Organização Mundial da Saúde.⁴⁷^c Escala de Faces desenvolvida por Andrews em 1976.⁸

Em função de todas as limitações citadas e da ausência de estudos sistematizados sobre o bem-estar da criança e do adolescente no Brasil, torna-se necessário abordar o tema por meio da construção de modelos conceituais, integrando os fatores individuais e contextuais, em que se agreguem as reais condições desses indivíduos, inseridos na família e na sociedade.

Sob a ótica da saúde urbana, o debate aqui proposto apresenta desafios inovadores sobre o bem-estar das crianças e adolescentes e, consequen-

temente, sobre a saúde e a forma de ser percebida, principalmente frente às iniquidades intraurbanas e seus desfechos em saúde. Refletem a necessidade de se construir modelos conceituais mais arrojados, baseados em indicadores contemporâneos, que poderiam contribuir para o entendimento da saúde da população dessa faixa etária. Desse modo, a promoção da saúde e a compreensão do bem-estar da criança e adolescente devem ser consideradas atividades da Pediatria e das demais áreas que se responsabilizam e cuidam das crianças e adolescentes.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi parcialmente financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) e Ministério da Saúde, Brasil.

REFERÊNCIAS

- Layard R. Measuring Subjective Well-Being. How should human happiness and life-satisfaction be assessed? *Science*. 2010; 327(5965):534-5.
- Oswald AJ, Wu S. Objective Confirmation of Subjective Measures of Human Well-Being: Evidence from the U.S.A. *Science*. 2010; 327(5965):576-9.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Launch of State of the World's Children 2012 - Children in an Urban World. UNICEF, New York, Fevereiro 2012. [Citado em 2012 maio 06]. Disponível em: http://www.UNICEF.org/sowc/files/SOWC_2012-Main_Report_EN_21Dec2011.pdf
- Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *J Pediatr (Rio J)*. 2003; 79(Supl.1):S13-S22.
- Caiaffa WT, Ferreira FR, Ferreira AD, Oliveira CL, Camargos VP, Proietti FA. Saúde urbana: "a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora". *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(6):1785-96.
- Silva GAP, Balaban G, Motta MEFA. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005; 5(1):53-9.
- Hallal PC, Dumith SC, Bertoldi AD, Scalco DL, Menezes AMB, Araújo CL. Well-being in adolescents: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(10):1887-94.
- McDowell I, Newell C. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press; 1996.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries - Report Card n° 7. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre. 2007 [Citado em 2011 Sept 09.]. Disponível em: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf
- Van der Gaag J, Dunkelberg E. Measuring Child Well-Being in the Mediterranean Countries: Toward a Comprehensive Child Welfare Index. Roma: MedChild Institute/Fondazione Istituto Mediterraneo per l'Infanzia; 2004.
- Ben-Arieh A, Kaufman NH, Andrews AB, George RM, Lee BJ, Aber LJ. Measuring and Monitoring Children's Well-Being. *Social Indicators Research Series v.7*. Dordrecht (Holanda): Kluwer Academic Publishers; 2001.
- Pickett KE, Wilkinson RG. Child wellbeing and income inequality in rich societies: ecological cross sectional study. *BMJ*. 2007; 335:1080.
- Ariès P. História social da criança e da família. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1981.
- Gomes ILV, Caetano R, Jorge MS. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(1):61-5.
- Bonilha LRCM, Rivorêdo CRSF. Puericultura: duas concepções distintas. *J Pediatr (Rio J)*. 2005; 81(1):7-13.
- Marcílio ML. A lenta construção dos direitos da criança brasileira - Século XX. *Rev USP*. 1998; 37:46-57.
- Souza SAGPA. declaração dos direitos da criança e a convenção sobre os direitos da criança. Direitos humanos a proteger em um mundo em guerra. *Jus Navigandi [periódico on line]*. 2002 [Citado em 2011 out 08]. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2568>
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). About UNICEF: Who we are. Our history 2008 [Citado em 2011 nov 11]. Disponível em http://www.unicef.org/about/who/index_history.html
- Assembleia das Nações Unidas. Declaração dos direitos da criança, de 20 de novembro de 1959 [Citado em 2011 Out 03]. Disponível em: <http://www.culturabrasil.pro.br/zip/direitosdacrianca.pdf>
- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- Brasil. Congresso Nacional. Lei n° 8069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Diário Oficial da União, Brasília, 1990 16 jul. [Citado em 2011 nov 11]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/33/1990/8069.htm>.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto n° 90.710 de 21 de novembro de 1990. Aprova a Convenção sobre os Direitos da Criança. Diário Oficial da União 1990; 22 nov. [Citado em 2011 nov 11]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm
- Galinha I, Ribeiro JLP. História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicol Saúde Doenças*. 2005; 6(2):203-14.
- Wilson W. Correlates of avowed happiness. *Psychol Bull*. 1967; 67:294-306.
- Pollard EL, Lee PD. Child Well-being: a systematic review of the literature. *Soc Indic Res*. 2003; 61(1):59-78.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Situação da Infância Brasileira 2006: O Direito à Sobrevivência e ao Desenvolvimento. [Citado em 08 Maio 2012]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10167.htm
- Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics. America's Children: Key National Indicators of Well-Being, 2009. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2009.
- Bradshaw J, Hoelscher P, Richardson D. Comparing child well-being in OECD countries: concepts and methods - Innocenti Working Paper No. 2006. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre; 2007. [Citado em 2011 Set 08]. Disponível em: <http://www.unicef-irc.org/cgi-bin/unicef/Lunga.sql?ProductID=464>
- Stiglitz JE, Sen A, Fitoussi JP. Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress; 2009 [Citado em 2011 Nov. 27]. Disponível em: www.stiglitzsenfitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf
- França acrescenta a felicidade à conta do PIB. Folha de São Paulo. 2009 Set 15. [Citado em 2011 Nov 27 <http://www.anj.org.br/jornaleeducacao/noticias/franca-acrescenta-felicidade-a-conta-do-pib/>

31. Land KC, Lamb VL, Mustillo SK. Child and youth well-being in the United States, 1975–1998: some findings from a new index. *Soc Indic Res.* 2001; 56(3):241-318.
32. Federal Early Childhood Development Agreement. The Well-Being of Canada's Young Children: Government of Canada Report 2002. [Citado em 2011 Nov 03]. Disponível em: <http://www.socialunion.gc.ca/eecd/2002/reportb-e.pdf>
33. Bradshaw J, Hoelscher P, Richardson D. An index of child well-being in the European Union. *Soc Indic Res.* 2007; 80(1):133-77.
34. Mazumdar K. Measuring the well-beings of the developing countries: achievement and improvement indices. *Soc Indic Res.* 1999; 47:1-60.
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. [Citado em 2012 Jan 20] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1
36. Proietti FA, Caiaffa WT. Editorial Forum de Saúde Urbana: What is urban health? *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(3):940-1.
37. Vlahov D, Galea S. Urban health: a new discipline. *Lancet.* 2003; 362(9390):1091-2.
38. Carvalho A, Salles F, Guimarães M, Debortoli JA, organizadores. *Brincar(es)*. Belo Horizonte: UFMG; 2005.
39. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Mapa de Indicativos do Trabalho da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2005. 309 p.
40. Organização Mundial de Saúde. Global Recommendations on Physical Activity for Health 2010. [Citado em 17 Jan. 2012]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf
41. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
42. Rinaldi AEM, Pereira AF, Macedo CS, Mota JF, Burini RC. Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. *Rev Paul Pediatr.* 2008; 26 (3):271-7.
43. Kassouf AL. O Perfil do trabalho infantil no Brasil, por regiões e ramos de atividade. Brasília: OIT; 2004. 92 p.
44. Braga LS, Macinko J, Proietti FA, César CC, Lima-Costa MF. Diferenciais intra-urbanos de vulnerabilidade da população idosa. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(12):2307-15.
45. Meireles AL. Auto-avaliação de saúde e bem-estar dos adolescentes em um grande centro urbano: estudo saúde em Beagá [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
46. Meireles AL, Xavier CC, Proietti FA, Caiaffa WT. Os relacionamentos entre pais e adolescentes são influenciados pelos diferenciais intraurbanos? In: VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 12-16 Nov 2011; São Paulo, Brasil.
47. World Health Organization (WHO). Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull WHO.* 2007; 85: 660-7.