

NOTA TÉCNICA

CRIANÇAS E ADOLESCENTES

nos ODS 1, 2 e 3

1 ERRADICAR
A POBREZA



2 ERRADICAR
A FOME



3 SAÚDE
E BEM-ESTAR





GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO AMAZÔNIA DE AMPARO A ESTUDOS E PESQUISAS – FAPESPA



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO AMAZÔNIA DE AMPARO A ESTUDOS E PESQUISAS – FAPESPA

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

Helder Zaluth Barbalho
Governador do Estado do Pará

FUNDAÇÃO AMAZÔNIA DE
AMPARO A ESTUDOS E
PESQUISAS



FUNDAÇÃO AMAZÔNIA DE AMPARO A ESTUDOS E PESQUISAS (FAPESPA)

Marcel do Nascimento Botelho
Diretor-Presidente

Deyvison Andrey Medrado Gonçalves
Diretor Científico

Márcio Ivan Lopes Ponte de Souza
Diretor de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas e Análise Conjuntural

Atyliana do Socorro Leão Dias
Diretora de Estatística, Tecnologia e Gestão da Informação

Luziane Cravo Silva
Diretora de Pesquisas e Estudos Ambientais

Juliano Gotardo Pancieri
Diretor Administrativo

Nicolau Sávio de Oliveira Ferrari
Diretor de Operações Técnicas

Oswaldo Trindade Carvalho
Diretor de Planejamento, Orçamento e Finanças



EXPEDIENTE

Publicação Oficial:

© 2024 Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas – FAPESPA. Todos os direitos reservados.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Elaboração, edição e distribuição:
FAPESPA

Endereço:
Av. Presidente Vargas, 670.
Bairro: Campina – Belém – PA.

Diretor-Presidente
Marcel do Nascimento Botelho

Diretor de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas e Análise Conjuntural
Márcio Ivan Lopes Ponte de Souza

Coordenadora de Estudos Sociais
Jessica Aline Duarte Lopes

Coordenador de Estudos Econômicos e Análise Conjuntural
Marcelo Santos Chaves

EQUIPE TÉCNICA
Alana Maria Ferreira Borges
Denize Rafaela Alfaia de Oliveira
Nara Isa da Silva Lages

REVISÃO ORTOGRÁFICA
Juliana Cardoso Saldanha – Assessoria de Comunicação
Wagner da Silva Santos – Assessoria de Comunicação

CAPA
Assessoria de Comunicação



Lista de Figuras

Figura 01 – Crescimento com Base no Peso/Idade de meninas.....	18
Figura 02 – Crescimento com Base no Peso/Idade de meninos.....	18
Figura 03 – Crescimento com Base na Altura	23



Lista de Gráficos

Gráfico 01 - Taxa de pobreza da população do Estado do Pará, 2014 - 2023.....	11
Gráfico 02 – Percentual de Crianças e Adolescentes inscritos no CadÚnico em Relação ao Total de Inscritos no Cad. Único do Estado do Pará, 2014 – 2023.....	13
Gráfico 03 - Percentual de crianças e adolescentes inscritos no CadÚnico que recebem e que não recebem bolsa família em relação ao total de crianças e adolescentes inscritos no Cad. Único, no Pará, 2014 – 2023	13
Gráfico 04 - Percentual de crianças na faixa etária de 5 a 10 anos, por situação de Índice de Massa Corpórea – IMC no Pará e no Brasil, 2019 - 2023.....	20
Gráfico 05 - Percentual de crianças menores de 5 anos no Estado do Pará e Brasil, por situação de Índice de Massa Corpórea - IMC, 2019 - 2023.....	22
Gráfico 06 - Percentual de crianças na faixa etária de 5-10 anos no Estado do Pará por situação de estatura em relação a idade (altura X idade), 2014–2023.....	24
Gráfico 07 - Percentual de crianças menor de 5 anos no Estado do Pará por situação de estatura em relação a idade (Altura X Idade, 2014–2023).....	26
Gráfico 08 - Evolução da taxa de natalidade por 1.000 habitantes no Estado do Pará, 2014 – 2023.....	29
Gráfico 09 - Evolução da taxa de mortalidade infantil entre crianças menores de 1 ano (p/ 1.000 habitantes) no Estado do Pará, 2014 - 2023.....	30
Gráfico 10 – Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos), entre crianças menores de 1 ano, nas regiões de integração do Pará, 2014 e 2023.....	32
Gráfico 11 - Evolução da taxa de mortalidade na infância de crianças menores de até 5 anos, no Pará, 2014 - 2023	34
Gráfico 12 – Taxa de mortalidade na infância de crianças menores de 5 anos, por Região de Integração do Estado do Pará, 2014 - 2023.....	36
Gráfico 13 – Evolução da Cobertura Vacinal da 1ª Dose do Imunológico Poliomielite Inativa (VIP) em Crianças de até 1 Ano de Idade no Pará, 2012–2022.....	38
Gráfico 14 – Evolução da Cobertura Vacinal (Dose de Reforço) do Imunológico Poliomielite – Oral (VOP) em Crianças de até 4 Anos de Idade no Pará, 2012–2022.....	39
Gráfico 15 – Evolução da Cobertura Vacinal Infantil no Pará, 2012–2022.....	40
Gráfico 16 - Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos em relação ao total de nascidos vivos no Estado do Pará, 2012 – 2023.....	41



Lista de Tabelas

Tabela 01 - Síntese do número de crianças e adolescentes, na faixa etária de 0 a 17 anos, inscritas no CadÚnico do Estado do Pará, que recebem e que não recebem o bolsa família em comparação ao total de inscritos no CadÚnico do Pará, 2014 - 2023.....	12
Tabela 02 - Número de nascidos vivos com baixo peso (inferior a 2.500g) por sexo no Estado do Pará, 2014-2023.....	16
Tabela 03 - Número de Crianças no Estado do Pará, na Faixa Etária de 5 a 10 Anos, por Situação de Índice de Massa Corpórea – IMC, 2014–2023.....	20
Tabela 04 - Número de crianças menores de 5 anos, por situação de Índice de Massa Corpórea - IMC no Pará, 2014-2023.....	21
Tabela 05 - Número de crianças na faixa etária de 5-10 Anos por situação de estatura em relação a idade (altura X idade) no Pará, 2014-2023.....	24
Tabela 06 - Número de crianças menor de 5 anos no Estado do Pará, por situação de estatura em relação a idade (altura X idade, 2012–2023).....	25
Tabela 07 - Evolução da taxa de mortalidade infantil entre crianças menores de 1 ano, por 1.000 habitantes, do Estado do Pará e por Região de Integração, 2014 – 2023.....	31
Tabela 08 - Variação percentual das taxas de mortalidade infantil de crianças menores de 1 ano, nos 10 municípios do Pará com maiores índices, 2014-2023.....	33
Tabela 09 - Evolução da taxa de mortalidade na infância de crianças menores de 5 anos, no Pará e Regiões de Integração, 2014 - 2023.....	35
Tabela 10 - Variação percentual das taxas de mortalidade na infância de crianças menores de 5 anos, nos 10 Municípios do Estado do Pará com Maiores índices de Mortalidade, 2014 – 2023.....	37
Tabela 11 - Números de óbitos maternos, por faixa etária e ano do óbito da mãe, no Pará, 2012 – 2023.....	42



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
METODOLOGIA.....	09
1. ODS 1 – ERRADICAÇÃO DA POBREZA.....	09
2. ODS 2 – FOME ZERO E AGRICULTURA SUSTENTÁVEL.....	14
3. ODS 3 – SAÚDE E BEM-ESTAR.....	26
CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS.....	45



INTRODUÇÃO



A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável foi adotada pelos Estados-membros da Organização das Nações Unidas (ONU), de forma unânime, em setembro de 2015, como plano de ação global para acabar com a pobreza e proteger o planeta, reduzindo as desigualdades e os impactos das mudanças climáticas e promovendo a justiça, a paz e a segurança de todos, até 2030. O documento apresenta 17 objetivos e 169 metas a serem cumpridos por todos os países do mundo.

A presente Nota Técnica tem como objetivo realizar um breve diagnóstico da proteção da infância e adolescência no estado do Pará, atentando para a manutenção da qualidade de vida das crianças e adolescentes por meio dos direitos garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sancionado em 13 de julho de 1990, sendo o principal instrumento normativo do Brasil sobre os direitos da criança e do adolescente, alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), da Agenda 2030, da ONU.

Cabe ressaltar o papel importante do ECA acerca da temática, pois o estatuto incorporou os avanços preconizados na Convenção sobre os Direitos da Criança e abriu caminho para a concretização do artigo 227 da Constituição Federal de 1988, que determinou direitos e garantias fundamentais a crianças e adolescentes. Portanto, cabe aos governos a aplicabilidade e o monitoramento das ações conjuntas dos ODS para a realização do cumprimento das diretrizes, metas e objetivos propostos na Agenda 2030, podendo impactar de forma positiva a vida das crianças e dos adolescentes num contexto mundial.

Para esta Nota a análise se deterá aos 3 primeiros ODS e metas contidos na Agenda 2030 e na construção das estratégias efetivas para superação dos desafios nacionais específicos para a efetivação dos direitos de crianças e adolescentes, a partir da análise dos indicadores nacionais, do Pará e das Regiões de Integração (RI) a respeito dos ODS 1, 2 e 3, listados abaixo:

- Objetivo 1 – Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares;
- Objetivo 2 – Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável;
- Objetivo 3 – Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.



METODOLOGIA

A presente Nota Técnica foi sistematizada a partir de análises documental e estatística dos indicadores regionais que estão relacionados, direta e indiretamente, à temática da infância e da adolescência no Pará e no Brasil; e apresenta um quadro situacional das condições de vida de crianças e adolescentes mediante as aplicabilidades e cumprimento dos ODS 1, 2 e 3 no período de 2012 a 2022.

Os dados para a produção desta Nota são provenientes das seguintes fontes oficiais de banco de dados, considerando o espaço temporal de 2012 a 2022:

- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde — Datasus
- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional — SISVAN
- Cadastro Único — CADÚNICO
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE (dados coletados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual)

Por fim, este produto tem o propósito de auxiliar o poder público estadual nas ações de implementação de políticas públicas para crianças e adolescentes, alinhadas à Agenda 2030 e ao esforço global para o desenvolvimento sustentável, de forma a alcançar as metas propostas pela Agenda nos ODS 1, 2 e 3, quais sejam: 1) erradicar a pobreza extrema; 2) acabar com fome e a desnutrição; e 3) reduzir a mortalidade materna e infantil.

1. ODS 1 ERRADICAÇÃO DA POBREZA



A ONU estabelece no ODS 1 a finalidade de “acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares”. Esse objetivo possui 7 metas, que relacionam a questão da pobreza tanto à renda quanto à vulnerabilidade social e outras situações de carência presentes na condição de vida dos sujeitos, como as relacionadas a: densidade domiciliar; obtenção de terras; esgotamento sanitário; água potável; energia elétrica; computador, celular e internet; moradia adequada; etc.

Desse modo, entende-se que a pobreza é um fenômeno complexo e multifatorial e está relacionada a carências em diferentes aspectos da vida humana; enquanto a linha de pobreza é um parâmetro de renda utilizado para definir pessoas consideradas pobres ou extremamente



pobres (ROCHA, 1997). A ONU destacou, para análise deste objetivo no Brasil, as linhas de pobreza internacional, estabelecida pelo Banco Mundial, e nacional, usada para fins de inserção em programas sociais, especialmente o Programa Bolsa Família (PBF), sendo a linha nacional a que será considerada neste estudo.

A erradicação da pobreza está no artigo 3º da Constituição Federal do Brasil como objetivo fundamental e ainda é uma realidade distante de ser alcançada. Nesse contexto, os programas sociais ganham visibilidade, uma vez que buscam minimizar as situações de pobreza de famílias classificadas como pobres. Um importante mecanismo utilizado no país para essa finalidade é o Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), que se destaca por ser a ferramenta de identificação e caracterização socioeconômica das famílias de baixa renda, aquelas com renda mensal per capita de até meio salário mínimo; e é também via de acesso aos benefícios voltados a essas famílias.

O PBF é um programa de evidência no país em prol do combate à pobreza e que utiliza o CadÚnico para selecionar as famílias aptas à transferência de renda. Atualmente, amparado pela Lei 14.601/2023, o programa objetiva, conforme esta lei, “combater a fome, por meio da transferência direta de renda às famílias beneficiárias; contribuir para a interrupção do ciclo de reprodução da pobreza entre as gerações; e promover o desenvolvimento e a proteção social das famílias, especialmente das crianças, dos adolescentes e dos jovens em situação de pobreza”.

Atualmente, as famílias elegíveis ao PBF devem ter renda per capita mensal de até R\$ 218,00, ou seja, as consideradas em situação de pobreza. Além disso, o Programa se articula com ações de saúde, educação, assistência social e de outras áreas executadas por qualquer uma das esferas governamentais. Como condicionalidades, prevê a realização de acompanhamento pré-natal, o cumprimento do calendário de vacinação e frequência escolar mínima para crianças e adolescentes beneficiários.

Para o Brasil, no que se refere aos indicadores a serem utilizados para a mensuração do avanço nesse objetivo, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento — PNUD (2015) sugere desagregação por grupos socialmente relevantes por sua vulnerabilidade ou histórico de discriminações. É nesse sentido que este estudo aborda a categoria crianças e adolescentes, especialmente no estado do Pará, como foco de análise dos indicadores.

Sobre essa categoria, o Fundo das Nações Unidas para a Infância — UNICEF (2022) publicou análise da pobreza monetária infantil no Brasil, onde aponta que as famílias com crianças e adolescentes são mais acometidas pela pobreza monetária em comparação à população adulta. Discorre também sobre as disparidades raciais e regionais, ressaltando que a pobreza monetária infantil é aproximadamente duas vezes maior para não brancos e para moradores das regiões

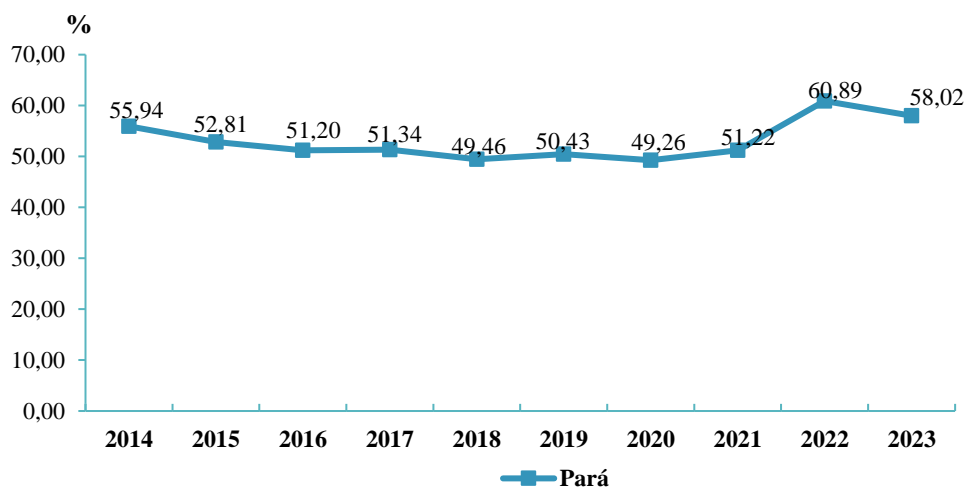


Norte e Nordeste. Destaca ainda a importância dos programas de transferência de renda para minimizar a pobreza extrema, tomando como exemplo o período pandêmico de covid-19, quando os índices referentes à população pobre sofreram impactos significativos com e sem o auxílio governamental de transferência de renda.

A evolução da taxa de pobreza da população do Pará, calculada a partir de dados obtidos no CadÚnico e IBGE, ilustrada no gráfico 01, demonstra as oscilações ocorridas no período de 2014 a 2023, com destaque à diminuição entre 2014 (55,94) e 2020 (49,26), sendo esta a menor taxa de todo o período analisado. Seguidamente, a taxa sofreu aumentos sucessivos até 2022 (60,89) e voltou a diminuir em 2023 (58,02).

Importa ressaltar que, no ano de 2020, o país foi acometido pela pandemia de covid-19, período em que a população economicamente ativa sofreu grandes impactos socioeconômicos, o que pode ter repercutido no crescimento da taxa de pobreza nos anos seguintes. Nesse contexto, o benefício de renda concedido pelo governo foi extremamente importante para a manutenção básica de algumas famílias.

Gráfico 01 - Taxa de pobreza da população do Estado do Pará, 2014 - 2023.



Fontes: VIS DATA/SAGICAD — Secretaria de Avaliação Gestão da Informação e Cadastro Único/IBGE — Estimativas de População (2012–2021)/Censo 2022.

Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

Nota 1: como a linha da pobreza compreende a população com renda per capita de até ½ salário mínimo por pessoa e este público está inscrito no CadÚnico, tomou-se esta fonte como base de referência para coletar o número de pessoas na linha da pobreza no estado do Pará.

Nota 2: os dados populacionais de 2023 foram estimados pela FAPESPA/CES, com base nos dados estimados pelo IBGE (2012–2021) e o Censo/IBGE - 2022.

A tabela 1 mostra dados do CadÚnico, revelando o número de inscrições no Pará, classificadas em total de pessoas, crianças e adolescentes de 0 a 17 anos e o total de crianças e adolescentes que são ou não beneficiários do PBF, na série histórica de 2014 a 2023. O total de



inscritos apresentou diminuição entre 2014 e 2016 (4,6 para 4,4 milhões), oscilando nos anos seguintes e com tendência de crescimento a partir de 2020, chegando a mais de 5,6 milhões em 2023.

As crianças e adolescentes inscritos no CadÚnico correspondem a quase metade do total de inscritos, com maior número em 2014 (2.078.031) e menor quantidade em 2020 (1.828.479). Percebe-se também que o total de crianças e adolescentes beneficiários do PBF sofreu diminuição anual de 2014 a 2020 e elevação nos anos posteriores, voltando a registrar mais de 2 milhões de inscritos com essas fases de vida.

Outro dado notório é que o total de crianças inscritas e beneficiárias do PBF é muito superior ao das que não são beneficiadas pelo programa. Em relação às que ganham o benefício, houve redução no numeral entre 2014 e 2020. Contudo, a partir de 2021, o quantitativo voltou a subir, chegando a 1,7 milhões de beneficiárias em 2023. Concernente às que não são beneficiárias do PBF, estas somavam 344,6 mil crianças e adolescentes em 2014, número que foi reduzido a 252,9 mil em 2023.

O gráfico 02 mostra o percentual de crianças e adolescentes inscritas no CadÚnico, em relação ao total de inscritos, onde o maior percentual é de 2015 (45,01%), decrescendo anualmente até alcançar 36,56% em 2022. Em 2023 o índice aumentou para 37,56%.

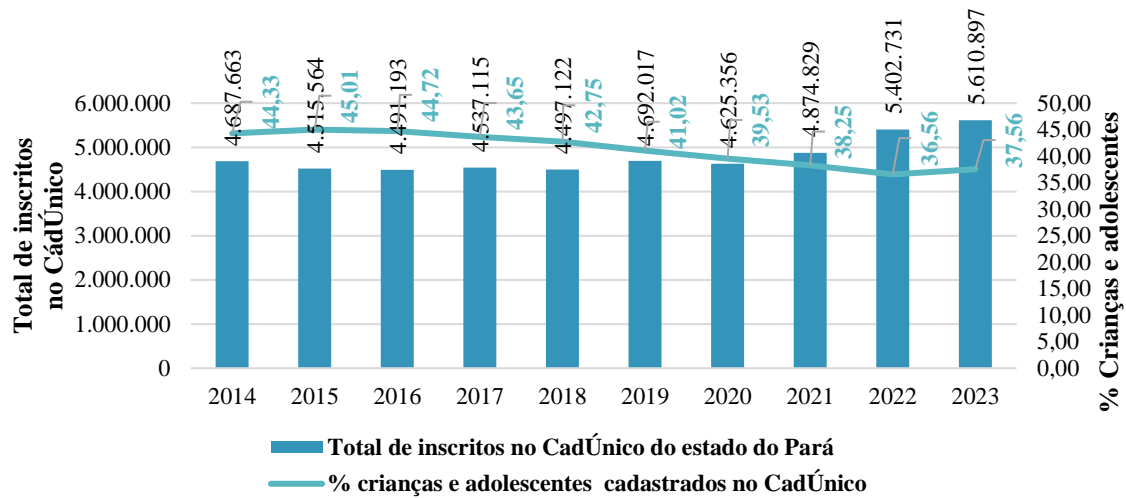
Tabela 01 – Síntese do número de crianças e adolescentes, na faixa etária de 0 a 17 anos, inscritas no CadÚnico do estado do Pará, que recebem e que não recebem o bolsa família em comparação ao total de inscritos no CadÚnico do Pará – 2014–2023.

Ano	Situação			
	Total de inscritos no CadÚnico do estado do Pará	Total de crianças e adolescentes cadastrados no CadÚnico	Total de crianças e adolescentes beneficiários do PBF	Total de crianças e adolescentes não beneficiários do PBF
2014	4.687.663	2.078.031	1.733.343	344.688
2015	4.515.564	2.032.589	1.729.079	303.510
2016	4.491.193	2.008.631	1.715.141	293.490
2017	4.537.115	1.980.487	1.681.363	299.124
2018	4.497.122	1.922.742	1.636.507	286.235
2019	4.692.017	1.924.555	1.570.210	354.345
2020	4.625.356	1.828.479	1.556.673	271.806
2021	4.874.829	1.864.813	1.650.381	214.432
2022	5.402.731	1.975.146	1.745.467	229.679
2023	5.610.897	2.031.510	1.778.541	252.969

Fonte: VIS DATA/SAGICAD — Secretaria de Avaliação Gestão da Informação e Cadastro Único 2014–2023.
Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.



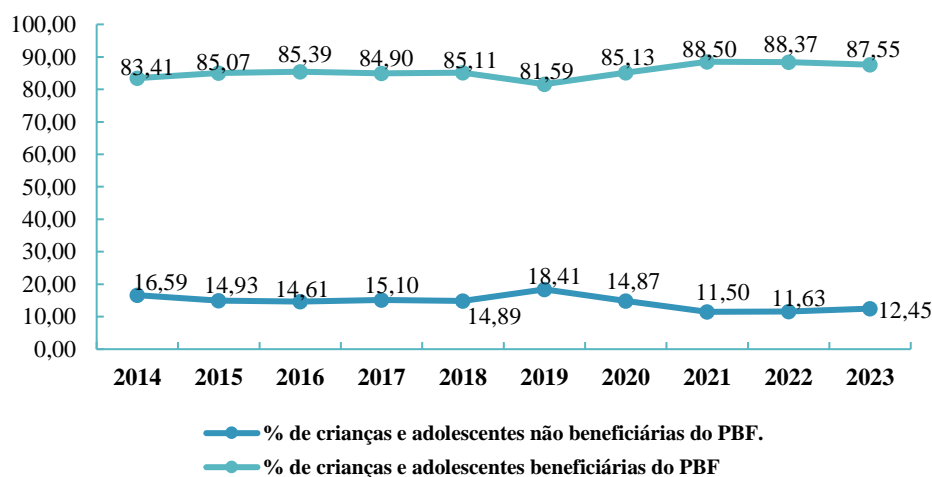
Gráfico 02 – Percentual de crianças e adolescentes inscritos no CadÚnico em relação ao total de inscritos no CadÚnico do estado do Pará – 2014–2023.



Fontes: VIS DATA/SAGICAD - Secretaria de Avaliação Gestão da Informação e Cadastro Único 2014–2023.
Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

No gráfico 03, observa-se que a maioria das crianças e adolescentes inscritos no CadÚnico são beneficiários do PBF. Em todos os anos analisados, o percentual dos beneficiários do PBF corresponde a mais de 80% do total de inscritos nessa categoria, tendo seu ápice em 2021, quando 88,50% receberam o benefício. Esse indicador apresentou crescimento sucessivo a partir de 2020 até 2022, declinando 0,82 p.p. em 2023, quando chegou a 87,55% de crianças e adolescentes contemplados com o benefício.

Gráfico 03 – Percentual de crianças e adolescentes inscritos no CadÚnico que recebem e que não recebem bolsa família em relação ao total de crianças e adolescentes inscritos no CadÚnico, no Pará – 2014–2023.



Fontes: VIS DATA/SAGICAD - Secretaria de Avaliação Gestão da Informação e Cadastro Único 2014–2023.
Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.



De modo geral, crianças e adolescentes integrantes de famílias em condição de pobreza e extrema pobreza estão suscetíveis a impactos que ferem seus principais direitos previstos no ECA, assim como enfrentam dificuldades no atendimento a outras metas constituintes dos demais ODS. De forma específica, a pobreza na família expõe a criança e o adolescente a moradias precárias e inadequadas; acometimentos por doenças relacionadas à falta de esgotamento sanitário, saneamento básico ou alimentação inapropriada; exposição à fome; falta de informação e/ou educação; maior exposição às violências; prática de trabalho infantil; dentre outras. Assim, pensar o atendimento das metas constantes no ODS 1 abrange a atenção a outras metas constituintes de outros ODS, estando, portanto, interseccionadas.

2. ODS 2 FOME ZERO E AGRICULTURA SUSTENTÁVEL



Garantir o direito básico a uma alimentação equilibrada, com os nutrientes necessários para o pleno desenvolvimento de qualquer indivíduo, tem sido uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos líderes mundiais. Assim, a erradicação da fome se tornou um grande desafio em diversos países.

Nesse sentido, as Nações Unidas, juntamente com os governos de vários países, têm o grande objetivo de erradicar a fome e qualquer forma de desnutrição por meio do ODS 2, de maneira que as metas acordadas internacionalmente sobre desnutrição crônica e desnutrição em crianças menores de cinco anos de idade possam atender às necessidades nutricionais dos adolescentes, mulheres grávidas, lactantes e pessoas mais velhas. Para isso, com vistas ao alcance dessa meta, estão envolvidos a promoção da agricultura sustentável, o apoio aos pequenos agricultores e a igualdade de acesso à terra. Também há a necessidade de cooperação internacional para garantir investimentos em infraestrutura e tecnologia para melhorar a produtividade agrícola.

O Estado brasileiro tem atuado de forma consistente no combate à fome, à pobreza e na promoção da alimentação adequada e saudável incorporando a alimentação como um direito. Neste sentido, ressalta-se a Emenda Constitucional nº 64, aprovada em 2010, que introduziu, no artigo 6º da Constituição Federal, a alimentação como direito (BRASIL, 1990). A partir da construção de uma nova abordagem no combate à fome, à pobreza e na promoção da alimentação adequada e saudável, o Estado brasileiro publicou a Lei **11.346/2006** – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2006a) e o Decreto **7.272/2010** – Política Nacional de Segurança



Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2010b). Ambos apresentam em suas bases o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição no sistema de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Deste modo, a nutrição adequada é basilar para se atingir o bem-estar físico, mental e social total, não somente a ausência de doença ou enfermidade, considerando-se a importância dos aspectos socioculturais relacionados à alimentação (WAYHS; WEFFORT, 2021, p. 23).

É importante salientar que a avaliação da saúde, em termos populacionais, se dá por meio da formação de indicadores de saúde e está embasada na antropometria, importante para avaliar a saúde e a qualidade de vida da população. Os indicadores são os parâmetros utilizados pelos governos no sentido de compreender as principais necessidades de uma população, bem como planejar políticas públicas de saúde, propondo a melhora da qualidade de vida da população, e avaliar o resultado de suas ações.

2.1. Indicadores de monitoramento do crescimento estatural e peso associados a crianças de 0 a 5 anos

De acordo com o Manual de Avaliação Nutricional (WAYHS; WEFFORT, 2021), as alterações no peso da criança podem estar relacionadas a fatores variados, tais como alimentação inadequada nos primeiros anos de vida, falta de amamentação característica nos primeiros seis meses de vida, prematuridade e doenças. Nesse contexto, o baixo peso e a desnutrição afetam principalmente a população nos primeiros anos de vida, na faixa de 0 a 5 anos de idade no Brasil, nas suas mais variadas formas.

No tocante à desnutrição infantil, é importante destacar que a criança está suscetível à desnutrição mesmo na vida intrauterina, pois, antes de seu nascimento, em decorrência de uma alimentação pouco saudável da gestante, esta pode deixar de fornecer nutrientes para o desenvolvimento apropriado do feto, para que este tenha peso suficientemente adequado ao nascer ou para que possa desenvolver plenamente seu sistema imunológico.

No Brasil, o IBGE tem como parâmetros para realizar a avaliação nutricional os seguintes indicadores: taxa de prevalência de déficit ponderal para idade em crianças menores de cinco anos de idade; proporção de crianças com déficit estatural para a idade; e taxa de prevalência de excesso de peso.

O perfil alimentar e nutricional da população brasileira é avaliado pelo Ministério da Saúde (MS), através do SISVAN, que recomenda a realização de avaliação do consumo alimentar e antropometria dos indivíduos atendidos nas unidades locais de saúde.



2.1.1. Indicadores de baixo peso

A avaliação do baixo peso entre as crianças ao nascer é um indicador que pode alertar para a sobrevivência infantil. É possível afirmar que, quanto mais baixo é o peso do recém-nascido, maior é a probabilidade de uma morte precoce. De acordo com a OMS, o recém-nascido está em condição de baixo peso quando, durante a primeira hora de sua vida, não atinge valor maior que 2.500 gramas. Conforme observamos na tabela 02, durante a série histórica de 2014 a 2023, o maior número de nascidos vivos do sexo masculino com baixo peso (inferior a 2.500 g), no Pará, foi de 5.170, no ano de 2015, enquanto o maior número de nascidos vivos do sexo feminino com baixo peso ocorreu em 2022, com um total de 5.863.

O ano de 2021 foi especialmente crítico em relação ao número de crianças nascidas vivas com baixo peso (inferior a 2.500 g) com o registro total de 10.920 casos. Isso sugere especial atenção para as políticas de saúde pública e as medidas de segurança alimentar, principalmente a saúde de crianças nos primeiros anos de vida.

Além disso, os dados revelam uma diferença notável no que diz respeito ao gênero, com maior número de crianças do sexo feminino nascidas vivas com baixo peso, em relação às do sexo masculino, em todos os anos analisados. Essa disparidade entre os gêneros pode indicar a necessidade de investigações adicionais sobre fatores que possam estar afetando a saúde de crianças de diferentes sexos de maneira distinta.

Tabela 02 – Número de nascidos vivos com baixo peso (inferior a 2.500 g) por sexo no estado do Pará – 2014–2023.

Sexo	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Masculino	5.124	5.170	4.832	4.981	5.100	5.108	4.781	5.142	5.012	4.196
Feminino	5.582	5.699	5.382	5.512	5.732	5.475	5.408	5.766	5.863	5.025
Ignorado	16	7	8	10	20	13	16	12	13	6
Total	10.722	10.876	10.222	10.503	10.852	10.596	10.205	10.920	10.888	9.227

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC (2012–2021) / MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC - Dados preliminares - 2023.
Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

2.1.2. Índice de Massa Corpórea – IMC

Este indicador faz referência ao quadro da situação do índice de massa corporal — IMC, que avalia a relação entre o peso e a estatura das crianças e adolescentes. Diante desse fato, várias medidas e valores de referência são utilizados para avaliar o sobrepeso. O IMC é calculado dividindo-se o peso (em quilogramas) pela altura (em metros) ao quadrado, como mostra a equação abaixo, segundo parâmetros do MS:



Cálculo do índice de massa corpórea

$$IMC = \frac{PESO}{(ALTURA)^2}$$

Os valores de IMC em crianças na faixa etária de 5 a 10 anos, a partir da classificação do IMC, seguem o padrão da OMS que é usado para avaliar crianças de qualquer país, independentemente de etnia, condição socioeconômica e tipo de alimentação. Desta forma, os valores do IMC são calculados através de percentil que divide os dados em centésimas partes (cada parte tem 1% dos dados) seguindo os eixos¹ a seguir:

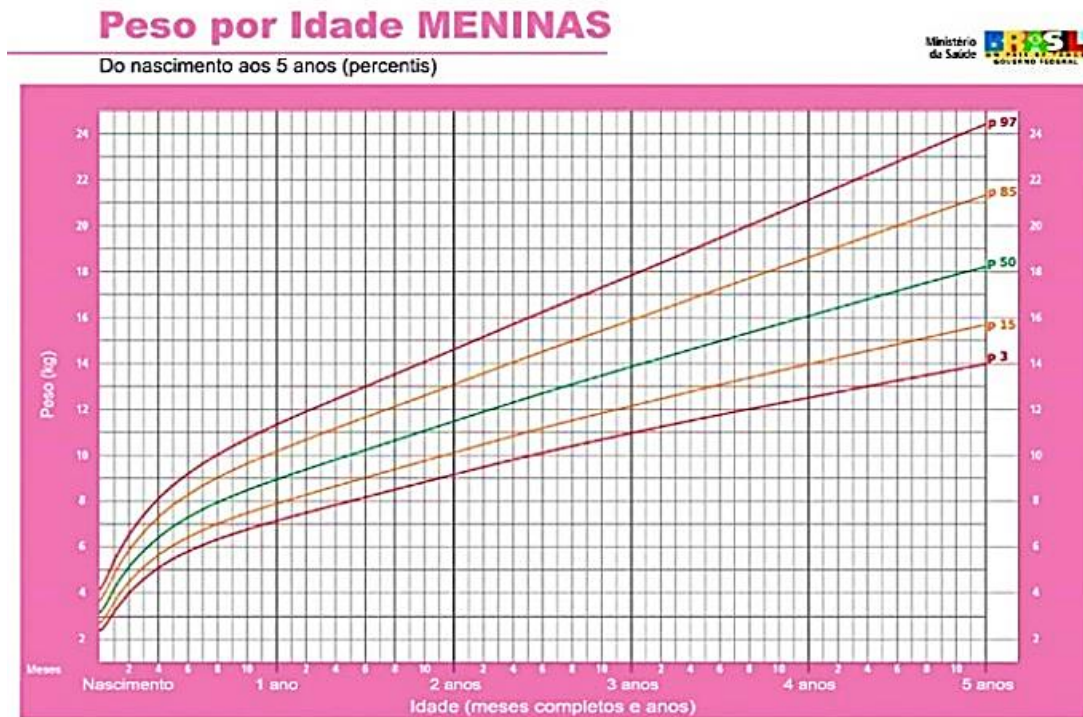
- P/I abaixo do percentil 0,1: criança com peso muito baixo para a idade;
- P/I maior ou igual ao percentil 0,1 e menor que o percentil 3: criança com peso baixo para a idade;
- P/I maior ou igual ao percentil 3 e menor que o percentil 10: criança em risco nutricional;
- P/I maior ou igual ao percentil 10 e menor que o percentil 97: criança com peso adequado para a idade (eutrófica);
- P/I maior ou igual ao percentil 97: criança com risco de sobrepeso.

Cabe ressaltar que o que vale para uma criança nem sempre vale para outra, pois os parâmetros oficiais das curvas de crescimento difundidas pela OMS em 2006, que avaliam o estado nutricional de uma criança, levam em consideração idade, peso, altura e sexo, a partir dos dados obtidos na curva de crescimento, conforme as figuras 01 e 02.

¹ Esses eixos são definidos em quatro pontos de corte para o indicador de peso (P) por idade (I) - P/I (percentis 0,1, 3, 10 e 97), que permite a avaliação do estado nutricional de crianças e o acompanhamento do crescimento infantil.



Figura 01 – Crescimento com base no peso/idade de meninas.



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en>).

Figura 02 – Crescimento com base no peso/idade de meninos.



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/2>).

² WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>).



Quanto aos números referentes ao IMC que apontam para situações de magreza acentuada, eutrofia ou sobrepeso entre crianças na faixa etária de 5 a 10 anos, observou-se que o número de crianças em situação de eutrofia (peso adequado) se destacou em relação aos demais níveis de IMC no estado do Pará, conforme a tabela 03.

Os dados apontaram também que o número de crianças em situação de eutrofia apresentou oscilação em toda a série histórica, contudo, apesar dessa variação, o valor permaneceu acima de 20 mil crianças em quase todos os anos, com exceção do ano de 2017 que registrou um total de 17.514 casos, tendo a maior marca registrada em 2022, com um total de 41.127 e a menor em 2020 com 17.514.

Outro dado que chama especial atenção são as situações de magreza e magreza acentuada, por tratar-se de circunstância de insegurança alimentar e risco de desnutrição entre as crianças na faixa etária analisada. Segundo o SISVAN, foi registrada maior incidência de magreza e magreza acentuada no ano de 2022, sendo 1.529 casos de magreza acentuada e 2.181 casos de magreza entre crianças de 5 a 10 anos de idade no estado do Pará.

Em seguida, a situação de sobrepeso alerta para uma possível evolução na escala da condição de obesidade entre crianças de 5 a 10 anos. De acordo com os dados apresentados no gráfico abaixo, na série histórica, o número de crianças em situação de sobrepeso variou entre 4 e 6 mil. Segundo os números apresentados, a maior incidência ocorreu nos anos de 2018 e 2022. Em 2018 foram registrados 8.240 casos e em 2022, 7.866 casos.

Quanto à situação de obesidade, chama atenção a variação no número de casos no período analisado. De acordo com a tabela abaixo, o menor número de crianças de 5 a 10 anos com obesidade foi registrado em 2020, sendo 1.649 casos e o maior número ocorreu em 2022, com um total de 3.989 crianças. É importante ressaltar que obesidade em crianças e adolescentes é multifatorial, pois condições genéticas, individuais, comportamentais e ambientais podem influenciar no estado nutricional.

Nesse sentido, podemos observar que no Pará o maior número de crianças entre 5 e 10 anos são consideradas em estado de saúde adequada para os parâmetros dos órgãos oficiais de saúde. No entanto, chama a atenção o crescimento em número absolutos das categorias de risco de sobrepeso e de obesidade no estado, pois isso pode apontar para uma tendência de crianças com maior probabilidade de adquirir problemas de saúde por excesso de peso.



Tabela 03 – Número de crianças no estado do Pará, na faixa etária de 5 a 10 anos, por situação de índice de massa corpórea — IMC – 2014–2023.

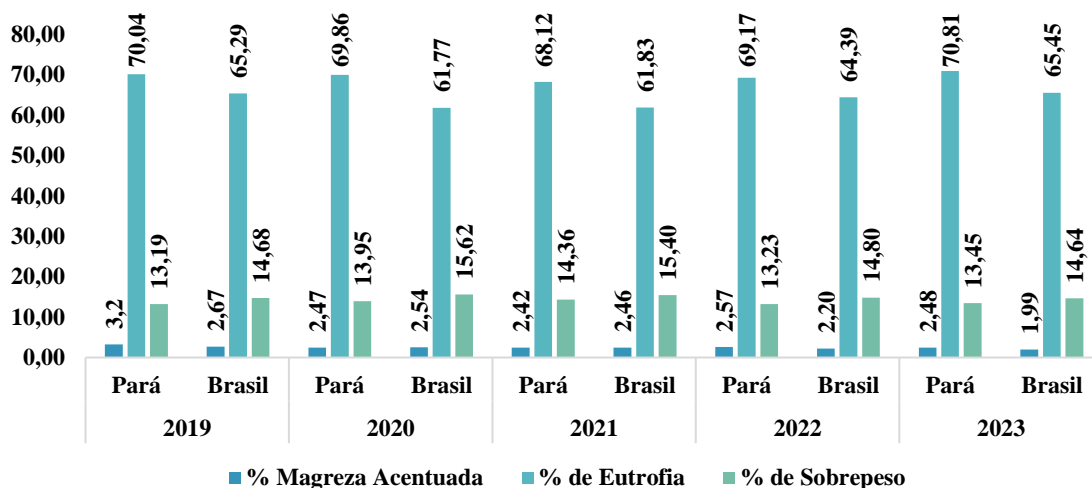
Situação do IMC	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Magreza acentuada	977	812	1.363	1.083	1.022	1.098	618	1.012	1.529	1.271
Magreza	1.162	1.003	1.701	1.449	1.532	1.292	760	1.430	2.181	1.679
Eutrofia	26.443	21.704	34.608	31.256	39.396	24.042	17.514	28.486	41.127	36.339
Sobrepeso	4.235	4.592	6.680	5.920	8.240	4.527	3.496	6.006	7.866	6.901
Obesidade	1.801	1.832	3.834	2.627	3.059	2.000	1.649	2.916	3.989	3.497
Obesidade grave	1.237	845	1.999	1.315	1.500	1.367	1.032	1.970	2.766	1.633
Total	35.855	30.788	50.185	43.650	54.749	34.326	25.069	41.820	59.458	51.320

Fonte: MS/SISVAN – IMC x idade, 2014–2023.

Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

Com relação ao percentual de IMC de crianças de 5 a 10 anos no Pará e no Brasil no período de 2019 a 2023, é possível notar que a maior incidência de crianças em situação de magreza acentuada ocorreu em 2019, com 3,2% no Pará e 2,67% no Brasil. Quanto ao percentual de crianças em situação de eutrofia, tanto o Pará quanto o Brasil atingiram sua maior marca percentual no ano de 2023, sendo 70,81% no Pará e 65,45% no Brasil. O percentual de crianças com sobrepeso teve sua maior marca em 2021 no Pará (14,36%) e em 2020 no Brasil (15,62%), como mostra o gráfico 04.

Gráfico 04 – Percentual de crianças na faixa etária de 5 a 10 anos, por situação de índice de massa corpórea — IMC, no Pará e no Brasil – 2019–2023.





Fonte: MS/SISVAN – IMC x idade, 2019–2023.
Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

2.1.3. Índice de massa corpórea (IMC) de crianças menores de 5 anos – Pará e Brasil

Este item mostra o número de crianças menores de 5 anos de idade por situação de IMC no estado do Pará e no Brasil, segundo dados do SISVAM. De acordo com o recorte da série histórica (2014–2023), foi possível observar que a situação de eutrofia prevalece entre as crianças menores de 5 anos no estado do Pará. Os dados apontam que o número de crianças nessa situação manteve-se acima de 18 mil, tendo ocorrido maior concentração em 2023, com total de 47.315 crianças.

O risco de sobrepeso aparece como a segunda referência com maior prevalência entre as crianças menores de 5 anos. A maior concentração ocorreu em 2023, com um total de 12.324 crianças. Em seguida estão as crianças com sobrepeso, com maior prevalência em 2022, com um total de 6.011 crianças; e, por último, as crianças com magreza acentuada, com maior prevalência no ano de 2022, com um total de 2.733 casos (Tabela 04).

Tabela 04 – Número de crianças menores de 5 anos, por situação de índice de massa corpórea — IMC no Pará – 2014–2023.

Situação do IMC	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Magreza acentuada	1.212	1.128	2.185	1.639	1.403	2.081	1.084	1.722	2.733	2.507
Eutrofia	19.099	18.077	31.142	28.054	38.522	25.589	19.832	30.538	45.705	47.315
Risco de sobrepeso	6.447	5.388	8.548	8.179	11.290	6.635	5.026	7.542	11.817	12.324
Sobrepeso	2.873	2.555	5.132	3.800	5.004	3.213	2.477	3.632	6.011	5.616

Fonte: MS/SISVAN – IMC x idade, 2014–2023.
Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

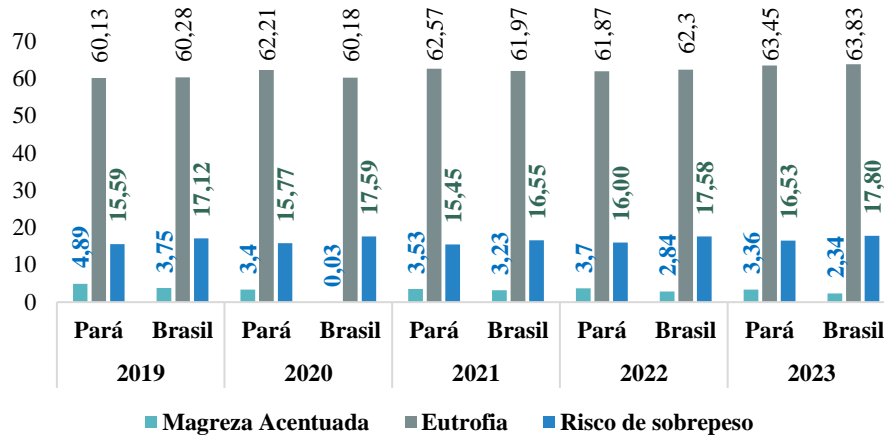
No gráfico 05 é possível observar que no Pará, assim como no Brasil, o percentual de crianças menores de 5 anos em situação de eutrofia aparece em destaque em comparação aos outros IMCs, pois este índice se manteve acima de 60% no período de 2019 a 2023.

Com relação ao risco de sobrepeso, é notável que o estado do Pará se destacou positivamente ao apresentar percentual menor em comparação com o nacional. Da mesma forma, os dados revelam que o percentual de magreza acentuada, ou seja, crianças com baixo peso, é relativamente baixo tanto no Pará quanto no Brasil. Em 2019, o Pará registrou o índice de 4,89% de crianças nessa condição, enquanto o Brasil teve 3,75%, os maiores índices do período para



esta categoria. Embora a magreza acentuada seja uma preocupação, os índices encontrados não indicam uma situação alarmante.

Gráfico 05 – Percentual de crianças menores de 5 anos no estado do Pará e Brasil, por situação de índice de massa corpórea — IMC – 2019–2023.



Fonte: MS/SISVAN – IMC x idade, 2019–2023.
Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

2.2. Situação de estatura em relação à idade

Altura e estado de nutrição estão diretamente associados, pois quando ocorrem casos de baixa ou muito baixa estatura entre crianças para suas respectivas idades, podemos relacionar diretamente a um quadro de desnutrição crônica. Sendo assim, o cálculo do valor entre altura e idade é feito através do índice antropométrico e, a partir desse cálculo, é classificada a situação da criança em algumas faixas percentuais estipuladas. Quando há uma deficiência no processo de crescimento no espaço de tempo entre o desenvolvimento fetal e os dois primeiros anos de vida da criança, há pouca probabilidade de recuperação nos anos seguintes.

Neste sentido, a desnutrição crônica da criança pode ter origem antes do período da gestação, perdurando toda a gravidez, chegando à lactação, e continuando até o indivíduo atingir os dois anos. Estudos apontam que a desnutrição é um fator que aumenta a mortalidade na Primeira Infância e compromete a função cognitiva, mental e motora da criança (ABRINQ, 2017).



Figura 03 – Crescimento com base na altura.

Velocidade de crescimento

Idade	Crescimento ao ano
 Nascimento a 1 ano	25 centímetros
 1 a 3 anos	12,5 centímetros
 3 anos ao início da puberdade	5 a 7 centímetros
 Puberdade	Meninas: 8 a 10 centímetros
	Meninos: 10 a 12 centímetros

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

De acordo com os dados extraídos do SISVAM referentes à situação de estatura em relação a idade de crianças de 5 a 10 anos no estado do Pará entre os anos de 2014 e 2023 foi possível verificar que o número de crianças em situação de **altura muito baixa** para a idade esteve em menor incidência durante a série histórica com uma média de cerca de **3 mil** casos, sua maior incidência ocorreu no ano de 2016 com um total de **3.273** crianças nesta situação. Assim como a condição anterior, o caso de crianças com **altura baixa** para a idade também apareceu com baixa incidência tendo o seu ápice em 2018 com um total de 6.109 crianças.

O Pará tem mantido o índice de crianças em situação de **altura adequada** para sua idade, acima da metade do número total de casos em comparação as demais referências de estatura, de acordo com os dados no Pará o número de crianças com altura adequada alcançou seu ápice em 2022 com um total de 51.951 crianças (tabela 05).



Tabela 05 – Número de crianças na faixa etária de 5 a 10 anos por situação de estatura em relação à idade (altura x idade) no Pará – 2014–2023.

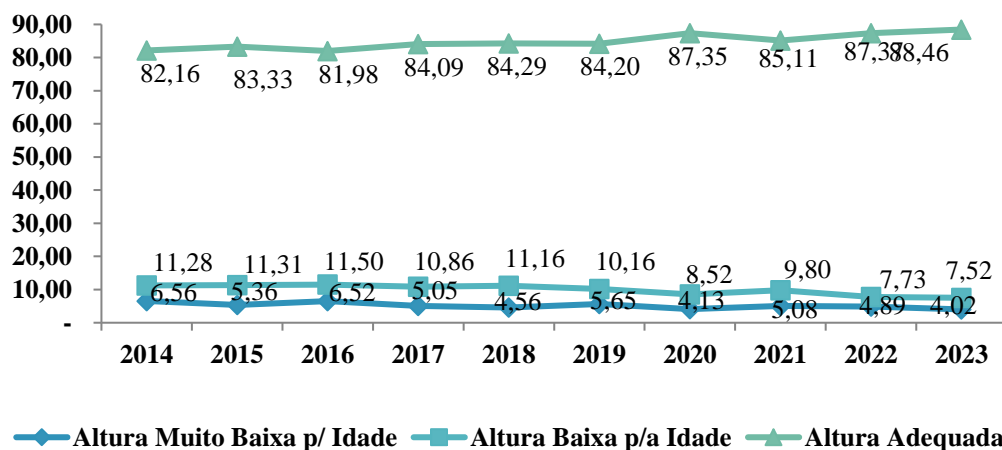
Anos	Situação de Estatura em Relação a Idade			Total
	Altura Muito Baixa p/ Idade	Altura Baixa p/ Idade	Altura Adequada	
2014	2.353	4.044	29.458	35.855
2015	1.650	3.483	25.655	30.788
2016	3.273	5.769	41.143	50.185
2017	2.206	4.740	36.704	43.650
2018	2.494	6.109	46.146	54.749
2019	1.938	3.486	28.902	34.326
2020	1.035	2.135	21.899	25.069
2021	2.126	4.099	35.594	41.819
2022	2.908	4.599	51.951	59.458
2023	2.063	3.861	45.395	51.319

Fonte: MS/SISVAN – Altura X Idade, 2014–2023.
Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

Em termos percentuais, o gráfico 06 aponta a situação estatural em relação às crianças de 5 a 10 anos, em que o índice apontou que crianças com altura adequada para a idade é bastante elevado, com um crescimento de 6,3 p.p. e manteve-se entre 81,98% e 88,46% durante a série histórica (2014 a 2023).

Quanto aos índices de **altura baixa** ou **altura muito baixa**, o estado do Pará se manteve com baixas concentrações de casos. Os índices de crianças em situação de altura muito baixa registraram bastante variação, mantendo-se abaixo de 6,56%. Já o percentual de crianças de altura baixa para sua idade, também apresentou variação, ficando abaixo de 11,50%.

Gráfico 06 – Percentual de crianças na faixa etária de 5 a 10 anos no estado do Pará, por situação de estatura em relação à idade (altura x idade) – 2014–2023.





Fonte: MS/SISVAN – Altura X Idade, 2014–2023.

Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

Quanto à situação de crianças menores de 5 anos, em números absolutos, e a situação de estatura por idade, no período de 2014 a 2023, foi possível observar, na tabela 06 que no estado do Pará, o número de crianças que se encontravam na faixa de **altura adequada**, com menor grau de desnutrição crônica, chegou a 61.441 em 2023, o maior registro desde o início da série histórica. Com relação às crianças com **altura muito baixa**, a maior concentração ocorreu em 2022 sendo 6.223 crianças, já a maior incidência de crianças com **altura baixa** se deu em 2018 com um total de 8.886 crianças.

Tabela 06 – Número de crianças menores de 5 anos no estado do Pará, por situação de estatura em relação à idade (altura x idade) – 2012–2023.

Anos	Situação de Estatura em Relação a Idade			
	Altura Muito Baixa p/ Idade	Altura Baixa p/a Idade	Altura Adequada	Total
2014	4.542	4.747	24.455	33.744
2015	3.082	4.009	23.703	30.794
2016	5.324	6.535	41.850	53.709
2017	5.028	6.100	35.585	46.713
2018	6.128	8.886	46.958	61.972
2019	4.871	5.350	32.338	42.559
2020	2.885	3.075	25.918	31.878
2021	4.377	5.091	39.336	48.804
2022	6.222	6.961	60.682	73.865
2023	6.023	7.108	61.441	74.572

Fonte: MS/SISVAN – altura X idade, 2014–2023.

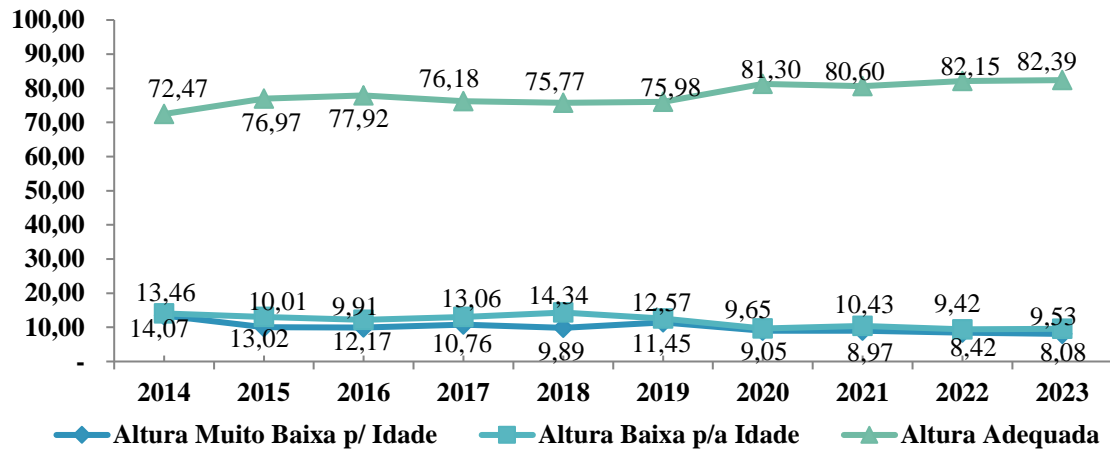
Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

De acordo com o percentual de crianças menores de 5 anos em situação de déficit estatural em relação à idade no período de 2014 a 2023 descritos no gráfico 07, percebe-se o percentual de crianças em situação de déficit estatural aparece muito abaixo em comparação às crianças que estão com a **altura adequada**. Conforme os dados expostos no referido gráfico, o percentual de crianças de até 5 anos em situação de **altura adequada** se manteve acima de 72% alcançando seu ápice em 2023 com 82,39%. Já os índices percentuais referentes a estatura de crianças com altura muito baixa e altura baixa se mantiveram baixos em toda a série histórica. Os



índices de crianças com altura muito baixa alcançaram máxima de 14,07% em 2014 e criança com altura baixa chegou à máxima de 14,34% em 2018.

Gráfico 07 – Percentual de crianças menores de 5 anos no estado do Pará, por situação de estatura em relação à idade (altura x idade) – 2014–2023.



Fonte: MS/SISVAN – Altura X Idade, 2014–2023.
Elaboração: CES/FAPESPA, 2023.

Diante do exposto, os dados mostram a importância de ações que priorizem a prevenção do baixo peso ao nascer, que envolvam uma série de medidas, incluindo o acesso a cuidados pré-natais de qualidade, a promoção de dietas saudáveis para gestantes, além de suporte adequado às mães em situação de vulnerabilidade social.

Investir na saúde das crianças nos primeiros anos de vida é um investimento no futuro. É fundamental ampliar estratégias que visem melhorar a qualidade de vida e o desenvolvimento saudável dos indivíduos desde o nascimento. Somente através de ações coordenadas e políticas eficazes, alinhadas às metas do ODS 2, poderemos reverter a tendência alarmante de crianças nascidas com baixo peso no Pará, garantindo, assim, que elas cresçam saudáveis e alcancem seu pleno potencial de crescimento estatural e de peso.

3. ODS 3 SAÚDE E BEM-ESTAR



O Objetivo 3 da ONU se propõe a assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos. No que se refere ao seu alcance no âmbito das crianças e adolescentes, alinha-se diretamente com as seguintes metas: Meta 3.2 - “acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos (...)”; Meta 3.7 - “assegurar o acesso universal aos serviços



de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais”; e Meta 3.b - “(...) proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis (...)”.

Os direitos das crianças e adolescentes ganharam notoriedade e embasamento específico e legal no século XX, tendo como principal marco internacional a Convenção sobre os Direitos das Crianças, adotada pela ONU em 1989, que foi o instrumento de direitos humanos mais aceito entre as nações, sendo ratificado por 196 países, dentre eles o Brasil, em 1990.

Para efeito desta convenção, consideram-se crianças as pessoas com idade menor que 18 anos. Além disso, foi assinalada a “necessidade de proteção e cuidados especiais, incluindo a devida proteção legal, tanto antes quanto após o nascimento, das crianças, em virtude de sua falta de maturidade física e mental” (ONU, 1989).

Sobre a saúde, especificamente o art. 24 dispõe que os Estados-Partes reconhecem o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços de tratamento de doenças, assim como da recuperação da saúde, tendo em vista reduzir a mortalidade infantil, prestar assistência médica dando ênfase aos cuidados primários, combater doenças e desnutrição, oferecer atendimento pré-natal e pós-natal adequado, assegurar assistência médica preventiva e eliminar práticas tradicionais que sejam prejudiciais à saúde da criança, dentre outros.

No Brasil, o direito da criança está legalmente amparado pela Constituição Federal de 1988 (CF), art. 227, e pela Lei nº 8.069, de 1990 (ECA). Sendo assim, na Constituição Federal, a saúde é prevista como direito social, em que “o Estado promoverá programas e assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais (...)” (CF, art.227, § 1º, 1988). No ECA, a saúde das crianças está como direito fundamental, assinalando que “a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (ECA, art. 7º, 1990).

Nesse contexto, ganha importância a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída no âmbito do SUS, com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança³, considerando sete eixos de ação estratégica:

- 1) Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido;
- 2) Aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
- 3) Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral;

³ A PNAISC contempla crianças e adolescentes de até 15 anos de idade para atendimentos em serviços de pediatria (lei nº 1.130/2015, art. 3º, parágrafo único).



- 4) Atenção integral à criança com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas;
- 5) Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz;
- 6) Atenção à saúde da criança com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade;
- 7) Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

Nesse sentido, a saúde das crianças e adolescentes em nosso país, em relação às metas do ODS 3, está intrinsecamente ligada às ações estatais. O estado de saúde-doença, bem como a mortalidade na infância, tem correlação direta com a condição de vulnerabilidade das famílias, fazendo com que o Estado seja mais atuante e presente. Essa atuação deve ocorrer por meio da gratuidade de atendimento disponibilizada pelo SUS, o que implica compreender também, que as temáticas e contextos de saúde e pobreza devem ser avaliados em conjunto, assim como a aplicação das políticas voltadas para a melhoria de seus índices.

3.1. Mortalidade infantil e na Infância

De acordo com o Ministério da Saúde (2018), a esperança de vida ao nascer é uma das maiores conquistas sociais do país nas últimas décadas, juntamente com a diminuição da mortalidade e da taxa de fecundidade. O órgão informa ainda que, até 2018, as afecções perinatais⁴ eram as principais causas de mortes em menores de 1 ano, com destaque para a prematuridade, malformação congênita, infecções perinatais e asfixia intraparto.

De modo geral, a redução da mortalidade na infância (menores de 5 anos), a partir da década de 1990, foi resultado de inúmeras estratégias políticas. Entre as principais ações destacam-se a ampliação do acesso à vacinação, o aumento das taxas de aleitamento materno, a elevação do nível de escolaridade da mãe e a expansão da cobertura da Atenção Básica à Saúde. A partir da década de 2000, a implantação do Programa Bolsa Família também contribuiu para a diminuição da pobreza e, conseqüentemente, para melhores condições de saúde e utilização do serviço de atenção à saúde (MS, 2018).

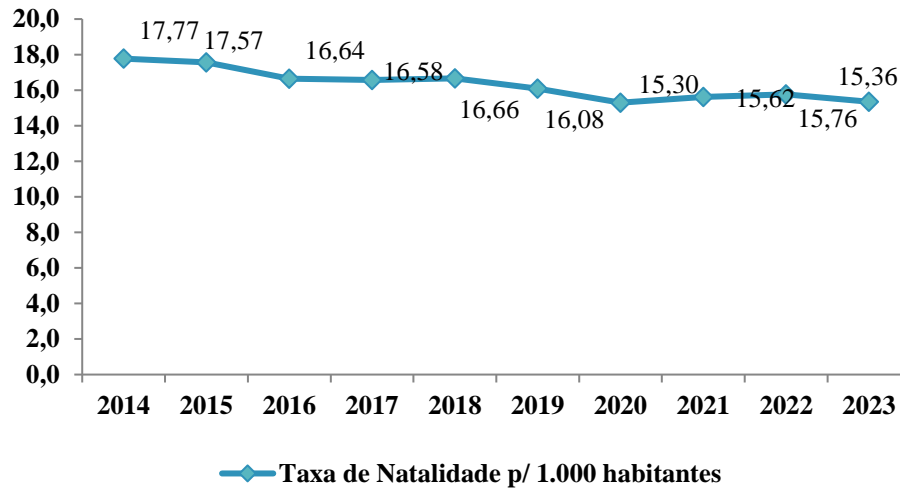
A taxa de natalidade é um indicador relevante para a análise da saúde, uma vez que representa também os nascidos vivos ou os que não morreram em decorrência de complicações no período gestacional, parto ou nascimento. Além disso, é um dado que se pode correlacionar com as taxas de mortalidade e/ou longevidade, mensurando, em longo prazo, a eficácia das ações

⁴ Para o DATASUS, perinatal é considerado o período que inicia em 22 semanas completas de gestação e termina com sete dias completos após o nascimento. Fonte: <<http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>>.



de promoção da saúde. No Pará, a natalidade tem demonstrado tendência de diminuição em seu índice. Conforme o gráfico 08, o indicador de natalidade apresentava taxa de 17,7 em 2014, declinando para 15,36 em 2023, com diferença de 2,41 nascidos vivos.

Gráfico 08 – Evolução da taxa de natalidade por 1.000 habitantes no estado do Pará – 2014–2023.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC (2012 – 2021)/MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC - Dados preliminares - 2023.

Nota: *os dados populacionais de 2022 são do Censo Demográfico 2022, porém, os dados de 2023 são estimativas da Fapespa, que foram baseadas em estimativas populacionais do IBGE, atualizadas em 05/09/2022. Período desta coleta: 06/06/2024.

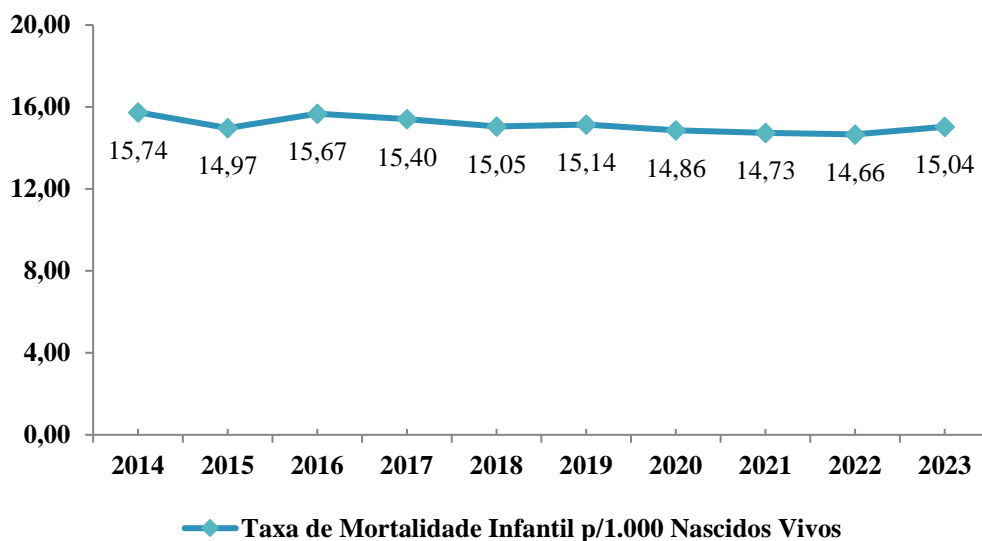
Elaboração: CES/FAPESPA, 2023.

Segundo o relatório da ONU (2015), cerca de 69% das mortes infantis poderiam ser evitadas e estão relacionadas ao atendimento inadequado na gestação, no parto e ao recém-nascido. A média nacional da taxa de mortalidade infantil estipulada pela ONU para ser alcançada até 2030 é de 12 por 1.000 nascidos vivos (mortalidade neonatal) e 25 por 1.000 nascidos vivos (mortalidade de crianças menores de 5 anos).

Assim como a natalidade, a mortalidade infantil entre crianças menores de 1 ano, no Pará, apresentou tendência de diminuição, com maior índice em 2014, quando registrou 15,74 mortes a cada 1.000 nascidos vivos. Enquanto isso, o menor índice ocorreu em 2022, com 14,66 mortes a cada 1.000 nascidos vivos, representando uma variação de -1,08 (Gráfico 09). Em 2023, o índice chegou a 15,04 mortes.



Gráfico 09 – Evolução da taxa de mortalidade infantil entre crianças menores de 1 ano (por 1.000 habitantes) no estado do Pará – 2014–2023.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, (2012 – 2021)/ MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM - Dados preliminares - 2023.
Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

Concernente às RIs do estado, considerando a série de 10 anos proposta na tabela 07, a RI Tapajós foi aquela que apresentou as maiores taxas de mortalidade infantil em relação às demais regiões no período analisado. Especificamente em 2016 (21,30), 2017 (22,23) e 2021 (20,59), o número de mortes de crianças menores de 1 ano ultrapassou 20 para cada 1.000 nascidos vivos. Por outro lado, os índices mais positivos no período, com as menores taxas, foram demarcadas pelas RIs Lago de Tucuruí, com 10,91 (2018) e 11,30 (2022); Rio Capim, com 11,37 (2022) e 11,75 (2019); e Rio Caeté, com 11,86 (2021).

Considerando o ano mais recente (2023), a RI Tapajós obteve o maior índice (20,48), seguida pelas RIs Araguaia (17,18) e Baixo Amazonas (17,09), enquanto as menores taxas foram registradas em Xingu (12,24), Rio Capim (12,39) e Rio Caeté (12,71).

Em comparação com o ano anterior (2022), oito RIs aumentaram a taxa, com as seguintes variações, em sequência decrescente: Lago de Tucuruí (2,59), Tapajós (2,1), Carajás (2,1), Araguaia (1,61), Baixo Amazonas (0,07), Rio Capim (1,02), Guamá (0,32) e Guajará (0,07). Por outro lado, apenas quatro RIs tiveram decréscimo, com destaque para a RI Xingu, que apresentou uma diminuição de 3,54 mortes. Seguidamente, estiveram as RIs Tocantins (-0,96), Rio Caeté (-0,57) e Marajó (-0,28).



Tabela 07 – Evolução da taxa de mortalidade infantil entre crianças menores de 1 ano, por 1.000 habitantes, do estado do Pará e por Região de Integração – 2014–2023.

Região de Integração	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total Pará	15,73	14,97	15,67	15,39	15,04	15,14	14,86	14,73	14,66	15,04
Araguaia	15,42	13,83	18,06	16,77	16,97	17,71	18,50	16,16	15,57	17,18
Baixo Amazonas	16,24	17,30	17,54	19,23	19,32	18,87	17,81	15,78	16,02	17,09
Carajás	13,00	13,86	15,82	15,67	13,53	13,77	12,10	12,46	12,29	14,39
Guajará	15,81	14,54	14,56	13,63	14,57	14,59	14,65	15,32	14,39	14,46
Guamá	16,70	13,24	12,29	12,03	13,66	12,48	14,60	12,90	14,71	15,02
Lago de Tucuruí	14,38	15,73	14,82	15,38	10,91	14,93	13,83	14,54	11,30	13,89
Marajó	15,92	17,71	16,07	14,88	14,02	15,74	13,29	15,00	15,96	15,68
Rio Caeté	15,24	12,67	15,41	16,35	17,06	12,74	13,34	11,86	13,28	12,71
Rio Capim	15,21	16,12	15,29	13,14	13,55	11,75	14,99	12,12	11,37	12,39
Tapajós	18,04	13,09	21,30	22,23	17,80	16,28	16,92	20,59	18,38	20,48
Tocantins	15,83	15,39	15,84	16,58	14,69	16,33	15,46	15,02	16,73	15,77
Xingu	19,29	13,87	16,04	13,97	14,68	15,88	12,81	17,65	15,78	12,24

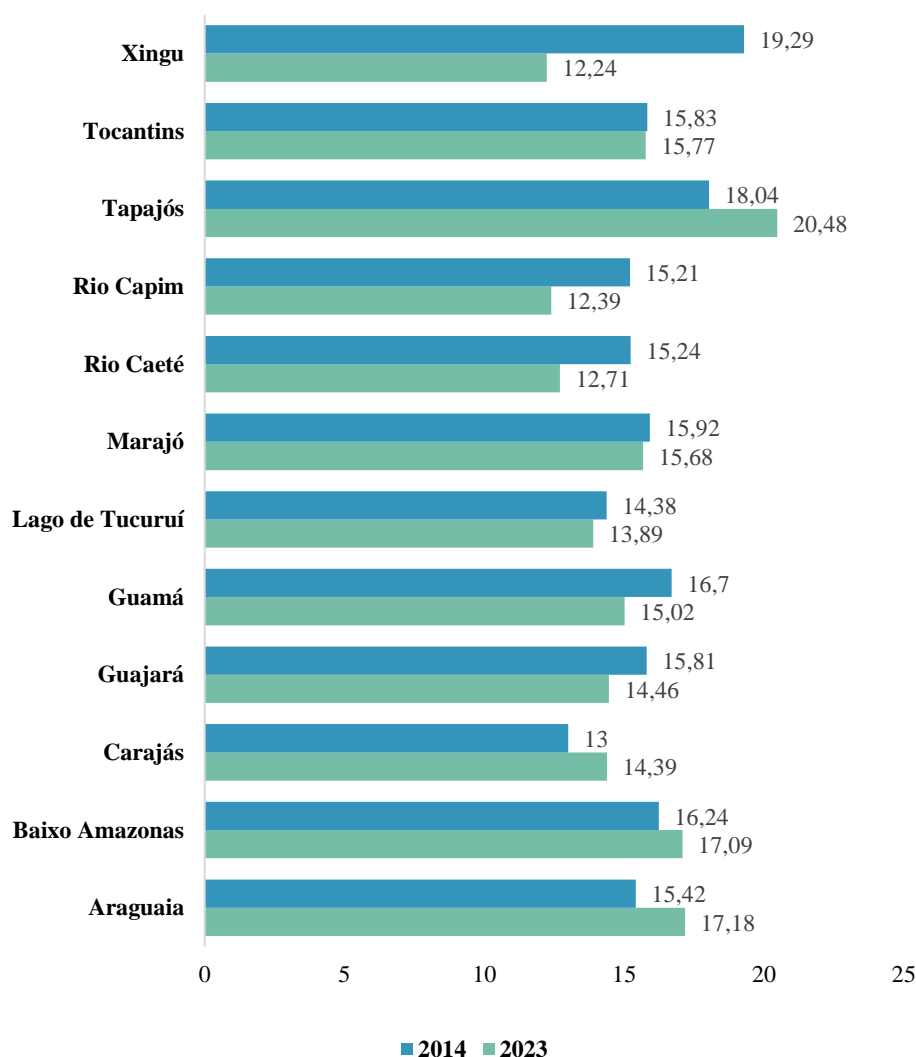
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, (2012 – 2021) / MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM - Dados preliminares - 2023.

Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

Destacando o primeiro e o último ano da série, observa-se, no gráfico 10, que a maioria das RIs conseguiu diminuir a taxa de mortalidade infantil (crianças menores de 1 ano de idade) no intervalo de 10 anos, sendo exceções somente as RIs Tapajós(2,44), Araguaia (1,76), Carajás (1,39) e Baixo Amazonas (0,85). A RI Xingu foi a região com a taxa mais alta de 2014 (19,29), porém, também conseguiu maior êxito na diminuição do indicador, com variação de -7,05 entre 2014 e 2023, alcançando, neste último ano, a menor taxa dentre as regiões (12,24). A segunda maior taxa de 2014 foi registrada na RI Tapajós (18,04). Essa região também obteve o maior crescimento no mesmo intervalo de tempo, com variação de 2,44 mortes, sendo ainda a RI com a maior taxa no ano de 2023.



Gráfico 10 – Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) entre crianças menores de 1 ano, nas Regiões de Integração do Pará – 2014 e 2023.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2017 – 2021)/MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM - Dados preliminares - 2023.
Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

A tabela 08 apresenta o ranking dos 10 municípios paraenses com maiores taxas de mortalidade infantil em 2023, sendo liderado por Eldorado dos Carajás (32,11), Belterra (32,05) e Ourém (26,79), respectivamente. Enquanto isso, os municípios de Ponta de Pedras (15,34) e São Domingos do Araguaia (16,48) apresentaram as menores taxas. Todos os municípios do ranking apresentaram índices superiores ao do estado (15,04).

Concernente à variação, em relação a 2014, todos acusaram crescimento da taxa, com a maioria superando 100%. As maiores variações ocorreram em São Domingos do Araguaia (509,89%), Ponta de Pedras (409,20%) e São Francisco do Pará (335,12%). Nota-se, ainda, que a RI Carajás teve o maior número de municípios no ranking (3).



Tabela 08 – Variação percentual das taxas de mortalidade infantil de crianças menores de 1 ano, nos 10 municípios do Pará com maiores índices – 2014–2023.

RI	Municípios	Taxa de mortalidade		Var. % (2014-2023)
		2014	2023	
Total Pará		15,73	15,04	-4,45
Carajás	São Domingos do Araguaia	2,70	16,48	509,89
Marajó	Ponta de Pedras	3,01	15,34	409,20
Guamá	São Francisco do Pará	4,48	19,51	335,12
Rio Capim	Ourém	7,46	26,79	258,93
Guamá	Santa Maria do Pará	8,04	26,63	231,07
Carajás	Eldorado dos Carajás	10,97	32,11	192,74
Baixo Amazonas	Belterra	12,50	32,05	156,41
Marajó	Bagre	9,12	21,43	134,86
Carajás	São Geraldo do Araguaia	9,17	18,43	100,92
Tocantins	Oeiras do Pará	11,40	22,08	93,77

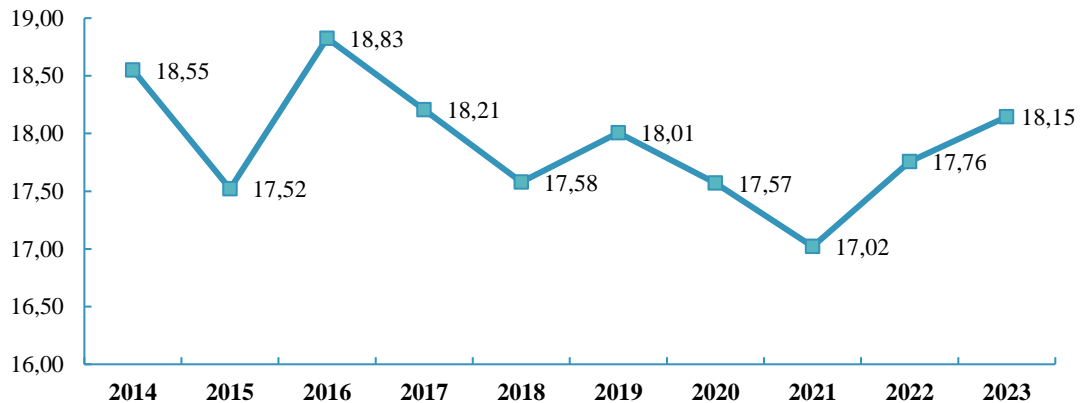
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2017 – 2021)/MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM - Dados preliminares - 2023.
Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

Considerando a meta de 12 mortes por 1.000 nascidos vivos (crianças de até 1 ano) estimada pela ONU para o Brasil alcançar até 2030, nota-se que o índice do Pará ainda se encontra acima do esperado, porém, com tendência de diminuição, apesar do pequeno crescimento entre 2022 e 2023. Dentre as RIs, Lago de Tucuruí (11,35) e Rio Capim (11,37) alcançaram o índice em 2022, mas registraram crescimentos no ano seguinte, voltando a apresentar taxas acima da meta. Em 2023, somente Rio Caeté, Rio Capim e Xingu alcançaram a meta de 12 mortes de crianças menores de 1 ano.

No que se refere à mortalidade na infância entre crianças menores de 5 anos, conforme o gráfico 11, o Pará obteve pequena diminuição quando comparados os anos de 2014 (18,55) e 2023 (18,15), índices superiores aos registrados para indivíduos de até 1 ano e com variação de -0,4 mortes. Observam-se oscilações consideráveis no decorrer dos anos, com maior variação negativa entre 2014 e 2015 (-1,03) e crescimento mais elevado entre 2015 e 2016 (1,31). A menor taxa foi registrada em 2021 (17,02) e a maior, em 2016 (18,83). Nos últimos dois anos analisados, a mortalidade em menores de 5 anos apresentou elevação, com aumento de 1,13 morte.



Gráfico 11 – Evolução da taxa de mortalidade na infância de crianças menores de 5 anos no Pará – 2014–2023.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2012 – 2021)/MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM - Dados preliminares - 2023.
Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

Em relação às RIs, considerando os dados na tabela 09, a Região de Integração Tapajós registrou as maiores taxas de mortalidade infantil, sendo 25,86 (2016), 24,50 (2017), 24,06 (2021) e 24,44 (2023). Por outro lado, as menores taxas foram em Lago de Tucuruí (13,13 em 2018), Rio Caeté (13,33 em 2021) e Carajás (13,99 em 2021).

Em 2023, as RIs Tapajós (22,44), Baixo Amazonas (21,17) e Marajó (21,07) apresentaram as maiores taxas de mortalidade infantil. A RI Tapajós teve um aumento de 3,35 mortes em relação a 2021, a maior evolução do período, enquanto a RI Baixo Amazonas obteve acréscimo de 2,59 e a RI Marajó registrou pequena retração de -0,52 mortes. As menores taxas de 2023 estiveram na RI Rio Capim (14,61) e na RI Xingu (14,95). A primeira apresentou aumento de 0,23 mortes em comparação ao ano anterior, enquanto a segunda teve registro de redução de -2,74 mortes.

Considerando a evolução entre 2022 e 2023, quatro regiões decresceram suas taxas, obtendo as seguintes variações: RI Xingu, com -0,56; RI Tocantins, com -2,12; RI Araguaia, com -0,98; e RI Marajó, com -0,52. As demais RIs tiveram acréscimos, sendo as maiores variações: RI Tapajós, com 3,35; RI Baixo Amazonas, com 2,59; RI Lago de Tucuruí, com 1,86; e RI Carajás, com 1,41.



Tabela 09 – Evolução da taxa de mortalidade na infância de crianças menores de 5 anos, no Pará e Regiões de Integração – 2014–2023.

Região de Integração	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total Pará	18,55	17,52	18,83	18,21	17,58	18,01	17,57	17,02	17,76	18,15
Araguaia	18,50	15,36	20,46	19,84	19,49	20,82	21,73	18,76	20,32	19,34
Baixo Amazonas	18,37	19,98	20,46	21,88	21,66	21,19	19,99	17,63	18,58	21,17
Carajás	15,77	15,77	18,72	18,39	16,89	16,23	14,58	13,99	15,65	17,06
Guajará	17,98	16,77	16,93	15,56	16,59	17,16	16,90	17,12	16,60	17,30
Guamá	18,80	15,14	15,06	14,40	15,49	14,32	17,25	14,52	17,22	17,69
Lago de Tucuruí	16,88	19,26	17,78	17,42	13,13	17,72	16,03	17,25	14,31	16,17
Marajó	21,14	21,39	21,28	19,26	18,36	19,70	16,87	18,59	21,59	21,07
Rio Caeté	18,38	14,06	17,90	19,62	19,00	15,12	15,90	13,33	15,08	15,75
Rio Capim	17,94	18,71	18,25	15,01	16,35	14,24	17,75	14,70	14,38	14,61
Tapajós	20,97	16,61	25,86	24,50	19,17	19,27	20,04	24,06	21,09	24,44
Tocantins	19,52	18,86	20,24	20,94	17,21	20,99	19,25	18,18	20,59	18,47
Xingu	21,70	17,10	19,61	17,64	17,56	18,83	14,99	20,11	17,69	14,95

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2012 – 2021)/MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM - Dados preliminares - 2023.
Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

Concernente à meta da ONU para o Brasil quanto à mortalidade na infância entre crianças de até 5 anos de idade, que é de 25 mortes por 1.000 nascidos vivos até 2023, o Pará apresentou índice abaixo do programado em todos os anos analisados (2014-2023). Observando o comportamento da taxa nas RIs, todas já alcançaram a meta, ou seja, possuem taxa menor que 25.

Considerando os dois anos que delimitam a série histórica (2014-2023), dispostos no gráfico 12, observa-se que a maioria das RIs diminuíram a taxa de mortalidade na infância (até 5 anos de idade), sendo exceção as RIs Tapajós, que obteve acréscimo de 3,47 mortes por 1.000 nascidos vivos; Baixo Amazonas, com variação de 2,8 mortes; e Araguaia, que registrou crescimento de 0,84 morte.

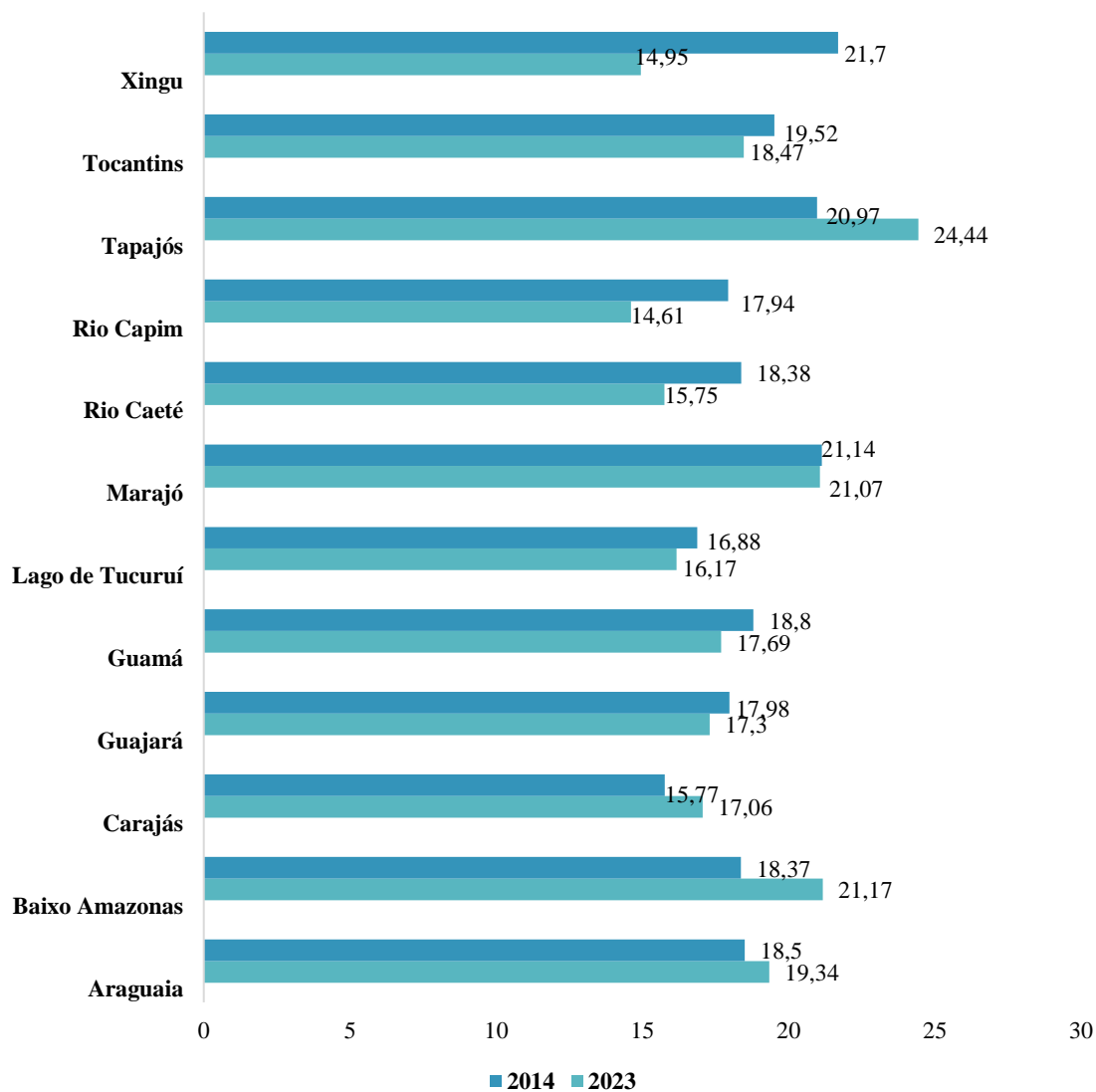
A RI Xingu apresentou maior índice em 2014 (21,7), diminuindo para 14,95 em 2023, com variação de -6,75 mortes, sendo a maior variação negativa na série histórica analisada. Essa RI também ficou na segunda colocação dentre as Regiões de Integração com menor índice em 2023. Já a segunda maior taxa de 2014 foi registrada na RI Marajó (21,14), que apresentou retração diminuta de 21,07 em 2023.

Em 2023, as quatro RIs com maiores taxas de mortalidade de crianças menores de 5 anos foram Tapajós (24,44), Baixo Amazonas (21,17), Marajó (21,07) e Araguaia (19,34),



respectivamente. As menores taxas estiveram em Rio Capim (14,61), Xingu (14,95), Rio Caeté (15,75) e Lago de Tucuruí (16,17), sequencialmente.

Gráfico 12 – Taxa de mortalidade na infância de crianças menores de 5 anos, por Região de Integração do estado do Pará – 2014–2023.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2017 – 2022)/MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM - Dados preliminares - 2023.
Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

O ranking dos 10 municípios paraenses com as maiores taxas de mortalidade na infância, entre crianças de até 5 anos de idade, em 2023, disposto na tabela 10, mostra Belterra (35,26), Eldorado dos Carajás (34,4) e Santa Maria (32,54) com as taxas mais elevadas, nessa ordem. Todos os 10 municípios tiveram crescimento na taxa de mortalidade, com maior variação percentual em São Domingos do Araguaia (509,89%), São Francisco do Pará (443,9%) e Santa



Maria do Pará (304,64%). Ressalta-se, ainda, que os municípios do ranking estão em maior concentração nas RIs Carajás e Guamá, com quatro e dois municípios na lista, respectivamente.

Tabela 10 – Variação percentual das taxas de mortalidade na infância de crianças menores de 5 anos, nos 10 municípios do estado do Pará com maiores índices – 2014–2023.

R.I.	Municípios	Taxa de mortalidade		Var.% (2014-2023)
		2014	2023	
Total Pará		18,55	18,15	-2,18
Carajás	São Domingos do Araguaia	2,70	16,48	509,89
Guamá	São Francisco do Pará	4,48	24,39	443,90
Guamá	Santa Maria do Pará	8,04	32,54	304,64
Marajó	Bagre	9,12	28,57	213,14
Baixo Amazonas	Belterra	12,50	35,26	182,05
Rio Capim	Ourém	11,19	31,25	179,17
Carajás	São Geraldo do Araguaia	9,17	25,35	176,27
Carajás	Eldorado dos Carajás	14,63	34,40	135,24
Araguaia	Água Azul do Norte	16,48	32,26	95,70
Carajás	Palestina do Pará	10,00	19,42	94,17

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2017 – 2022)/MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM - Dados preliminares - 2023.

Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

3.2. Vacinação

A vacinação no Brasil tem como um dos principais instrumentos o Programa Nacional de Imunizações (PNI), que tem como objetivo coordenar as ações de maneira a ampliar a continuidade e a área de cobertura, buscando expandir a utilização dos imunizantes. Essa ampliação da vacinação em crianças é uma das causas do avanço no combate da mortalidade infantil, doenças e comorbidades, como é o caso da erradicação da varíola, interrupção da poliomielite e do sarampo autóctone, diminuição considerável da rubéola, além da queda acentuada nos casos de meningite, difteria e tétano neonatal (MS, 2018).

A poliomielite, conhecida como paralisia infantil, é uma doença causada por vírus, que possui três sorotipos distintos (PV1, PV2 e PV3) e que tem como característica um quadro de paralisia que inicia subitamente e, geralmente, compromete o sistema neurológico, lesando os membros inferiores. É transmitida por contato direto, pela via oral e fecal-oral ou por alimento e água contaminados com fezes de pessoas com o vírus. A poliomielite causada pelo poliovírus selvagem tipo 2 (PV2) foi declarada erradicada no país em 2015, assim como aquela pelo poliovírus selvagem tipo 3 (PV3) em 2019 (MS, 2022).

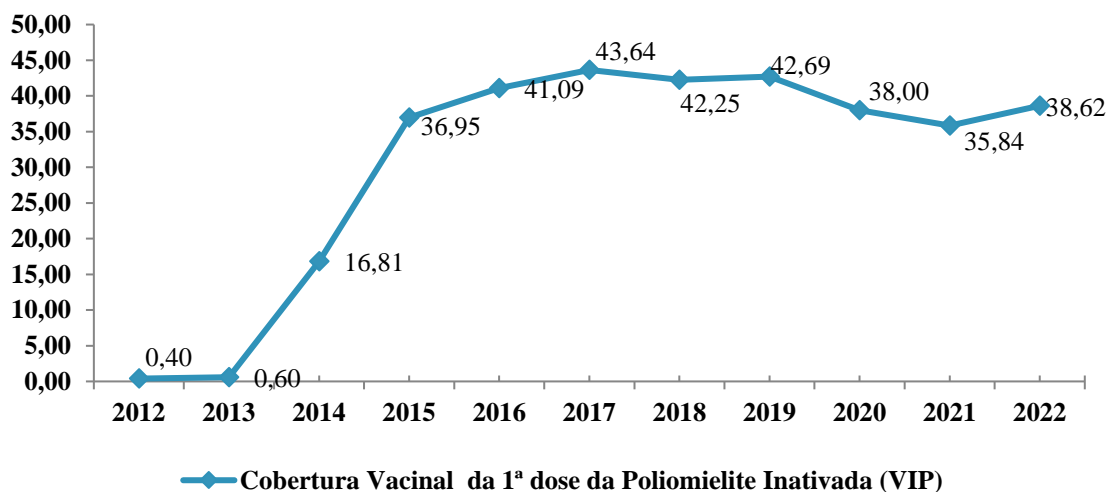


O MS (2022) alerta que existe outra forma de poliomielite e que pode se espalhar em comunidades: o poliovírus derivado da vacina (VDPV), que tem aumentado nos últimos anos em decorrência da baixa taxa de imunização. Outro fator de risco de reintrodução da doença é a falta de saneamento básico, ainda comum no país. Como ainda existe incidência em outros países e a vacinação é a única forma de prevenção, a recomendação é que todas as crianças menores de 5 anos sejam vacinadas para evitar a disseminação.

Entre 2018 e 2022, em estudo considerando as crianças e adolescentes menores de 15 anos, foram notificados 1.738 casos de paralisia flácida aguda (PFA) no Brasil, sendo 45 casos no Pará. Quanto às coberturas vacinais, as regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores taxas para crianças de 1 ano de idade, assim como na cobertura das doses de reforço (MS, 2022). A partir de 2020, essa diminuição tem como principal fator as circunstâncias decorrentes da pandemia de Covid-19.

O gráfico 13 ilustra o avanço da evolução da cobertura vacinal da 1ª dose contra a poliomielite no Pará, no decorrer dos últimos 10 anos (2012 a 2022). Em 2012 e 2013, esse índice era menor que 1, evoluindo para 16,81 em 2014 e 36,95 em 2015. Nos anos posteriores, essa cobertura vacinal sofreu pequenas variações, permanecendo entre 35,84 e 43,64. Em 2022, o alcance foi de 38,62.

Gráfico 13 – Evolução da cobertura vacinal da 1ª dose da vacina inativada contra a poliomielite (VIP) em crianças de até 1 ano de idade no Pará – 2012–2022.



Fontes: Imunizações - Doses Aplicadas/DATASUS - Gerado em 28/09/2023, às 10:38:38/2000 a 2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/DAENT/CGIAE.

Elaboração: CES/FAPESPA, 2023.

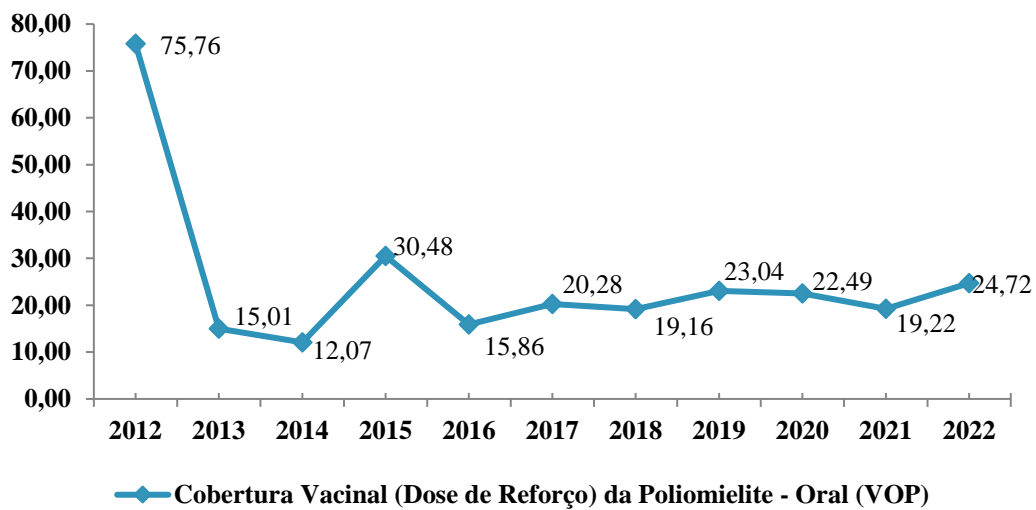
Nota 1: os dados populacionais para esta faixa etária foram estimados a partir das estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/DAENT/CGIAE.

Nota 2: esquema sequencial - a vacina VIP será aplicada aos 2, 4 e 6 meses de idade, com reforço aos 15 meses. No segundo reforço (entre 4 e 6 anos de idade), será utilizada a vacina VOP.



No gráfico 14, a evolução da cobertura vacinal de reforço contra poliomielite no Pará, destinada às crianças de até 4 anos de idade, aparece com alto índice em 2012 (75,76), diminuindo significativamente em 2013 (15,01) e 2014 (12,07). Nos anos seguintes, de 2015 a 2022, essa cobertura se manteve nas faixas de 30,48 (2015) a 24,72 (2022). Apesar da diminuição entre os anos de 2020 e 2021, voltou a crescer em 2022.

Gráfico 14 – Evolução da cobertura vacinal (dose de reforço) da vacina oral contra a poliomielite (VOP) em crianças de até 4 anos de idade no Pará – 2012–2022.



Fontes: Imunizações - Doses Aplicadas/DATASUS - Gerado em 28/09/2023, às 10:38:38/2000 a 2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/DAENT/CGIAE.

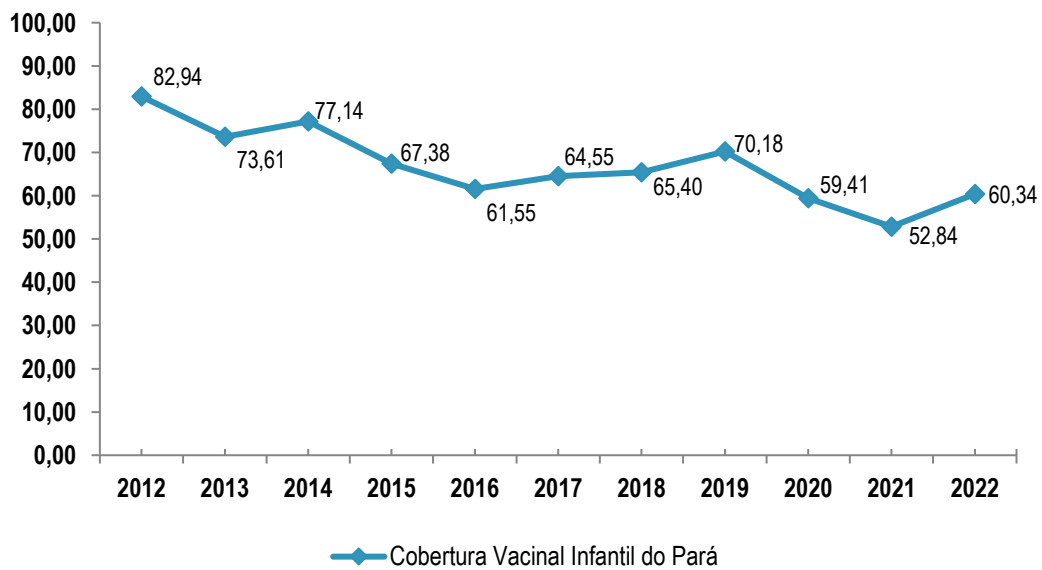
Elaboração: CES/FAPESPA, 2023.

Nota: os dados populacionais para esta faixa etária foram estimados a partir das estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/DAENT/CGIAE.

A cobertura vacinal infantil apresentada no gráfico 15 diz respeito a 22 imunológicos, descritos em nota. A evolução apresentada demonstra diminuição de -22,6 desta cobertura, quando realizada a comparação do intervalo de 10 anos de análise (2012-2022). O ano de 2012 foi o que obteve o maior registro de aplicações de vacinas, enquanto 2021 apresentou o menor. É importante considerar que o decréscimo identificado entre 2019 e 2021 (variação -17,34) pode ter correlação com as medidas executadas no período pandêmico de Covid-19.



Gráfico 15 – Evolução da cobertura vacinal infantil no Pará – 2012–2022.



Fontes: Imunizações - Doses Aplicadas/DATASUS - Gerado em 28/09/2023, às 10:38:38/2000 a 2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/DAENT/CGIAE.

Elaboração: CES/FAPESPA, 2023.

Nota: a cobertura é referente aos seguintes imunológicos: BCG, Hepatite B em crianças de até 30 dias, Rotavírus Humano, Meningococo C, Hepatite B, Penta, Pneumocócica, Poliomielite, Febre Amarela, Hepatite A, Pneumocócica (1º ref.), Meningococo C (1º ref.), Poliomielite (1º ref.), Tríplice Viral D1, Tríplice Viral D2, Tetra Viral (SRC+VZ), DTP, Tríplice Bacteriana (DTP) (1º ref.), Sarampo, *Haemophilus influenzae b*, Tetravalente (DTP/Hib.) (TETRA); anos 2012-2022.

3.3. Gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência é uma questão basilar tanto na área da saúde como no desenvolvimento em outros aspectos da vida. No Brasil, segundo o IPEA (2021), em 2018, a taxa de fecundidade na adolescência (58 nascimentos por 1.000 meninas de 15 a 19 anos de idade) se mostrou ligeiramente abaixo da registrada na América Latina (62), mas com índice acima do Chile (40), Peru (56) e outros países da Europa, Ásia e América do Norte, por exemplo. Constitui-se ainda em um desafio voltado para a redução desse indicador e, conseqüentemente, para melhorias em outras vulnerabilidades.

Segundo o UNICEF (2011), a gravidez na adolescência também é uma situação de vulnerabilidade que traz conseqüências em vários aspectos da vida com impactos na saúde, no desempenho escolar e na formação para o trabalho. Afirma, ainda, que “a gravidez na adolescência é um dos mais importantes fatores para a perpetuação de ciclos intergeracionais de pobreza e exclusão” (UNICEF, 2011).

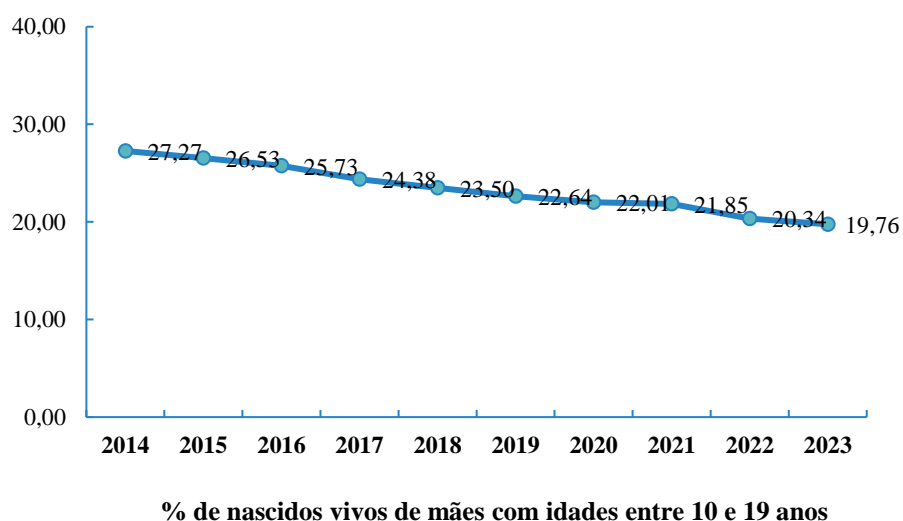
A discussão trazida pelo IPEA (2021) discorre sobre o contexto socioeconômico ser como uma via dupla, sendo, de um lado, determinante nas chances de ocorrência de uma gravidez prematura e, de outro, definindo como a gravidez será vivenciada, os efeitos na vida escolar e laboral dessas adolescentes, bem como o contexto de vivência da própria criança assim nascida, podendo se constituir, dessa maneira, em um ciclo de exclusão social.



De outro modo, adolescentes pertencentes às camadas sociais mais pobres têm maior probabilidade de abandonar a escola e entrar precocemente no mercado de trabalho, tendo maior prejuízo na educação e na qualificação laboral. De modo específico, a gravidez para mães adolescentes é um obstáculo ao seu desenvolvimento social e tem correlação direta com a saúde, pobreza, desigualdade, baixa escolaridade e participação das mulheres no mercado de trabalho. De acordo com o IPEA (2021), “para os jovens que não tiveram filhos antes da vida adulta, o primeiro estudo encontra um aumento na quantidade de anos de estudos e no salário, enquanto o segundo destaca um aumento nas chances de conclusão do ensino médio e da participação feminina no mercado de trabalho”.

No estado do Pará, mães na faixa etária de 10 a 19 anos, que engloba meninas crianças e adolescentes, são recorrentes. O percentual de nascidos vivos de mães nesta idade ultrapassou os 20% nos anos de 2014 a 2022, de acordo com o gráfico 16. Posteriormente, sofreu pequena redução para 19,76% em 2023. É relevante observar que este percentual vem apresentando decréscimo constante, saindo de 27,27% para 19,76% no período analisado (variação de -7,51 p.p.).

Gráfico 16 – Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos em relação ao total de nascidos vivos no estado do Pará – 2012–2023.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC (2012 – 2022)/MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC - Dados preliminares – 2023.
Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

No que diz respeito especialmente à saúde, a OMS afirma que a gestação em idade precoce aumenta as complicações para a mãe, para o feto e para o recém-nascido, e está relacionada a um percentual das mortalidades materna e infantil. O adolescente deve, portanto,



ter acesso à informação, ao aconselhamento e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva integrais⁵.

O número de óbitos maternos por faixa etária, constante na tabela 11, permite identificar que o quantitativo de mães crianças e adolescentes na faixa de 10 a 14 anos de idade que morreram em decorrência do parto apresentou poucas variações nos anos em destaque. Já as adolescentes na faixa de 15 a 19 anos, na mesma situação, registraram maiores variações e números bem superiores às mães de 10 a 14 anos de idade. Somando as duas faixas etárias, tem-se 14,4% dos óbitos registrados no Pará em 2023, ficando atrás apenas da faixa de 20 a 29 anos, que correspondeu a 39,7% do total de óbitos no estado, neste mesmo ano.

Tabela 11 – Número de óbitos maternos, por faixa etária e ano do óbito da mãe, no Pará – 2012–2023.

Faixa etária	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
10 a 14 anos	1	1	-	-	-	3	2	2	2	1
15 a 19 anos	25	11	24	19	29	19	16	23	10	11
20 a 29 anos	53	57	38	53	47	59	53	73	51	33
30 a 39 anos	33	23	32	45	30	33	49	59	32	29
40 a 49 anos	5	3	9	12	2	7	12	8	4	9
50 a 59 anos	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Total	117	95	103	129	108	121	132	166	99	83

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2017 – 2022)/MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM - Dados preliminares - 2023.

Elaboração: CES/FAPESPA, 2024.

CONCLUSÃO

Em face ao exposto, esta nota técnica dedicou-se a apresentar uma análise breve a respeito da proteção da infância e adolescência no estado do Pará, em atenção à manutenção da qualidade de vida das crianças e adolescentes por meio dos direitos garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), alinhado com os três primeiros Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), que impactaram a vida das crianças e dos adolescentes no contexto estadual no período de 10 anos (2012-2022), a partir da análise dos indicadores nacionais, do Pará e das RIs a respeito dos objetivos que visam: (I) acabar com a pobreza em todas as suas formas e em todos os lugares; (II) acabar com a fome,

⁵ Dados retirados do site <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-do-adolescente> e do Plano de Ação para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente 2018-2030, da OMS.



alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável; e (III) assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar ao público analisado.

Neste sentido, os dados que envolvem a temática da erradicação da pobreza apontam para uma conjuntura complexa no universo em que está inserida a juventude no Pará. Os resultados mostraram que as taxas de pobreza no estado, segundo o CadÚnico e o IBGE, passaram por algumas variações no período analisado. Sendo assim, a população de crianças e adolescentes que está inserida em famílias com condições vulneráveis é a mais suscetível a um ambiente insalubre ligado às questões de moradia, risco de doenças relacionadas ao saneamento básico ou insegurança alimentar, exposição à fome, falta de informação e/ou educação, maior exposição às violências, prática de trabalho infantil, entre outras.

Cabe ressaltar que a grande maioria das crianças e adolescentes inscritos no CadÚnico são beneficiárias do PBF, correspondendo a mais de 80% do total desta categoria. Embora o cenário econômico tenha beneficiado boa parte de pessoas pobres, o número de famílias em situação de pobreza continua elevado. Portanto, é necessário o desenvolvimento de políticas públicas no intuito de alcançar as metas estipuladas no ODS 1 através de distribuição de renda e inclusão social.

No âmbito da erradicação da fome, os dados apresentados evidenciam a necessidade urgente de se promoverem ações efetivas para combater a fome e a desnutrição no estado. A fome não é apenas uma questão de falta de alimentos, mas, também, de acesso, distribuição e desperdício de alimentos. Neste sentido, os dados utilizados para analisar a situação de saúde, como o crescimento estatural e o peso de crianças nos primeiros cinco anos de vida, mostram que o baixo peso ao nascer e a baixa estatura, apesar de não terem taxas elevadas, ainda são questões de relevância significativa, que merecem atenção especial do estado.

Em última análise, o conjunto de indicadores ligados à temática de saúde e bem-estar, analisado mediante o público específico deste trabalho, aborda a importância de uma vida saudável e a promoção do bem-estar que são direitos assegurados às crianças e adolescentes, previstos pela Constituição Brasileira de 1988 e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sendo o terceiro Objetivo definido pela Organização das Nações Unidas (ONU), com agenda a ser cumprida no mundo até 2030. Esta temática traz um diagnóstico acerca dos indicadores relacionados ao setor da saúde no estado, tais como: mortalidade infantil, cobertura vacinal, gravidez na adolescência e óbitos maternos.

De acordo com os indicadores de saúde e bem-estar, foi possível observar um movimento positivo em relação às conquistas sociais, principalmente, no que concerne à diminuição da mortalidade e da taxa de fecundidade, que resultou de inúmeras estratégias de políticas públicas



que conseguiram promover a ampliação do acesso à vacinação, das taxas de aleitamento materno, do nível de escolaridade da mãe, da cobertura da Atenção Básica à saúde e de programas sociais como Programa Bolsa Família, que contribuiu na diminuição da pobreza e, conseqüentemente, para as condições de saúde e utilização do serviço de atenção à saúde.

Cabe também destacar as conquistas na cobertura vacinal infantil, com números bons de registro de aplicações de vacinas durante o período analisado. O estudo apontou que, a partir dos instrumentos, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) contribuiu de maneira positiva na cobertura e ampliação da vacinação em crianças, no avanço do combate e erradicação da mortalidade infantil e de doenças e comorbidades, como a varíola, a poliomielite e o sarampo, além de apontar para a diminuição considerável da rubéola e para a queda acentuada nos casos de meningite, difteria e tétano neonatal (MS, 2018). É importante mencionar também que o período pandêmico de Covid-19 contribuiu para uma queda na cobertura vacinal, identificada entre 2019 e 2021.

Com relação à gravidez na adolescência no estado do Pará, o percentual de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 19 anos é recorrente e ultrapassa os 20% em todos os anos constantes. Este fato aponta efeitos que comprometem tanto a vida escolar e laboral desses adolescentes quanto das crianças assim nascidas, fatores que acabam empurrando esses adolescentes para um ciclo de exclusão social.

Em conclusão, mediante os dados apresentados nesta nota, constatou-se que, apesar dos avanços na promoção da qualidade de vida de crianças e adolescentes no estado do Pará, ainda há um longo caminho para alcançar as metas estipuladas pela ONU, por meio dos ODS. Cabe ressaltar que a erradicação da pobreza e da fome, bem como a promoção da segurança alimentar, saúde e de bem-estar evidenciam a necessidade de ações concretas em nível global, nacional e local no enfrentamento dos desafios e no alcance das metas da Agenda 2030.



REFERÊNCIAS:

BRASIL. REPÚBLICA FEDERATIVA DO. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 26 out. 2024.

_____. **Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente. Brasília, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 30 nov. 2023.

_____. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 01 nov. 2024.

_____. **Decreto nº 11.016, de 29 de março de 2022**. Regulamenta o cadastro único para programas sociais do Governo Federal, instituído pelo art. 6º-F, da lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

_____. **Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_crianca_adolescente_3ed.pdf>. Acesso em: 25 out. 2024.

_____. **Decreto nº 11.566, de 16 de junho de 2023**. Regulamenta a Medida Provisória nº 1.164, 2 de março de 2023, para disciplinar a gestão dos benefícios financeiros do programa Bolsa Família e a administração de seus pagamentos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11566.htm>. Acesso em: 16 out. 2024.

_____. **Lei nº 14.601, de 19 de junho de 2023**. Institui o Programa Bolsa Família; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social), a Lei nº 10.820, de 17 de dezembro de 2003, que dispõe sobre a autorização para desconto em folha de pagamento, e a Lei nº 10.779, de 25 de novembro de 2003; e revoga dispositivos das Leis nº 14.284, de 29 de dezembro de 2021, e 14.342, de 18 de maio de 2022, e a Medida Provisória nº 1.155, de 1º de janeiro de 2023. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14601.htm>. Acesso em 16 out. 2024.

FUNDAÇÃO ABRINQ PELOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ABRINQ). **A Criança e o Adolescente nos ODS: Marco zero dos principais indicadores brasileiros - ODS 1, 2, 3 e 5**. São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://www.fadc.org.br/sites/default/files/2019-08/ODS-1-2-3-5.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2024.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades**. UNICEF, Brasília, 2011.



_____. **Pobreza Infantil Monetária no Brasil: impactos da pandemia na renda de famílias com crianças e adolescentes.** UNICEF, 2022. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/relatorios/pobreza-infantil-monetaria-no-brasil>>. Acesso em: 17 out. 2024.

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ (PARÁ). **Relatório Local Voluntário sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável do Estado do Pará. Ano 2021.** Belém, 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Gravidez na adolescência: conciliação de vida familiar e trabalho dos jovens em Recife.** Brasília: Rio de Janeiro, IPEA, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Assistência à Saúde Coordenação Materno-Infantil. **Manual De Assistência Ao Recém-Nascido.** Brasília, 1994. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0104manual_assistencia.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

_____. **Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde.** Brasília, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf>. Acesso em: 14 out. 2024.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos.** Brasília: MS, 2013.

_____. **Política nacional de atenção à saúde da criança: orientações para implementação.** Brasília: MS, 2018.

_____. **Saúde da criança: o peso infantil é um importante indicador.** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-querer-ter-peso-saudavel/noticias/2021/saude-da-crianca-o-peso-infantil-e-um-importante-indicador>>. Acesso em: 18 out. 2024.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico 47. Poliomielite: das conquistas ao risco de reintrodução do vírus no País.** Brasília: MS, 2022.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Fome Zero: Uma História Brasileira.** Brasília, 2010. Disponível em: <<https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/brasil-sem-fome>>. Acesso em: 06 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção dos direitos da criança.** ONU, 1989. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>>.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Plano de ação para a saúde da mulher, da criança e do adolescente 2018-2030 da OMS.** 2018. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49609>>.



PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Acompanhando a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável/Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.** Brasília: PNUD, 2015. Disponível em <<https://www.undp.org/pt/brazil/publications/acompanhando-agenda-2030>>. Acesso em: 28 out. 2024.

ROCHA, Sonia. **Do consumo observado à linha de pobreza.** Pesquisa e Planejamento Econômico, v. 27, n. 2, 1997. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Disponível em: <<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5435>>. Acesso em: 04 out. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento Científico de Nutrologia. **Manual de Avaliação Nutricional.** São Paulo: SBP. 2021. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22962e-ManAval_Nutricional-2Ed_Atualizada_SITE.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.