



A Criança e o Adolescente nos ODS

Marco zero dos principais indicadores brasileiros

ODS 1, 2, 3 e 5





CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Presidente: Carlos Antonio Tilkian

Vice-Presidente: Synésio Batista da Costa

Conselheiros

Carlos Antonio Tilkian, David Baruch Diesendruck, Desembargador Antonio Carlos Malheiros, Eduardo José Bernini, Fernando Vieira de Melo, Hector Nuñez, Humberto Barbato, José Eduardo Planas Pañella, Luiz Fernando Brino Guerra, Morvan Figueiredo de Paula e Silva, Otávio Lage de Siqueira Filho, Rubens Naves, Synésio Batista da Costa e Vitor Gonçalves Seravalli

Conselho Fiscal

Bento José Gonçalves Alcoforado, Mauro Antonio Ré e Sérgio Hamilton Angelucci

Secretaria Executiva

Administradora Executiva

Heloisa Helena Silva de Oliveira

Gerente de Desenvolvimento de Programas e Projetos

Denise Maria Cesario

Gerente de Desenvolvimento Institucional

Victor Alcântara da Graça

Políticas Públicas

Maitê Gauto, Marta Volpi, João Pedro Sholl Cintra, Kássia Beatriz Bobadilla, Carolina Mafessoni e Renato Alves dos Santos

FICHA TÉCNICA

Texto

João Pedro Sholl Cintra, Kássia Beatriz Bobadilla e Maitê Gauto

Edição

Heloisa Helena Silva de Oliveira e Maitê Gauto

Colaboração

Carolina Mafessoni, Flávio Antunes Debique, Gislaíne Cristina de Carvalho Pita, Marta Volpi, Raquel Farias Meira, Victor Alcântara da Graça e Viviana Santiago

Ilustração

Caiena

Revisão de Texto e Copy Desk

Eros Camel | © Camel Press

Projeto Gráfico e Diagramação

Priscila Hlodan

Impressão

Nywgraf Editora Gráfica Ltda

Tiragem

200 exemplares

ISBN

978-85-88060-91-3



A Criança e o Adolescente nos ODS

Marco zero dos principais
indicadores brasileiros

ODS 1, 2, 3 e 5

1ª edição

São Paulo

Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente

2017

Carta do Presidente

Os **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)** têm sido objeto da incidência política da Fundação Abrinq junto ao governo federal desde 2014. Mais do que uma mera agenda internacional, os ODS são uma grande oportunidade para avançarmos na construção das políticas públicas necessárias à promoção da qualidade de vida e da cidadania das crianças e dos adolescentes no Brasil.

Ao longo desses três anos, participamos ativamente das negociações internacionais da então chamada “Agenda Pós-2015”, que discutia o futuro das ações globais de desenvolvimento a partir do encerramento do prazo para que os Estados-Membros da Organização das Nações Unidas (ONU) cumprissem as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e de acordos internacionais de meio ambiente.

Nossa atuação tem sido conjunta com diferentes organizações e grupos da sociedade civil que já acompanhavam os debates, como a Estratégia ODS e o Grupo de Trabalho (GT) da Sociedade Civil na *Agenda 2030*, parceiros diários na incidência pela implementação dos ODS no Brasil. Em nome das crianças e dos adolescentes e em parceria com a Plan International Brasil e a Visão Mundial, lideramos a criação e a mobilização da *Ciranda 2030*, uma coalizão de organizações do movimento da infância que monitorará o cumprimento de dez ODS que impactam crianças e adolescentes de maneira direta. Atuamos também em conjunto com a Rede de Promoção dos Direitos das Meninas e Igualdade de Gênero, liderada pela Plan International Brasil.

A criação da Comissão Nacional dos ODS é uma conquista da incidência e articulação desses grupos e organizações. E a Fundação Abrinq, representante da sociedade civil neste espaço, exercerá seu papel com o compromisso e a dedicação que imprime em todas as suas ações.

Temos na *inteligência de indicadores* uma de nossas principais estratégias de incidência política. E a série *A Criança e o Adolescente nos ODS – Marco zero dos principais indicadores brasileiros* é o primeiro grande esforço de construir um marco zero para a infância e adolescência na *Agenda 2030*. Esta é a primeira de quatro publicações que serão lançadas até o fim de 2017, abordando os indicadores relacionados às crianças e aos adolescentes para cada um dos dez ODS que são a nossa agenda prioritária de incidência política.

Convidamos a todos para que acompanhem e desfrutem da leitura!



Carlos Tilkian
Presidente

Sumário

Siglas	6
Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	7
Introdução	8
Metodologia	13
ODS 1 – Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares	15
A pobreza na infância e os entraves para o desenvolvimento	16
Marco zero dos principais indicadores nacionais – ponto de partida e desafios brasileiros	20
Renda e pobreza no Brasil	20
Pobreza e pobreza extrema entre crianças e adolescentes no Brasil	24
ODS 2 – Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e a melhoria da nutrição, e promover a agricultura sustentável	31
Por uma alimentação segura, saudável e acessível às crianças	32
Marco zero dos principais indicadores nacionais – ponto de partida e desafios brasileiros	34
Baixo peso e desnutrição entre crianças	34
Obesidade entre crianças	42
ODS 3 – Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades	45
A vulnerabilidade de crianças, adolescentes e mulheres gestantes frente a cobertura dos sistemas de saúde	46
Marco zero dos principais indicadores nacionais – ponto de partida e desafios brasileiros	49
Cobertura e acesso aos serviços de saúde	49
Saúde materna e neonatal	57
Saúde sexual e reprodutiva	61
Sobrevivência infantil e na infância	67
ODS 5 – Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas	87
Por que estamos falando de igualdade de gênero e empoderamento de meninas?	88
Marco zero dos principais indicadores nacionais – ponto de partida e desafios brasileiros	93
Denúncias feitas ao Disque 100 - Módulo Crianças e Adolescentes	93
Casamentos de crianças e adolescentes do sexo feminino	101
Bibliografia	105
Anexo – População brasileira segundo grupos etários	106

Siglas

Aids – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (em inglês)

CadÚnico – Cadastro Único para Programas Sociais

Cepal – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CGIAE – Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

DAB – Departamento de Atenção Básica

Dasis – Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde

Datusus – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

Disque 100 – Disque Direitos Humanos do Departamento de Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FAO – Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (em inglês)

Fies – Escala de Experiência de Insegurança Alimentar (em inglês)

FPM – Fundo de Participação dos Municípios

Fundeb – Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana (em inglês)

HLPF – Fórum Político de Alto Nível (em inglês)

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Ideb – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

IFRPI – Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares (em inglês)

IMC – Índice de Massa Corporal

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social

MS – Ministério da Saúde

NTI – Núcleo de Tecnologia da Informação

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PBF – Programa Bolsa Família

PIB – Produto Interno Bruto

Pnad – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNE – Plano Nacional de Educação

PNI – Programa Nacional de Imunizações

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

Pnud – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF – Programa Saúde da Família

Sagi – Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação

SAS – Sistema de Assistência à Saúde

SI-PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Sinasc – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Sisvan – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SJC – Sistema de Justiça Criminal

SNDCA – Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável



Introdução

A redução da pobreza e a promoção do desenvolvimento têm sido compromisso global desde setembro de 2000, quando 191 Estados-Membros da Organização das Nações Unidas (ONU) assinaram a Declaração do Milênio, comprometendo os países a atingirem as metas estabelecidas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), tendo como prazo final o ano de 2015. O compromisso global foi regido pelos princípios de liberdade, igualdade, solidariedade, tolerância, respeito pela natureza e responsabilidade comum na gestão do desenvolvimento econômico e na manutenção da paz e da segurança. Em uma agenda voltada para os países mais pobres e em desenvolvimento, os ODM foram:

- ODM 1 – Acabar com a fome e a miséria;
- ODM 2 – Oferecer Educação Básica de qualidade para todos;
- ODM 3 – Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres;
- ODM 4 – Reduzir a mortalidade infantil;
- ODM 5 – Melhorar a saúde das gestantes;
- ODM 6 – Combater a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), a malária e outras doenças;
- ODM 7 – Garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente;
- ODM 8 – Estabelecer parcerias para o desenvolvimento.

A trajetória brasileira para o cumprimento dos ODM é bem-sucedida e é referência internacional em políticas de redução da fome e da miséria, e a redução da mortalidade infantil, entre outras. Segundo dados do *V Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* no país, já em 2007 alcançamos a meta do primeiro objetivo, reduzindo a pobreza extrema à metade do nível de 1990 (22,1% de pessoas extremamente pobres; em 2007 eram 8,8%), bem como a erradicação da fome (o Brasil saiu do Mapa da Fome da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO - sigla em inglês) – em 2014). A pobreza na infância, uma das maiores violações contra crianças e adolescentes, na medida em que afeta diferentes direitos, foi prioridade das ações governamentais – com a criação do Programa Brasil Carinhoso e a mudança nos critérios do Programa Bolsa Família (PBF).

A meta de redução da taxa de mortalidade na infância (mortalidade de crianças menores que cinco anos de idade) foi alcançada em 2011, atingindo a taxa de mortalidade na infância de 17,7 óbitos por mil nascidos vivos – em 1990, eram 53,7 óbitos por mil nascidos vivos. A ampliação do acesso à Educação Básica obrigatória e a ampliação da taxa de escolarização da população também apontam sucessos no cumprimento das metas dos ODM. O Brasil cumpriu seis dos sete ODM voltados para os países em desenvolvimento – não cumpriu a meta de redução da mortalidade materna, contida no ODM 5.

A discussão sobre uma nova agenda de desenvolvimento ganhou força a partir da realização da Conferência Rio+20, em 2012, no Rio de Janeiro. Após três anos de debates e intensas negociações internacionais, em 25 de setembro de 2015, 193 Estados-Membros da ONU adotaram a Resolução ONU A/70/1, *Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*, que descreve 17 objetivos e 169 metas que devem ser cumpridos por todos os países do mundo – os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Além dos objetivos e metas, são indicadas estratégias para serem implementadas e que contribuirão para a construção do caminho para a erradicação da pobreza, redução das desigualdades e dos impactos das mudanças climáticas, promovendo a justiça, a paz e a segurança de todos.

Os cinco Ps do desenvolvimento sustentável*

Pessoas

Estamos determinados a acabar com a pobreza e a fome, em todas as suas formas e dimensões, e garantir que todos os seres humanos possam realizar o seu potencial em matéria de dignidade e igualdade, em um ambiente saudável.

Planeta

Estamos determinados a proteger o planeta da degradação por meio do consumo e da produção sustentáveis, da gestão sustentável dos seus recursos naturais e de medidas urgentes para combater a mudança do clima, para que se possa atender às necessidades das gerações presentes e futuras.

Prosperidade

Estamos determinados a assegurar que todos os seres humanos possam desfrutar de uma vida próspera e de plena realização pessoal, e que o progresso econômico, social e tecnológico ocorra em harmonia com a natureza.

Paz

Estamos determinados a promover sociedades pacíficas, justas e inclusivas, livres do medo e da violência. Não pode haver desenvolvimento sustentável sem paz, e não há paz sem desenvolvimento sustentável.

Parcerias

Estamos determinados a mobilizar os meios necessários para implementar esta Agenda por meio de uma Parceria Global para o Desenvolvimento Sustentável revitalizada, com base no espírito de solidariedade global fortalecida, com ênfase especial nas necessidades dos mais pobres e mais vulneráveis, e com a participação de todos os países, todos os grupos interessados e todas as pessoas.

(*) Trecho retirado da Resolução ONU A/70/1 – *Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*.

O prazo para o cumprimento dos ODS começou a ser contado em 2016, com término estipulado para 2030, e os desafios para a implementação de uma agenda tão ampla são significativos, diante do cenário atual de crise política e econômica vivido pelo país. Por exemplo, ao analisarmos os dados do *Cenário da Infância e da Adolescência no Brasil* (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2017), cerca de 17,3 milhões de crianças e adolescentes de até 14 anos de idade — 40,2% da população da faixa etária — vivem em famílias de baixa renda. Desses, 5,8 milhões (13,5%) em situação de pobreza extrema. A redução da mortalidade materna, única das metas não cumpridas pelo Brasil nos ODM, da mesma forma se mostra preocupante. Em 2015, a taxa de mortalidade materna era de 54,9 para cada 100 mil nascidos vivos. No que tange à taxa de mortalidade na infância (mortalidade de crianças menores que cinco anos de idade), apesar de uma progressiva melhora nos indicadores, em 2015, para 1.000 nascidos vivos ocorreram 14,3 óbitos, pouco mais da metade da taxa do ano 2000 – 30,1 por 1.000 nascidos vivos. Já os óbitos entre menores de um ano ficaram em 12,4, para 1.000 nascidos vivos, no mesmo período (a taxa era de 26,1 por 1.000 nascidos vivos em 2000).

Os indicadores educacionais mostram-se ainda mais longe de alcançar os patamares desejados, principalmente ao considerarmos o Plano Nacional de Educação (PNE), que estabelece as diretrizes, metas e estratégias para a implementação da política de educação até 2024, com metas voltadas para a garantia da Educação Básica com qualidade, a redução das desigualdades e a valorização da diversidade, a valorização dos profissionais da educação e metas para o ensino superior.

Por exemplo, ao analisarmos os dados da Educação Infantil para crianças de zero a três anos de idade, em 2015, a taxa de cobertura em creches no Brasil era de 30,4%, ou seja, cerca de dois terços das crianças na faixa etária correspondente a essa etapa de ensino (zero a três anos) encontravam-se fora da escola. Já a cobertura em pré-escola, no mesmo ano, era de 91,6%. “Na comparação entre as grandes regiões brasileiras a taxa de cobertura em creche apresenta proporções bastante discrepantes, atingindo 41,3 % na região Sudeste e 11,1% na região Norte; para as mesmas regiões, a cobertura em Pré-Escola chega a 99,1% para a primeira região e 76,2% para a segunda, respectivamente. Os dados mostram que, se mantido o atual ritmo de ampliação das vagas, em especial o ritmo mais lento em regiões como Norte e Nordeste, não atingiremos a meta do PNE para todas as regiões e grupos sociais. A meta é de atendimento de 50% das crianças de até três anos em creches.

A Fundação Abrinq atua para que o Brasil construa o ambiente político e institucional adequado à implementação de políticas públicas e programas que colocarão o país no caminho correto para o cumprimento dos ODS, sendo esse um dos temas estratégicos de suas ações de incidência política. Com foco na efetivação dos direitos da infância e adolescência, a Fundação Abrinq selecionou dez ODS que impactarão crianças e adolescentes mais diretamente para estruturar suas ações de incidência e monitoramento:



A partir da adoção dos ODS, a discussão que tomou conta do cenário internacional foi a definição dos indicadores globais de cumprimento da *Agenda 2030*. A plataforma de monitoramento conta com 231 indicadores, associados às 169 metas, sendo distribuídos em três categorias: i. Indicadores com metodologias consolidadas e dados disponíveis; ii. Indicadores com metodologia desenvolvida, mas sem dados disponíveis; e iii. Indicadores que requerem o desenvolvimento de metodologias.

Além da definição dos indicadores globais, foram definidos os mecanismos institucionais de monitoramento do cumprimento da *Agenda 2030*, que tem no Fórum Político de Alto Nível (HLPF, sigla em inglês) a instância central para o acompanhamento, monitoramento do cumprimento das metas e objetivos, com a participação plena e efetiva de todos os Estados-Membros da ONU, agências especializadas e a participação da sociedade civil.

Conforme descrito no parágrafo 84 da Resolução ONU A/70/1, o HLPF tem como mecanismo de monitoramento a realização de revisões voluntárias regulares, com a apresentação de relatórios voluntários nacionais por parte dos Estados-Membros. Este processo de revisão voluntária também deve envolver a participação da sociedade civil, tanto para a elaboração dos relatórios nacionais como para o acompanhamento das reuniões do HLPF.

Revisões voluntárias do HLPF:

2017 – **Erradicar a pobreza e promover a prosperidade em um mundo em mudança** – ODS 1, 2, 3, 5, 9, 14 e 17;

2018 – **Transformação para sociedades sustentáveis e resilientes** – ODS 6, 7, 11, 12, 15 e 17;

2019 – **Empoderando as pessoas e garantindo inclusão e igualdade** – ODS 4, 8, 10, 13, 16 e 17.

O Brasil é um dos países que se voluntariaram para apresentar a situação nacional no processo de implementação dos ODS e apresentou o *Relatório Voluntário Nacional sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (2017)*.

Buscando ampliar o debate e construir estratégias efetivas para superarmos os desafios nacionais específicos para a efetivação dos direitos de crianças e adolescentes no país, e aproveitando a discussão do relatório voluntário nacional brasileiro, a Fundação Abrinq elaborou a análise dos indicadores nacionais dos ODS que estiveram sob escrutínio na reunião de julho do HLPF, especificamente abordando os ODS 1, 2, 3 e 5, objetos da revisão.

Essas análises fazem parte da série *A Criança e o Adolescente nos ODS – Marco zero dos principais indicadores brasileiros*, elaborada pela Fundação Abrinq com o objetivo de fomentar o debate sobre os principais desafios nacionais para a implementação bem-sucedida da *Agenda 2030*. A série vem sendo pensada e elaborada desde 2015, com o intuito de construir o diálogo junto ao governo brasileiro e apresentar às diferentes instâncias internacionais de monitoramento dos ODS a perspectiva da sociedade civil em relação a esses temas.



Metodologia

O presente relatório é composto de análises sobre a situação dos indicadores nacionais que se relacionam direta e indiretamente com a infância e a adolescência no Brasil. Sua intenção principal é a de apresentar um quadro situacional das condições de vida de crianças e adolescentes no Brasil. Justamente em um momento em que 193 países assumiram o compromisso dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e, conseqüentemente, de fazer do planeta um lugar livre da pobreza, ambientalmente sustentável, com mais justiça, paz e equidade para todos.

Com essa perspectiva é possível identificar, dentre os 107 indicadores e dados presentes neste estudo, quais são os territórios brasileiros e populações que apresentam maior debilidade em relação ao restante do país. Assume-se como objetivo deste estudo, também, seu potencial registro histórico da trajetória que se iniciou em 25 de setembro de 2015, o qual chamamos de Marco Zero, tornando possível o monitoramento de nossos avanços mediante as metas pré-estabelecidas que alçamos para 2030.

Notas metodológicas

A sistemática de análise que adotamos, para tornar possível a investigação da mais de uma centena de dados estatísticos aqui presentes, seguem o seguinte ordenamento:

- i) Com exceção do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) nas etapas de Ensino Médio e Fundamental (anos iniciais e finais) e as estimativas de subregistro de nascimentos, os indicadores são analisados segundo as regiões do país e ordenados segundo seus resultados;
- ii) Em seguida são apresentados dois conjuntos de estados distribuídos em tabelas, cada uma contendo os cinco estados com o melhor desempenho e os cinco estados com desempenhos mais baixos.

A partir das escolhas metodológicas que fizemos, sobretudo no que diz respeito às limitações e particularidades dos indicadores adotados, estes serão apresentados segundo suas fontes de extração e último registro disponível. Ao longo do relatório, trataremos também de expor as problemáticas ou ressalvas inerentes a alguns desses indicadores.

Cabe ressaltar que as informações que pertencem ao ODS 2 – especificamente, a proporção de menores de cinco anos de idade abaixo do peso ideal, os índices de desnutrição, de relação entre altura, peso e idade, a obesidade de menores de cinco anos e os dados de aleitamento materno de menores de seis meses e dois anos – têm no Sistema

de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) seu sistema de coleta e cujas informações são oriundas dos acompanhamentos regulares dos cadastrados no Programa Bolsa Família (PBF) e no Programa Saúde da Família (PSF), sendo que este não possui um calendário público de atualizações. Assim, seus relatórios são passíveis de constantes correções¹ e atualizações, alterando-se ao longo do tempo, inclusive os que iniciam a série histórica (disponível a partir do ano de 2008) de onde deriva a principal debilidade para a formulação de hipóteses ou diagnósticos sobre aquela determinada população.

As informações provenientes dos sistemas que compõem o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) – o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) – possuem índices variados de subnotificação, cujo mais acentuado são os óbitos maternos, que afetam a produção de suas taxas. Não nos utilizamos dos fatores de correção dos óbitos em razão de que, até a redação deste relatório, tais correções só estavam disponíveis até o ano de 2013, apresentando defasagem de dois anos em relação ao último período da série. Tampouco, as taxas de mortalidade infantil, na infância e maternas, ou as taxas de mortalidade por causas externas foram padronizadas pela estrutura etária dos territórios, das quais são extraídas informações sobre os homicídios, suicídios e acidentes de transporte.

A última das limitações incide sobre as informações demográficas utilizadas como referência para o cálculo das taxas de homicídios, de suicídios, de acidentes de transporte, de cobertura em creches e pré-escolas. Utilizamos aqui estimativas populacionais calculadas com base nos Censos Demográficos de 2000 e 2010. Tal metodologia considera a variação da população verificada naquela década, extraindo-se pela relação entre os contingentes observados em um e outro Censo, uma taxa de crescimento que é posteriormente multiplicada pela população verificada no último Censo e aplicada aos anos seguintes; contudo, tais estimativas não consideram a volatilidade das taxas de natalidade, mortalidade e migração. Como mencionado anteriormente, a razão pela qual utilizamos tais estimativas incide sobre a possibilidade de estratificação das populações segundo grupos etários específicos; assim privilegiamos as escolhas metodológicas que facilitassem a comparação pelo leitor das informações registradas e apresentadas em seus registros oficiais. Ainda com vistas a cobrir as limitações mencionadas, apresentamos anexo a este relatório um conjunto de informações populacionais obtidas pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad), obedecendo aos principais grupos etários examinados nos indicadores de quantidades absolutas e facilitando a compreensão das análises de distribuição dessas populações. Mediante explicitados procedimentos, escolhas e limitações metodológicas adotados neste relatório, ressaltamos as necessidades comparativas de cada indicador ao longo de sua abordagem, delimitando, caso a caso, o alcance de seu poder explicativo.

¹ A última atualização correu em 22/6/2017.

**1 ERRADICAÇÃO
DA POBREZA**



ACABAR COM A
POBREZA EM TODAS
AS SUAS FORMAS, EM
TODOS OS LUGARES



Metas ODS que impactam crianças e adolescentes

- 1.1** Até 2030, erradicar a pobreza extrema para todas as pessoas em todos os lugares, atualmente medida como pessoas que vivem com menos de US\$ 1,25 por dia.
- 1.2** Até 2030, reduzir pelo menos à metade a proporção de homens, mulheres e crianças, de todas as idades, que vivem na pobreza, em todas as suas dimensões, de acordo com as definições nacionais.
- 1.3** Implementar, em nível nacional, medidas e sistemas de proteção social adequados, para todos, incluindo pisos, e até 2030 atingir a cobertura substancial dos pobres e vulneráveis.

A pobreza na infância e os entraves para o desenvolvimento

As primeiras tentativas de definir o problema da pobreza, assim como intervenções subsequentes, se referiam mais aos problemas de desigualdade e estratificação social, especificamente a classe trabalhadora ou explorados, e as condições precárias em que viviam. No entanto, especialmente a partir das últimas décadas do século XX, a definição de pobreza começa a experimentar uma mudança no sentido de uma compreensão mais ampla e complexa do que implica sofrer várias privações, não somente econômicas, especialmente pelo que se conhece como pobreza multidimensional (CEPAL, 2017, p. 30, tradução nossa).

Tanto em um cenário econômico conturbado por crises como mediante os avanços na economia global, a pobreza e a desigualdade social persistem como problemas latentes na sociedade brasileira, afetando de diferentes formas um grande contingente populacional, mantendo-se como obstáculo ao desenvolvimento sustentável e afetando as crianças e os adolescentes de maneira mais severa. Apesar disso, a erradicação da pobreza extrema (pessoas que vivem com menos de US\$ 1,25 por dia, segundo metodologia do Banco Mundial) e a redução da pobreza configuram-se como pauta prioritária na agenda política de diversos governos.

Evolução do conceito de pobreza multidimensional*

- Final do século XVI – Lei dos Pobres – necessidades medidas pela quantidade de pão ou farinha para fabricá-lo, ou seu equivalente em dinheiro.
- Final do século XIX – Grã-Bretanha: pobreza como subsistência – quantidade mínima de calorias necessárias para manter a força física, sendo considerada pobre uma família cuja renda, excluindo as despesas com moradia, não garantiam a quantidade mínima de calorias.
- Década de 1970 – pobreza a partir do conceito de necessidades básicas – alimentação adequada, moradia e condições de habitação, vestimenta (consumo privado), acesso à água potável, saneamento básico, transporte público, serviços de saúde, educação e cultura (serviços comunitários).
- Na América Latina, décadas de 1960 e 1970 – Teoria da Dependência – a pobreza está ligada à desigualdade entre e dentro dos países, produto do desenvolvimento capitalista. Por sua vez, a pobreza foi concebida como resultado de circunstâncias particulares da estrutura social, mercado de trabalho, as condições de exploração da força de trabalho e a concentração de renda.
- Final da década de 1970 – pobreza definida como uma síndrome situacional associada ao baixo consumo, à desnutrição, precárias condições de habitação, baixos níveis educacionais, más condições sanitárias, inserção instável no mercado de trabalho, atitudes de desalento e anomia, pouca participação nos mecanismos de integração social e outros.
- Final do século XX – o conceito de privação relativa – é uma conceituação mais rigorosa e mais completa, por incluir mais indicadores de privações materiais e sociais e sua vinculação com a renda, também por expor a interação entre privação e renda no tempo (ciclo de pobreza) e a perspectiva territorial.
- Desenvolvimento como Liberdade – Amartya Sen (economista indiano) – pobreza definida não apenas pelo acesso ou não a diferentes insumos e serviços, mas o que se pode fazer com aquilo que se tem à disposição, focado no desenvolvimento de capacidades básicas para desfrutar da vida livremente.

(*) Informações retiradas da publicação *Medición multidimensional de la pobreza infantil – Una revisión de sus principales componentes teóricos, metodológicos y estadísticos* (CEPAL/UNICEF, 2017, pp. 30-32).

Dados os múltiplos fatores associados à pobreza e suas dimensões, estes podem afetar um indivíduo e sua família tanto em relação à renda disponível para o consumo de bens e serviços (medido como renda familiar *per capita*, no caso brasileiro) como no acesso aos serviços sociais básicos, como educação, saúde, moradia e saneamento básico. Pensar a pobreza a partir das condições de vida de crianças e adolescentes é fundamental para investir em políticas públicas que construam condições de romper o ciclo de reprodução da pobreza.



A pobreza infantil é multidimensional e analisada a partir de diferentes fatores que afetam o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes ao longo da vida. Segundo a publicação conjunta da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), *Medición multidimensional de la pobreza infantil – Una revisión de sus principales componentes teóricos, metodológicos y estadísticos*, de 2017, duas definições de pobreza infantil são relevantes para o debate: consensuada pelo Unicef em 2004, “a pobreza infantil é definida como aquela que afeta as crianças que sofrem alguma privação material, espiritual e recursos emocionais necessários para sobreviver, se desenvolver e prosperar, impedindo-os de desfrutar de seus direitos, alcançar o seu pleno potencial ou participar como membros plenos e iguais da sociedade” (CEPAL, 2017, p. 32). Em 2007, a 61ª Assembleia Geral das Nações Unidas assinalou que “meninos e meninas que vivem na pobreza não gozam de nível adequado de nutrição, instalações de abastecimento de água e saneamento básico, acesso a cuidados básicos de saúde, habitação, educação, participação e proteção” (CEPAL, 2017, p. 32).

Vale destacar os três grandes fatores da pobreza infantil que impactam o desenvolvimento pleno de crianças e adolescentes, conforme elencados pela Cepal e o Unicef:

- A infância e adolescência são fases do desenvolvimento onde tudo aquilo que acontece no seu ambiente, especialmente em suas famílias e no ambiente onde vivem, retorna para as crianças mais vulneráveis. É também uma fase de dependência econômica elevada e cuidado (CEPAL, 2017, p. 34, tradução nossa);
- Para meninos e meninas que vivem em situação de pobreza, ela tem uma natureza cumulativa, que gera uma maior probabilidade de continuação da experiência da pobreza na idade adulta; isto é, tem um maior impacto a longo prazo (CEPAL, 2017, p. 34, tradução nossa);
- Finalmente, além de ter um efeito cumulativo, a pobreza nesta fase (sustentada no tempo) é, em grande parte, irreversível. Na verdade, ao contrário da pobreza entre adultos, onde o seu impacto não é tão permanente, o é para os meninos e as meninas, especialmente porque eles não podem reverter a desnutrição, recuperar-se de deficiências preveníveis ou reverter os anos de privação vividos em um contexto de pobreza que diminuiu o seu crescimento e desenvolvimento (CEPAL, 2017, p. 35, tradução nossa).

Em outro estudo realizado pelo Unicef e o Banco Mundial, *Terminar com a Pobreza Extrema: Um Foco nas Crianças*, divulgado em 2016, os dados revelam que as crianças têm duas vezes mais probabilidade de viver na pobreza extrema do que os adultos. Com base ainda nos dados do relatório, em 2013, cerca de 385 milhões de crianças até os 17 anos de idade viviam em situação de pobreza extrema no mundo. O risco é maior na Primeira Infância quando, nos países em desenvolvimento, mais de um quinto dos menores de cinco anos vivem em famílias extremamente pobres.

A trajetória brasileira de redução da pobreza extrema é reconhecida por seus avanços significativos nas últimas duas décadas. De acordo com o relatório dos resultados dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), o Brasil foi um dos países que mais contribuíram para o alcance da meta proposta pelo primeiro dos oito objetivos da Organização das Nações Unidas (ONU) até 2015: “acabar com a pobreza extrema e com a fome”. Enquanto o mundo conseguiu reduzir a pobreza extrema pela metade – de 47%, em 1990, para 22%, em 2012 – o Brasil, no mesmo período, erradicou a fome e fez com que a população extremamente pobre do país caísse de 25,5%, em 1990, para 3,5%, em 2012. Isso significa que o país, considerando os indicadores escolhidos pela ONU para monitoramento do ODM 1, alcançou tanto as metas internacionais como as nacionais, tornando-se referência para muitas ações.

Vale ressaltar que, visando a salvaguarda de tais conquistas sociais e mediante a atual crise econômica no Brasil, o Banco Mundial lançou recentemente uma nota técnica com estimativas sobre o impacto da crise na pobreza e na desigualdade no país. Prevendo possíveis retrocessos nos ganhos sociais, oriundos da retração do Produto Interno Bruto (PIB) e do rendimento das famílias brasileiras, o Banco Mundial destaca a importância de manutenção de uma rede de proteção social aos pobres em tempos de queda na atividade econômica, sublinhando a ampliação da cobertura de programas de transferência condicionada de renda como o Programa Bolsa Família (PBF).

Dos ODM aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), o compromisso dos líderes de diversos países mantém-se no que tange à superação da pobreza, entretanto, os ODS são uma agenda integrada, onde cada um dos 17 objetivos estão interligados e inter-relacionados no cumprimento das metas. Assim, o **ODS 1**, ao propor “acabar com a pobreza em todas suas formas, em todos os lugares”, explicita que esta não se restringe tão somente a renda, dinheiro e patrimônio. Insta os países a olharem para a pobreza não só como consequência da desigualdade de renda, mas também como a causa de uma série de desafios sociais fundamentais a serem superados para a promoção do desenvolvimento sustentável. Não basta reduzir o percentual daqueles que vivem abaixo da linha da pobreza extrema. Erradicar a pobreza passa por assegurar o acesso a serviços essenciais básicos e reduzir as vulnerabilidades sociais da população.

O caráter multidimensional e complexo da pobreza demanda a formulação e implementação de políticas públicas intersetoriais e integradas, que reforcem os impactos positivos já comprovados das políticas de transferência de renda. A articulação e o fortalecimento de parcerias entre entes governamentais, sociedade civil e setor privado também se mostram cruciais para a concretização dessa agenda. Por fim, a realização de diagnósticos e análises que contemplem uma gama de indicadores sociais e a compreensão das singularidades locais são fundamentais para subsidiar políticas públicas mais assertivas e o acompanhamento dos resultados a serem alcançados.



Marco zero dos principais indicadores nacionais – ponto de partida e desafios brasileiros

Indicadores globais de monitoramento do ODS 1 associados a crianças e adolescentes

- 1.1.1 Proporção da população abaixo da linha de pobreza internacional, por sexo, idade, *status* de emprego e localização geográfica (urbana/rural).
- 1.2.1 Proporção da população que vive abaixo da linha de pobreza nacional, por sexo e idade.
- 1.2.2 Proporção de homens, mulheres e crianças de todas as idades que vivem na pobreza em todas as suas dimensões com as definições nacionais.
- 1.3.1 Proporção da população coberta pelos sistemas de proteção social, por sexo, desagregando crianças e adolescentes, desempregados, idosos, pessoas com deficiência, mulheres grávidas, recém-nascidos, vítimas de acidente de trabalho e os pobres e mais vulneráveis.
- 1.4.1 Proporção da população vivendo em domicílios familiares com acesso a serviços básicos.

Renda e pobreza no Brasil

No caso brasileiro, o valor do salário-mínimo (valor de referência de R\$ 788,00, em 2015) serve como base para a mensuração da renda dos indivíduos e sua famílias, delimitação da linha de pobreza e base comparativa da renda em território nacional. Conforme classificado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), são consideradas **pobres** as famílias com renda de até meio salário-mínimo *per capita*, enquanto as famílias em situação de **pobreza extrema** são aquelas com renda de até um quarto do salário-mínimo *per capita*.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad) de 2015, o Brasil possui 27% de sua população vivendo em condições de pobreza (até meio salário-mínimo). Importa, contudo, notar que as regiões Norte (43%) e Nordeste (46%) do país possuem um percentual de pessoas nessas condições maior que o nacional, e ao menos duas vezes maior que nas regiões Sudeste (17,5%) e Centro-Oeste (17,7%), além de ser o triplo do percentual da região Sul (13,7%). Vale notar que, em números absolutos, a população da região Sudeste em situação de pobreza é maior do que o resultado da soma das populações das regiões Sul, Centro-Oeste e Norte.

Tabela 1: Total e percentual da população em situação de pobreza – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	POPULAÇÃO COM RENDA DE ATÉ 1/2 SALÁRIO-MÍNIMO	%
BRASIL	55.409.890	27,0
Região Nordeste	26.044.917	46,0
Região Norte	7.540.523	43,0
Região Sudeste	15.067.282	17,5
Região Centro-Oeste	2.735.058	17,7
Região Sul	4.022.110	13,7

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

Quando observamos tais dados desagregados por unidades da federação, vemos que, entre os cinco estados com maior percentual de indivíduos vivendo com renda domiciliar mensal *per capita* de até meio salário-mínimo, três estão localizados na região Nordeste (Maranhão, 53,4%; Alagoas, 51,4%; e Ceará, 46,3%) e dois na região Norte (Acre, 49,9%; e Amazonas, 46,6%).

Tabela 2: Total e percentual da população em situação de pobreza – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	POPULAÇÃO COM RENDA DE ATÉ 1/2 SALÁRIO-MÍNIMO	%
Maranhão	3.692.682	53,4
Alagoas	1.720.919	51,4
Acre	402.388	49,9
Amazonas	1.840.499	46,6
Ceará	4.128.278	46,3

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

Já entre os estados com baixos percentuais (melhor desempenho) da população vivendo com renda de até meio salário-mínimo *per capita*, estão: Paraná, 15,1%; Rio Grande do Sul, 15%; São Paulo, 13,5%; Distrito Federal, 13,1%; e Santa Catarina, 9,5%. Observa-se novamente que, dado o tamanho populacional dos estados elencados na tabela a seguir, mesmo com percentuais considerados baixos perante os demais, em números absolutos, a quantidade de pessoas em situação de pobreza chega a ultrapassar a dos estados com pior desempenho no indicador.



Tabela 3: Total e percentual da população em situação de pobreza – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	POPULAÇÃO COM RENDA DE ATÉ 1/2 SALÁRIO MÍNIMO	%
Paraná	1.683.826	15,1
Rio Grande do Sul	1.686.212	15,0
São Paulo	5.988.699	13,5
Distrito Federal	383.911	13,1
Santa Catarina	652.072	9,5

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) -Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

Metodologicamente, a métrica da população em situação de pobreza engloba também a população em situação de pobreza extrema (população com renda de até um quarto do salário-mínimo). Assim, ao aproximarmos ainda mais a lupa sobre os indicadores de renda da população, podemos destacar entre os pobres uma parcela da população com renda domiciliar mensal *per capita* de até um quarto do salário-mínimo.

Para a população em situação de pobreza extrema, o cenário mostra-se semelhante: a maior concentração de pessoas com renda de até um quarto do salário-mínimo está localizada nas regiões Nordeste (19,6%) e Norte (15,5%) do Brasil. Já as regiões Sul (3,5%) e Centro-Oeste (3,6%) têm entre cinco e seis vezes menos indivíduos, proporcionalmente, nessas condições, quando comparadas com as duas primeiras. Além disso, é notável que, em números absolutos, a região Sudeste concentra um maior número de indivíduos com renda de até um quarto do salário-mínimo (3.540.005) do que a região Norte (2.713.759), mesmo que a diferença percentual entre essas regiões seja de 11,4%. Comparativamente, o grupo com renda domiciliar mensal *per capita* de até um quarto do salário-mínimo (9,2%) representa cerca de um terço da população com renda domiciliar mensal *per capita* de até meio salário-mínimo (27%).

Tabela 4: Total e percentual da população em situação de pobreza extrema – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	POPULAÇÃO COM RENDA DE ATÉ 1/4 DE SALÁRIO MÍNIMO	%
BRASIL	18.910.843	9,2
Região Nordeste	11.077.421	19,6
Região Norte	2.713.759	15,5
Região Sudeste	3.540.005	4,1
Região Centro-Oeste	550.671	3,6
Região Sul	1.028.987	3,5

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

Os estados que têm maior concentração de pessoas com renda domiciliar mensal *per capita* de até um quarto do salário-mínimo surpreendem por suas proporções. No Maranhão, por exemplo, mais de um quarto de sua população (26,8%) possui um renda domiciliar mensal *per capita* que não supera um quarto do salário-mínimo, o que nos valores de referência de 2015 se aproximava de R\$197,00.

Tabela 5: Total e percentual da população em situação de pobreza extrema – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	POPULAÇÃO COM RENDA DE ATÉ 1/4 DE SALÁRIO MÍNIMO	%
Maranhão	1.853.487	26,8
Alagoas	745.625	22,3
Ceará	1.851.354	20,7
Acre	160.807	19,9
Piauí	633.239	19,7

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

No extremo oposto, notamos estados como Santa Catarina em que o percentual da população que possui renda domiciliar mensal *per capita* de até um quarto do salário-mínimo é dez vezes menor (1,9%) do que o verificado no Acre (19,9%). Merece destaque, também, o fato de que entre os cinco estados com menor concentração proporcional de população com renda domiciliar mensal *per capita* de até um quarto do salário-mínimo (melhor desempenho) estão representados novamente os territórios com melhor desempenho regional: Sudeste, com São Paulo (2,8%); Sul, com Santa Catarina (1,9%); e, com maior presença, Centro-Oeste, com Mato Grosso (3,4%), Mato Grosso do Sul (3,2%) e Distrito Federal (3,5%).

É necessário fazer uma ressalva quanto aos dados do estado de São Paulo, em que a quantidade de pessoas na condição domiciliar de pobreza extrema, em números absolutos, é semelhante à quantidade de indivíduos nos estados ranqueados com maior percentual de população considerada extremamente pobre. Com uma população estimada em 43 milhões de pessoas, em 2015, São Paulo tem uma baixa proporção de pessoas na condição mencionada; mas, em função de sua população ser a maior do país, a baixa proporção de pessoas significa grande quantidade de indivíduos em termos absolutos.

Tabela 6: Total e percentual da população em situação de pobreza extrema – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	POPULAÇÃO COM RENDA DE ATÉ 1/4 DE SALÁRIO MÍNIMO	%
Distrito Federal	101.899	3,5
Mato Grosso	111.227	3,4
Mato Grosso do Sul	86.166	3,2
São Paulo	1.247.030	2,8
Santa Catarina	127.543	1,9

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

Pobreza e pobreza extrema entre crianças e adolescentes no Brasil

No Brasil, o percentual e quantidade absoluta de crianças entre zero e 14 anos de idade cuja renda domiciliar mensal *per capita* atinge até meio salário-mínimo alcança valores espantosos em comparação aos dados previamente apresentados. Dentre a população de zero a 14 anos, mais de 40% encontra-se em situação de pobreza. Mesmo na região Sul do país, que possui o menor índice entre as demais regiões (23,1%), pouco menos de um quarto de sua população nessa faixa etária vive em domicílio cuja a renda domiciliar mensal *per capita* atinge, no máximo, meio salário-mínimo. Já as regiões Nordeste e Norte concentram o maior percentual de crianças e adolescentes em situação de pobreza, com 60,6% e 54%, respectivamente. A região Sudeste, ainda que com um percentual menor (27,8%), em números absolutos tem mais de 4,5 milhões de crianças e adolescentes vivendo em domicílios com renda de até meio salário-mínimo *per capita*.

Tabela 7: Total e percentual da população de zero a 14 anos de idade em situação de pobreza – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	POPULAÇÃO ENTRE 0 E 14 ANOS COM RENDA DE ATÉ 1/2 SALÁRIO MÍNIMO	%
BRASIL	17.322.983	40,2
Região Nordeste	8.046.951	60,6
Região Norte	2.525.711	54,0
Região Sudeste	4.520.695	27,8
Região Centro-Oeste	954.726	28,4
Região Sul	1.274.900	23,1

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

Quando focalizamos a análise entre os estados, observamos que os cinco estados cujo percentual de crianças em situação domiciliar de pobreza é considerado alto estão na região Nordeste, conforme apresentado na tabela abaixo.

Tabela 8: Total e percentual da população de zero a 14 anos de idade em situação de pobreza – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	POPULAÇÃO ENTRE 0 E 14 ANOS COM RENDA DE ATÉ 1/2 DE SALÁRIO MÍNIMO	%
Alagoas	530.429	66,0
Maranhão	1.239.396	62,4
Ceará	1.198.254	61,0
Bahia	2.112.805	60,8
Pernambuco	1.242.840	60,5

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

Os estados com percentuais mais baixos de menores de 14 anos de idade em situação domiciliar de baixa renda (melhor desempenho) são, em ordem decrescente: Rio Grande do Sul (24,9%); Paraná (24,5%); São Paulo (21,2%); Distrito Federal (20,2%) e Santa Catarina (17,7%) . Aqui também é importante observar as discrepâncias entre o tamanho populacional dos estados. Por exemplo, se observarmos o estado de Santa Catarina veremos que ele apresenta a menor proporção da população entre zero e 14 anos residente em domicílios pobres (17,7%). Porém, em números absolutos, isso corresponde a 219 mil de 1,23 milhão de habitantes menores de 14 anos, esta última, a mesma quantidade de crianças pobres do estado do Maranhão.

Tabela 9: Total e percentual da população de zero a 14 anos de idade em situação de pobreza – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	POPULAÇÃO ENTRE 0 E 14 ANOS COM RENDA DE ATÉ 1/2 DE SALÁRIO MÍNIMO	%
Rio Grande do Sul	512.899	24,9
Paraná	542.726	24,5
São Paulo	1.772.654	21,2
Distrito Federal	118.463	20,2
Santa Catarina	219.275	17,7

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

De maneira distinta do que vimos ocorrer com a variável da população com renda domiciliar *per capita* de até meio e um quarto do salário-mínimo, os menores de 14 anos de idade em situação domiciliar de pobreza extrema representam, proporcionalmente, um contingente menor do que aqueles em situação domiciliar de pobreza. Já as diferenças percentuais registradas entre as regiões Nordeste (26,3%) e Norte (19,7%) ante as demais regiões do país merecem destaque. Os percentuais de crianças e adolescentes em situação de pobreza extrema nas regiões Sudeste (5,9%), Sul (5,2%) e Centro-Oeste (5%), se somados, ainda apresentam percentual menor do que aquele verificado na região Norte.

Tabela 10: Total e percentual da população de zero a 14 anos de idade em situação de pobreza extrema – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	POPULAÇÃO ENTRE 0 E 14 ANOS COM RENDA DE ATÉ 1/4 DE SALÁRIO MÍNIMO	%
BRASIL	5.819.846	13,5
Região Nordeste	3.485.271	26,3
Região Norte	921.079	19,7
Região Sudeste	957.295	5,9
Região Sul	288.524	5,2
Região Centro-Oeste	167.677	5,0

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

No âmbito estadual, vemos que o Maranhão mais uma vez registra o maior percentual de crianças menores de 14 anos de idade na condição de pobreza domiciliar extrema (35,2%), seguido por Ceará (28,6%), Alagoas (28,3%), Bahia (24,7%) e Pará (23,9%). Ao olharmos apenas para o conjunto de estados com pior desempenho no indicador (tabela 11), se compararmos o primeiro e o quinto colocados, embora a diferença acumulada seja de 11%, em termos absolutos, o Maranhão ainda possui ao menos três vezes a quantidade de crianças identificadas nessa mesma situação no estado da Paraíba.

Tabela 11: Total e percentual da população de zero a 14 anos de idade em situação de pobreza extrema – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	POPULAÇÃO ENTRE 0 E 14 ANOS COM RENDA DE ATÉ 1/4 DE SALÁRIO MÍNIMO	%
Maranhão	699.780	35,2
Ceará	561.276	28,6
Alagoas	227.788	28,3
Bahia	859.019	24,7
Paraíba	217.187	23,9

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

Em relação aos estados com menores concentrações de crianças em situação domiciliar de pobreza extrema, em primeiro lugar, é notável que seus percentuais sejam relativamente baixos e que a diferença entre a concentração mínima (Santa Catarina, 2,8%) e máxima (Mato Grosso, 5%) seja de apenas 2,2%. Mais uma vez, São Paulo figura entre os estados com os percentuais mais baixos de pessoas em situação de pobreza ou pobreza extrema. Porém, em números absolutos, o estado reúne mais de dez vezes o contingente populacional identificado no estado do Mato Grosso sob a mesma situação de renda.

Tabela 12: Total e percentual da população de zero a 14 anos de idade em situação de pobreza extrema – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	POPULAÇÃO ENTRE 0 E 14 ANOS COM RENDA DE ATÉ 1/4 DE SALÁRIO MÍNIMO	%
Mato Grosso	38.090	5
Mato Grosso do Sul	22.537	3,9
Distrito Federal	22.052	3,8
São Paulo	312.087	3,7
Santa Catarina	35.107	2,8

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

Famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) é o maior programa de transferência direta de renda com condicionalidades do Brasil e beneficia milhões de famílias em situação de pobreza e pobreza extrema no país. O Programa pauta-se na articulação de três dimensões essenciais à superação da fome e da pobreza:

- Promoção do alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda à família;
- Reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de saúde e educação, por meio do cumprimento das condicionalidades, de modo a contribuir para que as famílias consigam romper o ciclo da pobreza entre gerações;
- Coordenação de programas complementares, que têm por objetivo o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários do Bolsa Família consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza. São exemplos de programas complementares: programas de geração de trabalho e renda, de alfabetização de adultos, de fornecimento de registro civil e demais documentos (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, s/d).

As famílias beneficiadas pelo PBF são cadastradas por meio de inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), um instrumento de coleta de dados e informações com o objetivo de identificar todas as famílias de baixa renda existentes no país. Dessa forma, são cadastradas todas as famílias com renda mensal de até meio salário-mínimo por pessoa.

No ano de 2015, quase 14 milhões de famílias estavam inseridas no PBF. Na análise entre as grandes regiões brasileiras, a quantidade de famílias beneficiadas pelo Programa, em números absolutos, apresenta uma discrepância entre as regiões, impulsionada, sobretudo, por seus respectivos contingentes populacionais e das famílias identificadas como em situação de pobreza e pobreza extrema. Nesse sentido, o Nordeste tem 6.936.407 famílias beneficiárias do PBF, o que representa 49,7% de toda a população brasileira beneficiada pelo Programa. Logo em seguida está a região Sudeste, com 3.618.096 famílias, e a Norte, com 1.683.026 famílias beneficiárias, que representam 26% e 12% da população beneficiária, respectivamente.

Tabela 13: Total de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA - FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS
BRASIL	13.936.791
Região Nordeste	6.936.407
Região Sudeste	3.618.096
Região Norte	1.683.026
Região Sul	959.567
Região Centro-Oeste	739.695

Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)/Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi).

Em nível estadual, além da quantidade absoluta de famílias cadastradas no Programa, há a possibilidade de se calcular a cobertura do PBF em relação ao CadÚnico, ou seja, a quantidade de famílias beneficiárias do Programa sobre o número de famílias pobres e extremamente pobres que se encontram cadastradas no CadÚnico. Esse cálculo gera um percentual que indica a cobertura desse importante programa de transferência de renda e sua extensão no território nacional, bem como o efetivo atendimento às famílias mais pobres dos estados.

Entre os estados com o maior número de famílias beneficiárias do PBF figuram dois da região Sudeste e três da Nordeste; todos com mais de um milhão de famílias beneficiadas. A Bahia, ao mesmo tempo em que possui a maior quantidade de famílias beneficiárias (1.797.610), também apresenta o maior percentual de cobertura do Programa nesse conjunto de estados (81,4%). São Paulo (1.454.858) e Minas Gerais (1.119.274) aparecem logo em seguida na lista de estados com a maior quantidade de famílias beneficiárias, porém, com percentuais de cobertura bem mais baixos, 52% e 58,5%, respectivamente. Isso indica que nesses estados do Sudeste ainda caberia aos governos estaduais realizarem uma busca ativa às famílias pobres que ainda não estão incluídas no PBF, mas que fazem parte do seu público-alvo. Já Pernambuco e Ceará registram, na devida ordem, 1.116.657 e 1.075.853 famílias beneficiárias do Programa e pouco mais de 80% de taxa de cobertura.

Tabela 14: Total de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família e taxa de cobertura – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA – FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS	% DE COBERTURA DO BOLSA FAMÍLIA EM RELAÇÃO AO CADÚNICO
Bahia	1.797.610	81,4
São Paulo	1.454.858	52,0
Minas Gerais	1.119.274	58,3
Pernambuco	1.116.657	81,2
Ceará	1.075.853	80,2

Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)/ Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi).



Quando analisados os estados com o menor número de famílias beneficiadas pelo PBF, estes registram uma média de 77.640 famílias inseridas no Programa. Ganha destaque nesse conjunto os estados de Rondônia, com 105.855 famílias, e Roraima, com 46.814. Apesar da baixa quantidade de famílias beneficiárias nesses estados, cuja soma não chega à metade do número de famílias registradas no Ceará, os percentuais de cobertura mostram-se semelhantes ao observado no conjunto de estados anterior, em que as taxas de cobertura oscilavam, majoritariamente, nas faixas de 50% e 80%. Em meio aos estados listados a seguir, o Distrito Federal, com 93.961 famílias beneficiárias do PBF, registra uma cobertura de 58,2%, enquanto Acre (80.803 famílias) e Amapá (60.758 famílias) apresentam uma taxa de cobertura de cerca de 81%. Cabe aqui notar que quatro dos cinco estados presentes na tabela 15 integram a região Norte do país

Tabela 15: Total de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família e taxa de cobertura – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA – FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS	(%) DE COBERTURA DO BOLSA FAMÍLIA EM RELAÇÃO AO CADÚNICO
Rondônia	105.855	60,8
Distrito Federal	93.961	58,2
Acre	80.803	80,9
Amapá	60.768	81,7
Roraima	46.814	85,2

Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)/Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi).

Entretanto, é fundamental destacar que, embora as taxas de cobertura do PBF em relação ao CadÚnico sejam altas, o desafio nacional para a erradicação da pobreza extrema e redução da pobreza está no número de pessoas em situação de pobreza e pobreza extrema, que não estão contempladas pelo Programa. Infelizmente, os dados oficiais disponíveis não nos permitem avaliar corretamente o número de famílias pobres e extremamente pobres que estão fora do PBF, mas, se olharmos apenas os números das regiões brasileiras, é possível notar que o cumprimento das metas do ODS 1 requererão a atuação focalizada na busca ativa dessas famílias e a inclusão nos diferentes programas sociais de combate à pobreza.



ACABAR COM A FOME,
ALCANÇAR A SEGURANÇA
ALIMENTAR E A MELHORIA DA
NUTRIÇÃO, E PROMOVER A
AGRICULTURA SUSTENTÁVEL



Metas ODS que impactam crianças e adolescentes

2.1 Até 2030, acabar com a fome e garantir o acesso de todas as pessoas, em particular os pobres e pessoas em situação de vulnerabilidade, incluindo crianças, a alimentos seguros, nutritivos e suficientes durante todo o ano.

2.2 Até 2030, acabar com todas as formas de desnutrição, incluindo atingir até 2025 as metas acordadas internacionalmente sobre desnutrição crônica e desnutrição em crianças menores de cinco anos de idade, e atender às necessidades nutricionais dos adolescentes, mulheres grávidas, lactantes e pessoas mais velhas.

Por uma alimentação segura, saudável e acessível às crianças

“Acabar com a fome no mundo” pode soar como um discurso deveras retórico para muitas pessoas, mas, fato é que milhares de indivíduos em todo o mundo ainda convivem com este problema, sendo privados do direito básico de se alimentarem de forma equilibrada, com os nutrientes necessários ao seu pleno desenvolvimento. Sendo assim, a erradicação da fome se configura como um dos desafios mais ambiciosos para diversas nações e seus líderes. Não obstante, entre os extremos que enfrentamos sobre a situação da má nutrição a nível global, enquanto quase 795 milhões de pessoas passam fome em todo o mundo (FAO et al, 2015), a obesidade aumenta consistentemente, tanto em países ricos como em países pobres.

A má nutrição se manifesta de diversas formas: em crianças que não se desenvolvem para atingir estatura adequada para a idade ou que estão longe de atingir seu peso ideal, em pessoas com *deficit* alimentar e suscetíveis a contrair doenças, ou ainda em indivíduos com sobrepeso e doenças associadas. No caso da desnutrição, essa pode ter início antes mesmo do nascimento da criança, na vida intrauterina, quando, em decorrência de uma gravidez e/ou alimentação pouco saudáveis, a gestante deixa de fornecer nutrientes para que o feto se desenvolva adequadamente, com peso suficientemente adequado ao nascer ou para que possa desenvolver plenamente seu sistema imunológico. Conseqüentemente, a má nutrição e a alimentação deficiente são o fator número um de aumento do ônus mundial de morbidade (IFRPI, 2016).

De acordo com dados do *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2016: da Promessa ao Impacto: Erradicar a Má Nutrição até 2030*, organizado pelo Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares (IFPRI, sigla em inglês),

temos uma população mundial de 7 bilhões de habitantes, dos quais 2 bilhões sofrem de deficiência de micronutrientes (ferro, ácido fólico, vitamina A, zinco e iodos abaixo dos limites saudáveis) e 800 milhões de deficiências calóricas. Além disso, 2 bilhões de adultos possuem sobrepeso ou estão obesos. Quando olhamos para o recorte de crianças com menos de cinco anos de idade no mundo, dos 667 milhões de crianças, 159 milhões apresentam atraso no crescimento, 50 milhões não possuem o peso ideal indicado para a altura (emaciação) e 41 milhões estão com sobrepeso.

Análises produzidas por organizações como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial vêm mostrando que fizemos progressos significativos na redução do número de crianças com atraso no crescimento, mas menos progresso na redução do número de crianças que sofrem de emaciação. E o número de crianças menores de cinco anos de idade com sobrepeso está aumentando. A má nutrição soma-se, então, como mais um dos fatores de risco no desenvolvimento das crianças. Diversos estudos comprovam que os indivíduos que não recebem quantidades calórico-proteica e de micronutrientes necessárias por dia, não atingem o pleno desenvolvimento na infância, levando consigo efeitos nocivos para toda a vida. Portanto, é desafio prioritário agir para que 150 milhões de crianças no Brasil e no mundo recebam alimentação adequada.

O relatório *The State of Food Insecurity in the World 2015*, da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO, sigla em inglês), também traz informações bastante relevantes para o atual cenário mundial. Mediante fenômenos ambientais extremos, desastres naturais, instabilidade política e conflitos civis, o combate à fome e à desnutrição torna-se ameaçado e negligenciado em tais conjunturas. O documento destaca que uma em cada cinco pessoas desnutridas no mundo vive em contextos de crise caracterizados por uma governança fraca e alto risco a doenças e morte. Além disso, as taxas de fome nos países que passam por crises prolongadas são três vezes maiores do que em outras localidades.

Nesse mesmo relatório, os avanços brasileiros na redução da fome no país são reconhecidos e destacados pela FAO. Entre os países mais populosos, o Brasil foi o que teve a maior queda de subalimentados entre 2002 e 2014, cerca de 82%. No mesmo período, a América Latina reduziu em 43,1% esta quantidade. Nosso país também apresenta, em números absolutos, a menor quantidade de pessoas subalimentadas; estas somam 3,4 milhões no Brasil, pouco menos de 10% da quantidade total da América Latina, 34,3 milhões. A publicação aponta também que o país alcançou a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), de reduzir pela metade a fome no país.

Cabe aqui ressaltar que as lacunas na produção de dados são um obstáculo significativo para o avanço no combate à má nutrição em todo o mundo. Cada país possui um contexto nutricional diferente e precisaria reunir os dados nacionais e subnacionais dos quais necessita para entender sua singular situação e atuar sobre ela. Além disso, com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) em mente, governos, empresas e as organizações da sociedade civil deverão controlar e divulgar regularmente os gastos e impactos com políticas públicas voltadas para o combate à desnutrição e pela implementação de ações que reduzam mais eficazmente este quadro. Sendo a má nutrição causada por um conjunto de fatores, é necessário um alinhamento ainda mais poderoso das partes interessadas, trabalhando em várias frentes, para conseguir superá-la.



Marco zero dos principais indicadores nacionais – ponto de partida e desafios brasileiros

Indicadores globais de monitoramento do ODS 2 associados a crianças e adolescentes

2.1.1 Prevalência de desnutrição.

2.1.2 Prevalência de insegurança alimentar moderada ou grave na população, com base na Escala de Experiência em Insegurança Alimentar (Fies, sigla em inglês).

2.2.1 Prevalência de desnutrição crônica (altura para idade < -2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial da Saúde (OMS) entre crianças menores de cinco anos de idade.

2.2.2 Prevalência de desnutrição (peso para altura $> +2$ ou < -2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de cinco anos de idade, desagregado por tipo (desperdício e excesso de peso).

Baixo peso¹ e desnutrição entre crianças

O baixo peso e a desnutrição acometem significativamente a população de zero a cinco anos de idade do Brasil de diversas maneiras, mesmo considerando que, não necessariamente, o baixo peso significa um estado de desnutrição, mas pode sinalizar sua decorrência futura, além de impactar o sistema imunológico das pessoas, principalmente crianças. Dessa forma, a taxa de crianças abaixo do peso ideal serve para identificar e projetar uma estimativa de crianças cujo crescimento deve ser monitorado, já que estas podem ingressar nas estatísticas e em situações mais graves de desnutrição.

A mensuração do baixo peso ao nascer é um preditor da sobrevivência infantil – quanto mais baixo o peso ao nascer, maior a probabilidade de uma morte precoce. Considera-se que o recém-nascido possui baixo peso quando, durante a primeira hora de sua vida, não atinge valor maior que 2.500 gramas. Conforme observamos, a região Sudeste (9,1%) apresenta o maior percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer. Surpreende, também, que as regiões Sul (8,6%) e Centro-Oeste (8,3%) ocupem, respectivamente, o segundo e o terceiro lugares na proporção de nascidos com baixo peso. As regiões que têm as menores concentrações de nascidos com baixo peso são Nordeste (7,9%) e Norte (7,5%).

¹ Os indicadores analisados nessa seção são preliminares e representam a situação da base nacional em 23/12/2015.

Tabela 1: Total e percentual de nascidos vivos com baixo peso – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	Nº DE NASCIDOS VIVOS COM BAIXO PESO	% DE NASCIDOS VIVOS COM BAIXO PESO
BRASIL	254.612	8,4
Região Sudeste	108.297	9,1
Região Sul	34.784	8,6
Região Centro-Oeste	20.542	8,3
Região Nordeste	66.920	7,9
Região Norte	24.069	7,5

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Em relação aos estados onde há maior concentração de casos de nascidos com baixo peso, os padrões comumente observados para os indicadores de nutrição e renda são novamente rompidos, pois estados do Sul e Sudeste, além do Distrito Federal, são os que figuram entre esses. Com uma diferença percentual bastante baixa, de no máximo 0,1%, entre os estados listados abaixo, Rio Grande do Sul (9,3%) e Rio de Janeiro (9,1%) encontram-se nos extremos dessa lista. De forma comparativa, há que se notar que, em números absolutos, o estado de São Paulo (57.667) possui 13 vezes mais casos de nascidos com baixo peso do que o Distrito Federal (4.241).

Tabela 2: Total e percentual de nascidos vivos com baixo peso – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	Nº DE NASCIDOS VIVOS COM BAIXO PESO	% DE NASCIDOS VIVOS COM BAIXO PESO
Rio Grande do Sul	13.751	9,3
Distrito Federal	4.241	9,2
Minas Gerais	24.634	9,2
São Paulo	57.667	9,1
Rio de Janeiro	21.470	9,1

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).



Outra constatação importante deriva do fato de que a diferença entre o estado com o maior percentual de casos de nascidos vivos com baixo peso (Rio Grande do Sul, 9,3%) e o com o menor (Rondônia, 6,8%) é de apenas 2,5%. Enquanto Amazonas (7,5%), Tocantins (7,4%), Maranhão (7,2%) e Paraíba (7,1%) têm, entre si, uma variação de apenas 0,4 ponto percentual. Na tabela a seguir ainda se destaca o Maranhão, que reúne mais de 8 mil casos de nascidos com baixo peso, quantidade maior de casos do que o observado no Distrito Federal (4.241 casos).

Tabela 3: Total e percentual de nascidos vivos com baixo peso – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	Nº DE NASCIDOS VIVOS COM BAIXO PESO	% DE NASCIDOS VIVOS COM BAIXO PESO
Amazonas	5.977	7,5
Tocantins	1.863	7,4
Maranhão	8.415	7,2
Paraíba	4.188	7,1
Rondônia	1.891	6,8

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Já o percentual de crianças menores de cinco anos de idade abaixo do peso ideal² somam 3,6% no Brasil. Decompondo esse dado pelas regiões, veremos que a região Nordeste possui a maior proporção de crianças abaixo do peso ideal (4,3%), seguida da região Centro-Oeste, com 3,9%. Com pouca disparidade de percentual entre as regiões, essas possuem uma média de 3% de crianças nessa faixa etária abaixo do peso ideal. Já a região Sul do país apresenta o menor dos percentuais de crianças nessa situação, pouco mais de 2%. Merece nota, também, o fato de que apenas duas das cinco regiões do país apresentam percentuais mais baixos que os nacionais: Sudeste e Sul.

² Como já mencionado previamente, a dificuldade na produção e obtenção de dados nutricionais nos coloca alguns entraves para mapear de forma integral a situação da população do país. Uma das formas de monitoramento mais eficazes implementadas pelo Brasil é o acompanhamento das crianças das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família (PBF) e/ou usuárias da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), políticas públicas que atendem um grande contingente da população em situação de vulnerabilidade social e, no caso da última, que parte do princípio da universalidade do atendimento. Os dados aqui apresentados são, portanto, extraídos do sistema de dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS). De qualquer maneira, há que se considerar que possamos deixar de contabilizar algumas poucas crianças e suas famílias que estejam em situação demasiadamente precária e ainda fora da cobertura de atendimento dessas políticas.

Tabela 4: Percentual de crianças menores de cinco anos de idade com baixo peso – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	% DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS ABAIXO DO PESO
BRASIL	3,6
Região Nordeste	4,3
Região Centro-Oeste	3,9
Região Norte	3,6
Região Sudeste	3,3
Região Sul	2,1

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

Ao observarmos esse mesmo indicador entre os estados da federação, ao contrário do que ocorre nas regiões brasileiras a concentração de menores de cinco anos de idade com peso abaixo do ideal ultrapassa a média nacional e aproxima-se dos 5% nos estados de maior concentração, Maranhão e Sergipe, ambos com 4,8%. Enquanto Goiás (4,7%), Pernambuco (4,6%) e Piauí (4,4%) ocupam, respectivamente, os três últimos lugares dentre os cinco estados com maior concentração de crianças abaixo do peso ideal, partilhando uma média de 4,6% entre si.

Tabela 5: Percentual de crianças menores de cinco anos de idade com baixo peso – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	% DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS ABAIXO DO PESO
Maranhão	4,8
Sergipe	4,8
Goiás	4,7
Pernambuco	4,6
Piauí	4,4

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).



Entre os estados que têm maiores e menores concentrações de crianças de até cinco anos de idade abaixo do peso ideal, há uma diferença pequena, de cerca de dois pontos percentuais, conforme vemos a seguir. Maranhão (4,8%) e Rio Grande do Sul (2%), por exemplo, partilham uma diferença de apenas 2,8% na proporção de crianças menores de cinco anos abaixo do peso ideal. Dos cinco estados com menores concentrações de indivíduos nessa condição, destacam-se os estados da região Sul (Paraná, 2,1%; Santa Catarina, 2,2%; e Rio Grande do Sul, 2%). Na sequência, estão São Paulo (2,3%) e o Distrito Federal (2,8%) com percentuais mais altos que os demais. Levando em consideração a diferença do tamanho populacional entre os estados, há que se notar que 2,3% da população de até cinco anos de São Paulo é, em números absolutos, maior que 2,8% deste mesmo recorte populacional no Distrito Federal.

Tabela 6: Percentual de crianças menores de cinco anos de idade com baixo peso – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	% DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS ABAIXO DO PESO
Distrito Federal	2,8
São Paulo	2,3
Santa Catarina	2,2
Paraná	2,1
Rio Grande do Sul	2,0

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

O *deficit* estatural de crianças menores de cinco anos de idade, isto é, crianças que possuem baixa ou muito baixa estatura para sua idade, é também conhecido como “desnutrição crônica”, sendo medido através de um índice antropométrico que calcula um valor entre altura e idade, classificando a situação da criança em algumas faixas percentuais estipuladas. A falha precoce de crescimento desenvolve-se no período entre o desenvolvimento fetal e os dois anos de vida da criança, sendo dificilmente recuperada depois desse período. Assim, como causa da desnutrição crônica, esta pode ser fruto da desnutrição tanto da mãe antes e durante a gestação, e na lactação, bem como da criança até os dois anos. Conforme apontam diversos estudos, este tipo de desnutrição aumenta a mortalidade na Primeira Infância e diminui a função cognitiva, mental e motora da criança (ISMAEL, 2003).

No Brasil, o percentual de crianças com menos de cinco anos de idade que apresentam *deficit* estatural é de 12,7%, acometendo mais de 450 mil crianças em todo o país. As regiões Norte e Nordeste apresentam percentuais ainda mais altos que a média nacional, 18,6% e 13,4%, respectivamente, enquanto as regiões Centro-Oeste e Sudeste possuem percentuais de desnutrição crônica entre crianças de até cinco anos que oscilam entre 10% e 12%. A região Sul é a que possui o menor percentual de crianças nessa condição, 8,9%.

Tabela 7: Total e percentual de menores de cinco anos de idade com baixa estatura – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	ALTURA MUITO BAIXA PARA A IDADE	ALTURA BAIXA PARA IDADE	TOTAL	% DE PREVALÊNCIA DE DEFICIT ESTATORAL EM MENORES DE 5 ANOS
BRASIL	203.732	256.016	459.748	12,7
Região Norte	35.314	50.993	86.307	18,6
Região Nordeste	87.556	104.019	191.575	13,4
Região Centro-Oeste	9.612	11.551	21.163	11,9
Região Sudeste	56.457	67.905	124.362	10,9
Região Sul	14.793	21.548	36.341	8,9

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

O quadro da desnutrição crônica apresenta situação semelhante quando verificada sua proponderância nos estados. Pará e Maranhão têm destaque nas estatísticas por evidenciarem uma ambiguidade. Mesmo com as taxas mais baixas entre os estados com maior concentração de crianças com desnutrição crônica, em números absolutos, esses estados têm, separadamente, uma quantidade de crianças nessa situação muito maior do que a soma dos outros três estados juntos (Amapá, Amazonas e Acre), conforme dados sistematizados no anexo desta publicação. É considerável, ainda, que a distância percentual entre o primeiro e o último dos cinco estados que mais concentram crianças de até cinco anos de idade em situação de *deficit* estatural seja de apenas três pontos percentuais; assim, Amapá (21,8%), Amazonas (21,1%), Acre (20,3%) e Pará (18,8%) são estados da região Norte cuja média de concentração de crianças em situação de desnutrição crônica é de 20,5%; ou seja, um quinto da população de até cinco anos nesses estados encontra-se com altura baixa ou muito baixa para sua idade.

Tabela 8: Total e percentual de menores de cinco anos de idade com baixa estatura – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	ALTURA MUITO BAIXA PARA A IDADE	ALTURA BAIXA PARA IDADE	TOTAL	% DE PREVALÊNCIA DE DEFICIT ESTATORAL EM MENORES DE 5 ANOS
Amapá	876	1.466	2.342	21,8
Amazonas	9.586	14.184	23.770	21,1
Acre	2.179	2.863	5.042	20,3
Maranhão	20.006	24.210	44.216	19,3
Pará	17.977	26.051	44.028	18,8

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Atendimento à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).



Para os cinco estados com baixa porcentagem de crianças com altura baixa e muito baixa para a idade, verifica-se na tabela abaixo que mesmo Rondônia tendo o percentual mais alto entre os estados listados, 10,4%; em números absolutos a quantidade de crianças nessa situação é mais baixa que nos demais. Conforme já ressaltamos anteriormente, esta ambiguidade entre os dados ocorre em razão do tamanho populacional do Estado. Os estados da região Sul do país, Rio Grande do Sul (9,4%), Santa Catarina (9,3%) e Paraná (8,4%), mantêm-se como aqueles com melhor desempenho para o indicador de desnutrição crônica, com uma média de 9% de crianças com *deficit* estatural. Ainda assim, o estado do Espírito Santo destaca-se com o percentual mais baixo de crianças com desnutrição crônica, com 7,8%.

Tabela 9: Total e percentual de menores de cinco anos de idade com baixa estatura – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	ALTURA MUITO BAIXA PARA A IDADE	ALTURA BAIXA PARA IDADE	TOTAL	% DE PREVALÊNCIA DE DEFICIT ESTatural EM MENORES DE 5 ANOS
Rondônia	884	1.251	2.135	10,4
Rio Grande do Sul	4.543	7.101	11.644	9,4
Santa Catarina	3.546	4.326	7.872	9,3
Paraná	6.704	10.121	16.825	8,4
Espírito Santo	1.854	2.627	4.481	7,8

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

Uma outra forma de desnutrição passível de ser mensurada através do cálculo de índices antropométricos é denominada “desnutrição atual”. Nesses casos, a criança apresenta um peso abaixo daquele considerado ideal para sua idade e requer um acompanhamento longitudinal dos profissionais de saúde. No que tange à diferença entre a manifestação do *deficit* de altura e o de peso entre as crianças; enquanto o primeiro tem suas origens em um processo mais longo e difuso, influenciado por debilidades nutricionais contínuas, como desde o período de gestação da mãe, seu tratamento configura-se como mais complexo e de longo prazo; no caso do segundo, sua origem pode estar associada a situações de emergência, à redução no consumo de alimentos ou enfermidades, podendo ser amenizado ou solucionado por meio do incentivo de práticas alimentares e estratégias de intervenção.

A taxa de crianças de até cinco anos que apresentam baixo e muito baixo peso para a idade é de pouco mais de 4% no Brasil, um terço do percentual de crianças consideradas com baixa estatura, porém, não menos preocupante. A região Norte possui o maior percentual de crianças com peso baixo ou muito baixo para sua idade (6,0%), seguida da região Nordeste (4,2%), esta última também com a maior quantidade, em números absolutos, de crianças com *deficit* ponderal, cerca de 60 mil crianças. Sudeste (3,8%) e Centro-Oeste (3,7%) partilham entre si percentuais muito próximos de crianças com peso baixo ou muito baixo para sua idade. Já a região Sul é a que possui proporções mais baixas de crianças nessa condição, apenas 2,8%.

Tabela 10: Total e percentual de prevalência de *deficit* ponderal em menores de cinco anos de idade – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	PESO BAIXO E MUITO BAIXO PARA A IDADE	% DE PREVALÊNCIA DE <i>DEFICIT</i> PONDERAL EM MENORES DE 5 ANOS
BRASIL	149.308	4,1
Região Norte	27.848	6,0
Região Nordeste	60.245	4,2
Região Sudeste	43.178	3,8
Região Centro-Oeste	6.541	3,7
Região Sul	11.496	2,8

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

A preponderância de crianças com peso baixo ou muito baixo para a idade também segue os padrões identificados entre os percentuais de crianças menores de cinco anos de idade com *deficit* estatural. A região Norte se mantém como a região em que os estados possuem as maiores concentrações de casos de desnutrição atual, onde se destacam os estados do Amazonas (6,5%), Pará (6,4%), Amapá (6%) e Acre (5,4%). No entanto, Maranhão ocupa o primeiro lugar entre os estados brasileiros com a maior concentração de crianças de até cinco anos com peso baixo ou muito baixo para sua idade, registrando 15.717 casos, ou 6,9% da população nessa faixa etária.

Tabela 11: Total e percentual de prevalência de *deficit* ponderal em menores de cinco anos de idade – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	PESO BAIXO E MUITO BAIXO PARA A IDADE	% DE PREVALÊNCIA DE <i>DEFICIT</i> PONDERAL EM MENORES DE 5 ANOS
Maranhão	15.717	6,9
Amazonas	7.350	6,5
Pará	15.070	6,4
Amapá	647	6,0
Acre	1.347	5,4

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

Os estados que menos concentram casos de crianças com *deficit* ponderal estão dispersos entre as regiões Nordeste (Paraíba, 3,1%), Centro-Oeste (Mato Grosso do Sul, 3%), Sul (Paraná, 2,8%; e Rio Grande do Sul, 2,5%) e Sudeste (Espírito Santo, 2,7%). Cabe ressaltar que a distribuição dos casos entre os estados com percentuais mais baixos é muito próxima. Nota-se que os estados da Paraíba e Mato Grosso do Sul possuem diferenças muito pequenas entre si (0,1%), sendo que o mesmo ocorre entre Paraná e Espírito Santo (0,1%); diferença que dobra para o caso do Rio Grande do Sul (0,2%).

Tabela 12: Total e percentual de prevalência de *deficit* ponderal em menores de cinco anos de idade – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	PESO BAIXO E MUITO BAIXO PARA A IDADE	% DE PREVALÊNCIA DE DEFICIT PONDERAL EM MENORES DE 5 ANOS
Paraíba	3.590	3,1
Mato Grosso do Sul	1.353	3,0
Paraná	5.552	2,8
Espírito Santo	1.561	2,7
Rio Grande do Sul	3.061	2,5

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

Obesidade entre crianças

A obesidade é definida como um caso de malnutrição por excesso, sendo determinada e mensurada pelo Índice de Massa Corporal (IMC). O cálculo é feito através da fórmula: peso/altura² (peso dividido pela altura ao quadrado). Quando o resultado é igual ou superior a 25, diz-se que a pessoa tem sobrepeso; e quando é igual ou superior a 30, diz-se que a pessoa é obesa (ISMAEL, 2013).

O percentual de menores de cinco anos de idade com índice de massa corporal superior a 30 atinge sua maior quantidade na região Nordeste (10%), sendo essa proporção 1,4% maior do que a média nacional. Já as demais regiões, Centro-Oeste (8,4%), Norte (7,8%), Sudeste (7,7%) e Sul (7%), possuem percentuais mais próximos. Chama a atenção, contudo, o fato de que as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte reúnem, simultaneamente, os maiores percentuais de crianças abaixo e acima do peso ideal. Deriva de tal constatação a hipótese de que um contexto de insegurança alimentar esteja tornando-se a realidade dessas regiões e, conseqüentemente, contribuindo para o aumento concomitante das taxas de malnutrição por *deficit* e por excesso em um mesmo território.

Tabela 13: Total e percentual de obesidade em menores de cinco anos de idade – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	OBESIDADE (0 A 5 ANOS)	% DE OBESIDADE (0 A 5 ANOS)
BRASIL	311.304	8,6
Região Nordeste	143.211	10,0
Região Centro-Oeste	14.985	8,4
Região Norte	36.343	7,8
Região Sudeste	88.381	7,7
Região Sul	28.384	7,0

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

Os cinco estados em que a obesidade dentre crianças menores de cinco anos de idade tem maior preponderância são da região Nordeste. Concentram o maior número de casos de obesidade os estados do Ceará e Pernambuco (ambos com 11,9%), seguidos pelo Rio Grande do Norte (11%), Sergipe (10,8%) e Alagoas (10,7%).

Tabela 14: Total e percentual de obesidade em menores de cinco anos de idade – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	OBESIDADE (0 A 5 ANOS)	% DE OBESIDADE (0 A 5 ANOS)
Ceará	27.423	11,9
Pernambuco	22.789	11,9
Rio Grande do Norte	7.913	11,0
Sergipe	6.431	10,8
Alagoas	9.409	10,7

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação NTI.



Nos estados em que há uma maior concentração de crianças de até cinco anos de idade em condição de obesidade as taxas oscilam entre 5,3% e 6,7%. Com exceção da região Nordeste, que possui um maior número de estados com alta taxa de obesidade infantil, as demais regiões possuem aos menos um estado entre aqueles com mais baixos percentuais. Nota-se que Paraná (6,7%), Espírito Santo (6,5%), Santa Catarina (6,5%) e Distrito Federal (6,4%) têm percentuais muito semelhantes, apresentando disparidades apenas quando consideramos o tamanho de suas populações e a incidência da obesidade em números absolutos. Numa perspectiva comparada, veremos que o número de casos de obesidade infantil em alguns estados com altos percentuais chega a ser menor que nos estados com baixos percentuais, como, por exemplo, no Paraná (6,7% ou 13.396 casos) e no Rio Grande do Norte (11% ou 7.913 casos).

Tabela 15: Total e percentual de obesidade em menores de cinco anos de idade – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	OBESIDADE (0 A 5 ANOS)	% DE OBESIDADE (0 A 5 ANOS)
Paraná	13.396	6,7
Espírito Santo	3.762	6,5
Santa Catarina	5.488	6,5
Distrito Federal	862	6,4
Roraima	601	5,3

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

3 SAÚDE E
BEM-ESTAR



ASSEGURAR UMA
VIDA SAUDÁVEL
E PROMOVER O
BEM-ESTAR PARA TODOS,
EM TODAS AS IDADES



Metas ODS que impactam crianças e adolescentes

3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 por 100 mil nascidos vivos.

3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos de idade.

3.5 Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.

3.7 Até 2030, 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.

Meios de implementação:

3.a Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e manutenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento.

A vulnerabilidade de crianças, adolescentes e mulheres gestantes frente à cobertura dos sistemas de saúde

A saúde é um dos direitos fundamentais em nossa sociedade justamente por estar interligada ao direito à vida e à existência digna do ser humano. A promoção e proteção da saúde são essenciais para o bem-estar do homem e para o desenvolvimento econômico e social sustentável, no entanto, o acesso a serviços e a cobertura universal dos sistemas de saúde ainda se configuram como desafios para a garantia da saúde a toda a população mundial.

O Brasil estruturou a sua gestão da política da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como diretrizes de descentralização da política nos três níveis da Federação, atendimento integral à população e participação popular, tendo como princípios a universalidade, a integralidade e a igualdade, preconizados pela Constituição Federal de 1988.

(...) o SUS avançou historicamente com medidas como a descentralização e a municipalização de ações e serviços, o fortalecimento da atenção básica; a ampliação de ações de prevenção a doenças; o investimento em pesquisa e desenvolvimento científico-tecnológico de equipamentos e insumos estratégicos, como vacinas e medicamentos; o desenvolvimento de sistemas de informação e de gestão para monitorar resultados; a ampliação no número de trabalhadores em saúde, e a maior participação e controle social por meio da atuação efetiva dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, s/d).

O objetivo da cobertura universal de saúde é garantir que todas as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde de que necessitam – prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos –, sem riscos de ruína financeira ou empobrecimento, no momento e no futuro, conforme preconizado pela Resolução nº 58.33 da Assembleia Mundial da Saúde de 2005. Desde então, quando todos os Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) se comprometeram com a cobertura universal de saúde, muitos progressos vêm sendo realizados quanto ao provimento de serviços de saúde e à proteção contra riscos financeiros. Tais progressos são ilustrados pelo avanço em relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) relacionados à saúde ampla e pela redução de pagamentos em dinheiro para utilização de serviços de saúde. Ainda assim, permanece uma “agenda inconclusa” de objetivos não atingidos ao longo desse período, e que estão relacionados, em sua maioria, aos públicos vulneráveis já mencionados.

Em um comparativo entre os países observam-se diferentes variações na cobertura dos serviços de saúde, porém, alguns estratos sociais da população são considerados mais vulneráveis a estarem fora da rede de cobertura. De acordo com o *Relatório Anual da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2010*, em todas as sociedades as mulheres mais ricas obtêm, geralmente, níveis semelhantes de cobertura, mas as mais pobres são esquecidas. Nessa perspectiva, as mulheres que pertencem ao estrato dos 20% mais ricos da população têm a probabilidade de ter um parto seguro até 20 vezes maior do que as mulheres mais pobres. De modo semelhante, as crianças ricas têm vida mais longa que as pobres; sendo que a redução do hiato da cobertura para um leque de serviços voltados para crianças abaixo dos cinco anos de idade, como, por exemplo, vacinações de rotina, salvariam mais de 16 milhões de vidas (OMS, 2010).

Entre os últimos dados reportados pelas *Estatísticas Mundiais de Saúde de 2016*, que reúnem dados de 194 países, estima-se que, em 2015, cerca de 5,9 milhões de crianças menores de cinco anos de idade morreram em todo o mundo. Isso resulta em uma taxa de mortalidade infantil de 42,5 por 1.000 nascidos vivos. Mesmo em uma análise interna aos países, as regiões mais pobres possuem uma taxa de mortalidade infantil 1,5 a 2,5 vezes maior do que as regiões mais ricas. O mesmo relatório revela que a gravidez na adolescência tende a aumentar os riscos de saúde entre adolescentes. Uma vez que a mortalidade materna é a principal causa de morte entre meninas de 15 a 19 anos. Em 2015, o número de mortes maternas no mundo por 100 mil nascidos vivos era de 216. Isso pode ser calculado em, aproximadamente, 830 mulheres morrendo a cada dia no mundo em razão de complicações na gravidez e no parto. Atualmente, 79 países possuem taxas de mortalidade infantil (crianças de até cinco anos de idade) acima de 25 por 1.000 nascidos vivos, taxa estabelecida como meta limite pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) nesse indicador. Além disso, outros 24 países possuem taxas de mortalidade infantil até três vezes mais altas que essas.



Perante a esse cenário apresentado, algumas das metas estabelecidas pelo **ODS 3**, que versam diretamente sobre crianças e adolescentes, visam a perseguir a redução das taxas de mortalidade materna, prematura e infantil no mundo. Sobretudo, por meio da garantia do acesso universal aos serviços de saúde e associada a estratégias de caráter informativo e educacional sobre saúde sexual, reprodutiva e planejamento familiar. Não estando restrita a esse objetivo, a temática da saúde é tratada de maneira transversal nos demais, já que incide e é impactada, concomitantemente, por questões como habitação, agricultura, trabalho, igualdade de gênero etc. O **ODS 3** também busca a melhoria da gestão dos sistemas de saúde, ao propor estratégias que evocam a capacidade de governança dos governos para ampliar a qualidade e cobertura de seus serviços de saúde. Pode-se, assim, apreender que a agenda dos ODS apresenta, e representa, uma nova oportunidade para avançarmos em direção a níveis elevados de saúde e bem-estar para a população mundial; ao mesmo tempo em que expressa a magnitude dos desafios a serem atingidos.

O Brasil tem trilhado grandes avanços desde a criação do SUS, considerado um modelo sob a égide da universalização do direito à saúde por meio de um sistema público, atendendo em torno de 190 milhões de pessoas. O Programa Saúde da Família (PSF) tem destaque como política pública de atendimento integral, contínuo e proativo no âmbito desse sistema, principalmente, por prover a assistência básica à saúde de forma humanizada, centrada na família, em conformidade com os princípios do SUS. Quase 30 anos depois da criação e implantação do SUS, alguns problemas e desafios ainda se mostram latentes para conseguir fazer da cobertura universal da saúde algo concreto no país.

A rápida expansão do SUS, sua visibilidade pública e expectativas associadas ao sistema vão de encontro ao grande contingente populacional, restrição de investimentos, limitações de infraestrutura e de profissionais da área da saúde no país. A morosidade para a marcação e realização de consultas, falta de equipamentos, falta de médicos e de profissionais de saúde somam-se aos principais problemas elencados pelos usuários do SUS. A situação torna-se mais agravante em municípios que não cumprem requisitos estruturais, como a falta de profissionais, para receber os recursos federais para instalação do PSF.

Em atenção e cumprimento à Agenda 2030, o Brasil tem a possibilidade de mobilizar esforços de todos os setores da sociedade para a promoção da saúde e do bem-estar da população e no alcance das metas ambiciosas colocadas por essa mesma agenda. O monitoramento dos indicadores de saúde e a produção de pesquisas e estudos que norteiem os investimentos e esforços dos atores mostram-se fundamentais para o êxito da empreitada que assumimos até 2030.

Marco zero dos principais indicadores nacionais – ponto de partida e desafios brasileiros

Indicadores globais de monitoramento do ODS 3 associados a crianças e adolescentes

3.1.1 Mortes maternas por 100 mil nascidos vivos.

3.1.2 Proporção de partos atendidos por pessoal de saúde qualificado.

3.2.1 Taxa de mortalidade dos menores de cinco anos de idade (óbitos por 1.000 nascidos vivos).

3.2.2 Taxa de mortalidade neonatal (óbitos por 1.000 nascidos vivos).

3.3.1 Número de novas infecções por HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana, sigla em inglês) por 1.000 pessoas não infectadas (por faixa etária, sexo e populações-alvo).

3.7.1 Porcentagem de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que precisam de métodos modernos de planejamento familiar.

3.7.2 Taxa de natalidade de adolescentes (10 a 14 anos, 15 a 19 anos) por 1.000 mulheres nessa faixa etária.

3.8.1 *Cobertura dos indicadores de intervenção (por exemplo, imunização completa de crianças, terapia antirretroviral, tratamento de tuberculose, tratamento de hipertensão, atenção qualificada durante o parto etc.).

3.b.1 Proporção da população com acesso a medicamentos e vacinas a preços acessíveis de forma sustentável.

(*) Reavaliado por razões técnicas em 29 de fevereiro de 2016.

Cobertura e acesso aos serviços de saúde

Um dos principais indicadores da cobertura e atendimento da saúde no Brasil pode ser medido pela quantidade de domicílios cadastrados no PSF. Vale explicitar que os dados aqui apresentados, bem como os dados de frequência médica e saúde bucal, foram extraídos da última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a qual possui o ano de 2013 como última referência.

Domícílios cadastrados no Programa Saúde da Família

Em números absolutos, a maioria dos domicílios cadastrados no PSF parece obedecer à concentração populacional do país, distribuídos, em ordem decrescente, nas regiões Sudeste, Nordeste, Sul, Centro-Oeste e Norte. Ao observarmos os percentuais de domicílios cadastrados, podemos identificar de forma mais efetiva a cobertura de atendimento do PSF entre as regiões, consideradas suas discrepâncias populacionais. O Nordeste destaca-se com 64,7% de seus domicílios cadastrados no Programa, seguido das regiões Sul (56,2%), Centro-Oeste (53,2%) e Norte (51,5%). Já na região Sudeste, apesar desta possuir uma quantidade maior de domicílios cadastrados no Programa, esses representam 46% da quantidade de domicílios totais da região.

Tabela 1: Total e percentual de domicílios cadastrados no Programa Saúde da Família – Brasil e regiões - 2013

BRASIL E REGIÕES	Nº DE DOMICÍLIOS	% DE DOMICÍLIOS
BRASIL	34.791.871	53,4
Região Nordeste	11.025.562	64,7
Região Sul	5.578.185	56,2
Região Centro-Oeste	2.638.786	53,2
Região Norte	2.359.843	51,5
Região Sudeste	13.189.495	46,0

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

A distribuição dos domicílios cadastrados no PSF, segundo unidades da federação, coloca o estado do Tocantins na liderança absoluta, com mais de 92%, enquanto que os estados da Paraíba (78,6%), Piauí (78,4%), Santa Catarina (74%) e Mato Grosso do Sul (73,6%) apresentam uma média de 76% de seus domicílios cadastrados no PSF.

Tabela 2: Total e percentual de domicílios cadastrados no Programa Saúde da Família – estados com maior cobertura – 2013

ESTADOS	Nº DE DOMICÍLIOS	% DE DOMICÍLIOS
Tocantins	416.308	92,7
Paraíba	976.242	78,6
Piauí	740.286	78,4
Santa Catarina	1.681.876	74,0
Mato Grosso do Sul	612.964	73,6

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

No que concerne aos estados que possuem uma menor proporção de domicílios cadastrados no PSF, é possível verificar que Pará (45%), São Paulo (39%), Rio de Janeiro (32,2%) e Amapá (30%) acumulam uma diferença de 15 pontos percentuais entre si, apresentando uma quantidade bastante variável de domicílios cadastrados no PSF. Nesse sentido, São Paulo (5.650.293) têm ao menos cem vezes a quantidade de domicílios cadastrados no Amapá (54.660). A título de comparação, cabe ressaltar que, dentre os estados mencionados, Pará e Amapá participam da mesma região que Tocantins, apresentando pelo menos a metade dos percentuais de cobertura. O mais baixo percentual de cadastro de domicílios se localiza no Distrito Federal (12,5%).

Tabela 3: Total e percentual de domicílios cadastrados no Programa Saúde da Família – estados com menor cobertura – 2013

ESTADOS	Nº DE DOMICÍLIOS	% DE DOMICÍLIOS
Pará	962.847	45,0
São Paulo	5.650.293	39,0
Rio de Janeiro	1.907.470	32,2
Amapá	54.660	30,0
Distrito Federal	113.171	12,5

Fonte: IBGE -- Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

Visitas ao médico

No que tange ao percentual de pessoas entre zero e 17 anos de idade que visitaram um médico nos últimos 12 meses, este corresponde a mais da metade da população em todas as regiões do país. A região Sudeste apresenta a maior concentração percentual (72,2%) e de quantidade de pessoas (15.477.623) de zero a 17 anos que frequentaram o médico nesse período, enquanto que a região Norte apresenta o percentual mais baixo (59,7%) de visita ao médico. O Centro-Oeste é a região cuja menor quantidade de pessoas visitaram um médico no últimos 12 meses, apenas 2.783.686 pessoas entre zero e 17 anos.

Tabela 4: Total e percentual de pessoas de zero a 17 anos de idade que visitaram o médico nos últimos 12 meses – Brasil e regiões – 2013

BRASIL E REGIÕES	PESSOAS ENTRE 0 E 17 ANOS QUE VISITARAM O MÉDICO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	% DE PESSOAS ENTRE 0 E 17 ANOS QUE VISITARAM O MÉDICO NOS ÚLTIMOS 12 MESES
BRASIL	37.874.170	67,3
Região Sudeste	15.477.623	72,2
Região Sul	5.017.563	67,7
Região Centro-Oeste	2.783.686	66,1
Região Nordeste	11.033.430	63,9
Região Norte	3.561.868	59,7

Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

O percentual de pessoas de zero a 17 anos de idade que visitaram um médico nos últimos 12 meses também pode ser visto de maneira comparativa entre os estados. Três dos cinco estados em que mais pessoas nessa faixa etária frequentaram o médico ao menos uma vez no ano são da região Sudeste, a saber: São Paulo, 75,2%; Espírito Santo, 74,3%; e Minas Gerais, 71,3%. Já Mato Grosso do Sul e Paraná apresentam percentuais muito próximos e acumulam cerca de 70% de pessoas de zero a 17 anos visitando o médico ao menos uma vez por ano.

Tabela 5: Total e percentual de pessoas de zero a 17 anos de idade que visitaram o médico nos últimos 12 meses – estados com melhor desempenho – 2013

ESTADOS	PESSOAS ENTRE 0 E 17 ANOS QUE VISITARAM O MÉDICO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	% DE PESSOAS ENTRE 0 E 17 ANOS QUE VISITARAM O MÉDICO NOS ÚLTIMOS 12 MESES
São Paulo	8.155.533	75,2
Espírito Santo	738.610	74,3
Minas Gerais	3.877.323	71,3
Mato Grosso do Sul	531.807	70,9
Paraná	2.084.162	70,5

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

O Norte do país figura como a região com o maior número de estados que têm baixa frequência de visita ao médico pela população de zero a 17 anos de idade, dentre os quais: Rondônia, 57,9%; Pará, 54,7%; e Roraima, 54,5%. O Maranhão, reconhecido por seus baixos indicadores socioeconômicos, surpreende nesse aspecto ao apresentar um percentual de frequência ao médico pela população de zero a 17 anos ainda maior que os demais estados listados na tabela a seguir, cerca de 60%. Nessa perspectiva, os índices ressaltam que a diferença entre os estados de maior e menor percentual de acesso à saúde, no que concerne a ida ao médico, gira em torno de 10%.

Tabela 6: Total e percentual de pessoas de zero a 17 anos de idade que visitaram o médico nos últimos 12 meses – estados com pior desempenho – 2013

ESTADOS	PESSOAS ENTRE 0 E 17 ANOS QUE VISITARAM O MÉDICO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	% DE PESSOAS ENTRE 0 E 17 ANOS QUE VISITARAM O MÉDICO NOS ÚLTIMOS 12 MESES
Maranhão	1.473.520	60,1
Rondônia	300.986	57,9
Mato Grosso	538.791	56,5
Pará	1.552.449	54,7
Roraima	96.989	54,5

Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

Visitas ao dentista

A visita ao dentista também se configura como um indicador importante para sinalizar o acesso da população aos serviços de saúde bucal. Quando comparada à visita ao médico, a visita ao dentista apresenta percentuais mais baixos em todas as regiões e estados, evidenciando também uma grande disparidade entre as regiões do país. No Brasil, o percentual de indivíduos de zero a 17 anos de idade que visitaram o dentista nos últimos 12 meses não atinge metade de população (43,6%), sendo que apenas na região Sul do país o indicador atinge mais do que essa proporção, 53,9%. Ainda assim, o percentual de atendimento se aproxima da metade da população de pessoas entre zero e 17 anos nas regiões Sudeste (48,4%) e Centro-Oeste (47,1%). Situação bastante diferente observamos nas regiões Nordeste e Norte do país, em que apenas 35,9% e 32,7% da população de zero a 17 anos, respectivamente, afirmaram ter visitado o dentista nos últimos 12 meses.

Tabela 7: Total e percentual de pessoas de zero a 17 anos de idade que visitaram o dentista nos últimos 12 meses – Brasil e regiões – 2013

BRASIL E REGIÕES	PESSOAS ENTRE 0 E 17 ANOS QUE VISITARAM O DENTISTA NOS ÚLTIMOS 12 MESES	% DE PESSOAS ENTRE 0 E 17 ANOS QUE VISITARAM O DENTISTA NOS ÚLTIMOS 12 MESES
BRASIL	24.517.470	43,6
Região Sul	3.995.105	53,9
Região Sudeste	10.387.124	48,4
Região Centro-Oeste	1.982.437	47,1
Região Nordeste	6.199.081	35,9
Região Norte	1.953.723	32,7

Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

Quando observados os mesmos indicadores segmentados por estados, veremos que entre aqueles que apresentam taxas mais altas de acesso de sua população ao serviço de saúde bucal os percentuais atingem valores mais altos que o nacional. Dessa forma, os cinco estados que acumulam maiores proporções de adolescentes que acessaram serviços de saúde bucal ao menos uma vez ao ano apresentam percentuais muito próximos, sendo São Paulo (54,6%) e Distrito Federal (52,4%) os dois extremos dessa lista, com uma diferença de pouco mais de dois pontos percentuais, conforme pode ser visto na tabela abaixo. Além desses, três dos estados listados pertencem à região Sul (Paraná, 54,5%; Santa Catarina, 53,6%; e Rio Grande do Sul, 53,5%).

Tabela 8: Total e percentual de pessoas de zero a 17 anos de idade que visitaram o dentista nos últimos 12 meses – estados com melhor desempenho – 2013

ESTADOS	PESSOAS ENTRE 0 E 17 ANOS QUE VISITARAM O DENTISTA NOS ÚLTIMOS 12 MESES	% DE PESSOAS ENTRE 0 E 17 ANOS QUE VISITARAM O DENTISTA NOS ÚLTIMOS 12 MESES
São Paulo	5.921.961	54,6
Paraná	1.613.098	54,5
Santa Catarina	904.673	53,6
Rio Grande do Sul	1.477.334	53,5
Distrito Federal	387.768	52,4

Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

A diferença percentual entre os estados que apresentam níveis mais altos de acesso a serviços de saúde bucal e os que evidenciam taxas mais baixas é consideravelmente grande, podendo atingir até o dobro em algumas situações, como entre Pará (26,4%) e quase todos os estados listados anteriormente. Entre os estados que têm as menores proporções de pessoas de zero a 17 anos de idade que visitaram um dentista ao menos uma vez nos últimos 12 meses, verifica-se que estas contemplam cerca de um terço da população nessa faixa etária, sendo que a maior diferença se localiza entre os estados do Acre (32,9%) e Pará (26,4%), ambos da região Norte. Bahia (31,3%), Amapá (30,7%) e Maranhão (27,4%) também figuram nessa lista, apresentando uma média de 29,8% de pessoas entre zero e 17 anos que utilizaram os serviços de saúde bucal nos últimos 12 meses.

Tabela 9: Total e percentual de pessoas de zero a 17 anos de idade que visitaram o dentista nos últimos 12 meses – estados com pior desempenho – 2013

ESTADOS	PESSOAS ENTRE 0 E 17 ANOS QUE VISITARAM O DENTISTA NOS ÚLTIMOS 12 MESES	% DE PESSOAS ENTRE 0 E 17 ANOS QUE VISITARAM O DENTISTA NOS ÚLTIMOS 12 MESES
Acre	97.142	32,9
Bahia	1.378.880	31,3
Amapá	82.002	30,7
Maranhão	671.264	27,4
Pará	748.211	26,4

Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

Cobertura de vacinação

O indicador que mede a cobertura de vacinação, ou seja, o percentual da população vacinada em determinadas imunizações¹ visa a expressar a redução de riscos de algumas doenças epidêmicas entre essa mesma população. Dentre os 15 tipos de vacinas incluídas nesse cálculo, 12 são recomendadas aos menores de um ano de idade; das três restantes, duas são aplicáveis à população menor de quatro anos e uma à população maior de 60 anos. A parcela da população mais sensivelmente afetada com algum decréscimo na distribuição de vacinas e que incide sobre esse indicador, portanto, é aquela menor de quatro anos de idade.

¹ São incluídas as seguintes doses: BCG, Hepatite B em < 1 mês, 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), Tetra Bacteriana (DTP), DTP (Tetra/Penta), Tetra Bacteriana (DTP+HiB), Tríplice Bacteriana (DTP)(1º ref.), Sarampo, Haemophilus influenzae b, Dupla adulto e Tríplice acelular gestante, dTpa gestante.

Nessa perspectiva, verificamos que a cobertura de vacinação atinge mais de três quartos da população em todas as regiões do país, sinalizando um grande avanço nas últimas décadas, uma vez que diversos surtos epidêmicos bastante graves acometiam a população, especialmente crianças, ainda na década de 1990. Não obstante, a região Norte apresenta a taxa de cobertura mais baixa entre as regiões, com 76,6%. Destaca-se a região Sudeste com 87,5% de sua população imunizada, seguida das demais regiões, Sul (85,9%), Nordeste (85,5%) e Centro-Oeste (84,7%), ordenadamente, com percentuais bastante similares.

Tabela 10: Cobertura de Imunizações – vacinas por imunobiológicos – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	% DE VACINAÇÕES
BRASIL	85,3
Região Sudeste	87,5
Região Sul	85,9
Região Nordeste	85,5
Região Centro-Oeste	84,7
Região Norte	76,6

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) – Assistência à Saúde – Imunizações – Cobertura.

Dentre os estados com a maior cobertura de imunizações estão Mato Grosso do Sul (102,6%), Rondônia (97,5%) e Ceará (94,4%); além de Santa Catarina e Minas Gerais, ambos com 90,9%. Algumas das hipóteses que podem explicar o percentual de vacinação do Mato Grosso do Sul ultrapassar o valor de 100% envolvem o cálculo inexato da população de nascidos vivos, o informe do registro do endereço de residência pelo indivíduo ser diferente do habitual ou o atendimento da demanda por vacinação de outros estados, como também de outros países, já que este é um estado fronteiriço do Brasil.

Tabela 11: Cobertura de Imunizações – vacinas por imunobiológicos – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	% DE VACINAÇÕES
Mato Grosso do Sul	102,6
Rondônia	97,5
Ceará	94,4
Santa Catarina	90,9
Minas Gerais	90,9

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) – Assistência à Saúde – Imunizações – Cobertura.

Ainda que pertençam ao grupo de estados que apresentam percentuais mais baixos da população geral imunizada, Amapá (79,9%) e Piauí (75,8%) possuem média de cobertura próxima a três quartos de sua população vacinada. Situação discrepante e preocupante nota-se nos demais estados, Acre (68%), Distrito Federal (65,4%) e Pará (64,5%), onde pouco mais da metade dessa população é alcançada pelas imunizações.

Tabela 12: Cobertura de Imunizações – vacinas por imunobiológicos – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	% DE VACINAÇÕES
Amapá	79,9
Piauí	75,8
Acre	68,0
Distrito Federal	65,4
Pará	64,5

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) – Assistência à Saúde – Imunizações – Cobertura.

Saúde materna e neonatal²

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), grande parte das mortes maternas e de recém-nascidos que ocorrem em todo o mundo poderiam ser evitadas por meio de ações que garantam acesso a mães e bebês à nutrição adequada, melhores práticas de higiene, atendimento pré-natal, partos assistidos por profissionais de saúde especializados e atendimento obstétrico e neonatal de emergência. No Brasil, o artigo 8º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) assegura a todas as mulheres o atendimento pré-natal e perinatal. A atenção pré-natal é considerada fundamental nesse processo, pois possibilita a identificação precoce de agravos e riscos à gestação, evitando, assim, complicações para a saúde da mãe e do bebê.

Os dados a respeito das mortes maternas entre a população de mulheres tendem, então, a evidenciar aspectos importantes do atendimento e condições dos serviços de saúde dirigidos às mulheres. No caso presente, trataremos de observar as quantidades absolutas de óbitos maternos e partos cesáreos, bem como da taxa de mortalidade materna entre as regiões e estados.

² Os indicadores analisados nessa seção são preliminares e representam a situação da base nacional em 23/12/2015.

Óbitos maternos

No que diz respeito aos óbitos maternos ocorridos durante o ano de 2015, de dados ainda preliminares, temos que a soma das mortes maternas das regiões Sudeste (595) e Nordeste (547) representa 69% das ocorrências do ano no país. Tais regiões ocupam, respectivamente, o primeiro e o segundo lugares na quantidade absoluta de casos naquele ano. Em seguida, estão as regiões Norte (208), Sul (166) e Centro-Oeste (139). Cabe ressaltar que o tamanho da população dessas regiões também deve ser considerado na análise sobre o número de óbitos registrados.

Tabela 13: Total de óbitos maternos – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS
Brasil	1.655
Região Sudeste	595
Região Nordeste	547
Região Norte	208
Região Sul	166
Região Centro-Oeste	139

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

A ocorrência dos óbitos maternos segundo os estados demonstra a mesma relação entre a concentração populacional e a frequência de casos. São Paulo (286), Rio de Janeiro (148) e Minas Gerais (125) reúnem 93% dos óbitos maternos registrados na região Sudeste, no ano de 2015; enquanto Bahia (131) e Maranhão (103) apresentam os registros mais altos de óbitos maternos da região Nordeste.

Tabela 14: Total de óbitos maternos – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS
São Paulo	286
Rio de Janeiro	148
Bahia	131
Minas Gerais	125
Maranhão	103

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Em relação aos estados que têm menores frequências de óbitos maternos é possível observar a preponderância dos estados da região Norte (Rondônia, 14; Amapá, 13; Roraima, 11; e Acre 10) dentre os listados, sendo Distrito Federal (16) a única exceção. Vale dizer, contudo, que entre o total de óbitos maternos ocorridos na região Norte no ano de 2015, os ocorridos nos estados listados na tabela abaixo representam 23% das mortes maternas.

Tabela 15: Total de óbitos maternos – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS
Distrito Federal	16
Rondônia	14
Amapá	13
Roraima	11
Acre	10

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Mortalidade materna

A taxa de mortalidade materna no Brasil, calculada com base em cada 100 mil nascidos vivos, mostra-se significativamente alta, atingindo 54,9 no ano de 2015. Na comparação com outros países do mundo, como Finlândia (3), Grécia (3), Espanha (5), Reino Unido (9), Portugal (10) e Estados Unidos (14), essa taxa ainda se mostra preocupante. Regionalmente, as disparidades tornam-se mais evidentes, uma vez que as regiões Sudeste (49,8) e Sul (40,8) são as únicas a apresentar taxas mais baixas do que a nacional para o ano de 2015. As regiões Norte (65,1), Nordeste (64,7) e Centro-Oeste (56,3) apresentam as mais altas taxas de mortalidade materna, compartilhando uma média de 62 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos.

Tabela 16: Taxa de mortalidade materna – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	TAXA DE MORTALIDADE MATERNA
BRASIL	54,9
Região Norte	65,1
Região Nordeste	64,7
Região Centro-Oeste	56,3
Região Sudeste	49,8
Região Sul	40,8

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

A observação dos indicadores tão somente sobre o ponto de vista regional pode encobrir algumas realidades locais discrepantes, caso que pode ser notado na observação do estado de Roraima, com uma taxa de mortalidade materna de 97,4 para 100 mil nascidos vivos, considerada a mais alta do Brasil. Os estados de taxas mais altas, assim, pertencem às regiões Nordeste (Maranhão, 87,8; e Piauí, 83,3) e Norte (Roraima, 97,4; Amapá, 82,7; e Tocantins, 75,7).

Tabela 17: Taxa de mortalidade materna – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	TAXA DE MORTALIDADE MATERNA
Roraima	97,4
Maranhão	87,8
Piauí	83,3
Amapá	82,7
Tocantins	75,7

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Entre os estados com as taxas mais baixas de mortalidade materna, verificamos que nenhum registra menos de duas dezenas de óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. O estado que mais se aproxima dessa situação é Santa Catarina, com 28,8 óbitos de mães para cada 100 mil nascidos em 2015. Num comparativo, essa taxa se aproxima a de países como Ucrânia (24), Armênia (25), Irã (25) ou Azerbaijão (25). Ainda consta na tabela Rio Grande do Sul, com uma taxa de 37,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Representando a região Sudeste estão Minas Gerais (46,6) e São Paulo (45,2) com taxas bastante semelhantes, sendo notável que São Paulo se situa entre os estados com menores taxas de mortalidade materna, uma vez que este reúne o maior contingente populacional do país.

Tabela 18: Taxa de mortalidade materna – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	TAXA DE MORTALIDADE MATERNA
Minas Gerais	46,6
São Paulo	45,2
Rio Grande do Sul	37,1
Distrito Federal	34,9
Santa Catarina	28,8

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Saúde sexual e reprodutiva³

O conceito de saúde sexual e reprodutiva, para além da ausência de doenças, compreende o estado completo de bem-estar físico, mental e social relacionado à reprodução e ao exercício da sexualidade. Reconhecidos como direitos humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela legislação brasileira, os direitos sexuais e reprodutivos se relacionam com os direitos à saúde, à educação, à informação, direitos individuais e de não interferência e não discriminação.

A saúde reprodutiva e seus serviços têm por objetivo promover a satisfação e a segurança dos indivíduos em sua vida sexual, por meio do acesso a informações sobre a sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis (DST), tendo autonomia sobre seu corpo e sexualidade, a liberdade de decidirem se querem ter filhos, quando e quantos, principalmente, por meio do acesso a métodos contraceptivos. Na análise desses aspectos, os indicadores aqui selecionados versam sobre a gravidez na adolescência e a incidência de HIV/Aids.

Mães adolescentes

Na análise do indicador de nascimentos entre mães menores de 19 anos de idade, utilizamos as quantidades absolutas e sua proporção em relação ao total de nascimentos do ano de 2015. Observa-se, assim, que o percentual de nascidos de mães adolescentes no Brasil (menores de 19 anos) se aproxima de 20% sobre o número de nascidos.

A quantidade de 546 mil nascidos de mães adolescentes, em relação aos 3 milhões de nascimentos em território nacional, representa que aproximadamente a cada seis partos no Brasil, ao menos um é de uma mãe adolescente. Dessa constatação se retira que os métodos de prevenção e contracepção, bem como as estratégias de conscientização, ainda carecem de serem mais divulgados entre os mais jovens além da educação sexual nos espaços escolares, principalmente se observamos os nascimentos acumulados pela região Norte (25,5%) e Nordeste (21,3%), que além de serem maiores ou iguais à média nacional partilham entre si uma média de 23,4% de nascidos de mães entre zero e 19 anos de idade.

Tratamos de adolescentes entre zero e 19 anos de idade em razão de, no ano de 2015, terem sido notificados ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) ao menos um caso de nascido cuja mãe tinha menos de dez anos. As regiões Centro-Oeste (17,5%), Sul (15,4%) e Sudeste (15%) possuem os menores percentuais de nascidos de mães entre zero e 19 anos.

³ Os indicadores analisados nessa seção são preliminares e representam a situação da base nacional em 23/12/2015.

Tabela 19: Total e percentual de nascidos vivos de mães entre 0 e 19 anos de idade – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	TOTAL DE NASCIMENTOS DE MÃES ENTRE 0 E 19 ANOS	TOTAL DE NASCIMENTOS NO ANO	% DE NASCIDOS DE MÃES ENTRE 0 E 19 ANOS
BRASIL	546.537	3.013.228	18,1
Região Norte	81.656	319.599	25,5
Região Nordeste	179.899	845.164	21,3
Região Centro-Oeste	43.256	246.896	17,5
Região Sul	62.558	406.511	15,4
Região Sudeste	179.168	1.195.058	15,0

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Em relação aos estados com maior concentração de crianças nascidas de mães com menos de 19 anos de idade, é possível perceber que os percentuais são bem próximos, com uma diferença máxima de 1,4 ponto percentual entre o primeiro e o último estado da lista. Nela, estão presentes três estados da região Norte (Acre, 27%; Pará, 26,5% e Amazonas, 26,4%) e dois estados da região Nordeste (Alagoas, 26,3% e Maranhão, 25,6%). Todos esses estados acumulam uma proporção de ao menos um quarto dos nascimentos de seus territórios sendo provenientes de mães adolescentes. Em publicação do Ministério da Saúde (MS) há este alerta para tal problema identificado:

Por outro lado, cabe também destacar a elevada proporção de mães adolescentes sobretudo no Norte e no Nordeste, e em mulheres de cor da pele/raça parda e indígena. (...) Volta-se a insistir na relevância de se considerar, na agenda de políticas públicas, ações mais efetivas que venham a reduzir as condições de risco e vulnerabilidade em que vive grande parte dessas meninas, expostas ao risco de gravidez indesejada e condições precárias de saúde (BRASIL, 2015).

Tabela 20: Total e percentual de nascidos vivos de mães entre 0 e 19 anos de idade – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	TOTAL DE NASCIMENTOS DE MÃES ENTRE 0 E 19 ANOS	TOTAL DE NASCIMENTOS NO ANO	% DE NASCIDOS DE MÃES ENTRE 0 E 19 ANOS
Acre	4.569	16.940	27,0
Pará	37.861	143.001	26,5
Amazonas	21.068	79.710	26,4
Alagoas	13.714	52.173	26,3
Maranhão	29.983	117.304	25,6

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Os estados que concentram percentuais mais baixos de nascidos de menores de 19 anos de idade pertencem, em sua maioria, às regiões Sul (Rio Grande do Sul, 14,5%; e Santa Catarina, 14,3%) e Sudeste (Minas Gerais, 15,4%; e São Paulo, 13,8%) do Brasil, sendo o Distrito Federal (12,3%) a única exceção. A diferença entre o primeiro e o último estado da lista é maior do que o verificado entre os estados com maior concentração de nascidos de mães adolescentes. No presente caso, temos que Minas Gerais (15,4%) e Distrito Federal (12,3%) se distanciam em 3,1 pontos percentuais. Os estados que ocupam lugares centrais nesse *ranking* (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo) acumulam valores muito próximos entre si, mas, que somados, respondem por 22% dos nascidos nessa condição, no país, no ano de 2015.

Tabela 21: Total e percentual de nascidos vivos de mães entre 0 e 19 anos de idade – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	TOTAL DE NASCIMENTOS DE MÃES ENTRE 0 E 19 ANOS	TOTAL DE NASCIMENTOS NO ANO	% DE NASCIDOS DE MÃES ENTRE 0 E 19 ANOS
Minas Gerais	41.418	268.178	15,4
Rio Grande do Sul	21.567	148.358	14,5
Santa Catarina	13.887	97.219	14,3
São Paulo	87.508	633.077	13,8
Distrito Federal	5.664	45.865	12,3

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Casos novos de Aids em menores de cinco anos de idade

O número de casos de Aids identificados entre crianças menores de cinco anos de idade expressa o número de casos novos da doença entre a população dessa faixa etária, além de medir o risco de ocorrência de casos novos de Aids nessa mesma população. Cabe ressaltar que esse indicador sofre a influência da capacidade de detecção e notificação de casos pelos serviços de saúde.

Em 2015, o Brasil registrou 381 casos de menores de cinco anos de idade diagnosticados com Aids. A maior proporção de casos notificados está na região Sudeste, com 130 novos casos; em seguida, estão as regiões Nordeste e Sul, com 108 e 71 casos, respectivamente. A região que agrega a menor quantidade de casos durante o ano de 2015 é a Centro-Oeste, com uma frequência de apenas 15 casos. Essa região possui uma diferença de 115 casos em relação ao número de casos diagnosticados na região Sudeste, indicando disparidade nas manifestações das notificações em território nacional. É importante ressaltar, também, que a relação entre o tamanho populacional e a frequência de notificações não é, nesse caso, necessariamente proporcional.

Tabela 22: Total de casos novos de Aids identificados em crianças menores de cinco anos de idade – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	CASOS NOVOS DE AIDS IDENTIFICADOS EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS
BRASIL	381
Região Sudeste	130
Região Nordeste	108
Região Sul	71
Região Norte	57
Região Centro-Oeste	15

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Programa Nacional de DST/Aids.

Em relação à distribuição dos novos casos de Aids segundo os estados brasileiros, vemos a preponderância do Rio de Janeiro, com 55 casos notificados em 2015, número maior que o dobro de casos notificados em Pernambuco (25). Nessa tabela de estados que apresentam o maior número de casos de Aids diagnosticados entre crianças de até cinco anos de idade ainda constam: São Paulo, 44 casos; Rio Grande do Sul, 36; e Pará, 31.

Tabela 23: Total de casos novos de Aids identificados em crianças menores de cinco anos de idade – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	CASOS NOVOS DE AIDS IDENTIFICADOS EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS
Rio de Janeiro	55
São Paulo	44
Rio Grande do Sul	36
Pará	31
Pernambuco	25

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Programa Nacional de DST/Aids.

Já os estados que notificaram um número menor de casos em 2015 são: Amapá, Sergipe, Tocantins, Piauí e Distrito Federal. Todos apresentam uma variação de um a três novos casos de Aids identificados entre crianças menores de cinco anos de idade.

Tabela 24: Total de casos novos de Aids identificados em crianças menores de cinco anos de idade – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	CASOS NOVOS DE AIDS IDENTIFICADOS EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS
Amapá	3
Sergipe	3
Tocantins	2
Piauí	1
Distrito Federal	1

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Programa Nacional de DST/Aids.

Na análise da taxa de incidência de Aids em menores de cinco anos de idade, calculada pela razão entre número de casos novos em menores de cinco anos e a população residente na mesma faixa etária e território, multiplicados por 100 mil, é possível obter um parâmetro de comparação melhor da incidência da Aids entre esse grupo, em razão de se ter como base a população geral.

Incidência de Aids em menores de cinco anos de idade

A taxa de incidência da doença, como se extrai da observação da tabela a seguir, é mais alta nas regiões Sul (3,7) e Norte (3,1), apresentando proporções maiores que a nacional (2,5). Vale ressaltar que a taxa de incidência de Aids não demonstra a situação atual de infecção nessas regiões; esse indicador tende a ser utilizado para indicar os riscos de infecção e as condições que favorecem a transmissão, se considerarmos que há um espaço de tempo entre a infecção e o aparecimento dos primeiros sintomas do vírus. Na sequência, figuram as regiões Sudeste e Nordeste, ambas com uma taxa de 2,3; e Centro-Oeste (1,2).

Tabela 25: Taxa de incidência de Aids em crianças menores de cinco anos de idade – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS
BRASIL	2,5
Região Sul	3,7
Região Norte	3,1
Região Sudeste	2,3
Região Nordeste	2,3
Região Centro-Oeste	1,2

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Programa Nacional de (DST/Aids).

A ressalva que fizemos, sobre não haver uma relação direta entre a distribuição populacional e a frequência de novos casos, pode ser verificada na tabela 24. O Rio de Janeiro, que é o estado que mais apresentou novos casos de Aids em crianças menores de cinco anos de idade, não aparece como o maior entre aqueles com taxa de incidência de Aids, ficando em terceiro lugar na lista que segue abaixo. Roraima destaca-se com uma das maiores taxas de incidência de Aids entre a população de até cinco anos, com 6,7. Na sequência estão: Rio Grande do Sul (5,3), Rio de Janeiro (5,1), Rio Grande do Norte (4,6) e Pará (3,6).

Tabela 26: Taxa de incidência de Aids em crianças menores de cinco anos de idade – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS
Roraima	6,7
Rio Grande do Sul	5,3
Rio de Janeiro	5,1
Rio Grande do Norte	4,6
Pará	3,6

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Programa Nacional de DST/Aids.

Já os estados que registraram as taxas mais baixas de incidência de Aids em crianças menores de cinco anos de idade, em 2015, são: Mato Grosso (1,4), Paraíba (1,2), Goiás (1), Distrito Federal (0,5) e Piauí (0,4). Nota-se, assim, que a presença de estados da região Centro-Oeste é mais frequente entre aqueles listados na tabela abaixo:

Tabela 27: Taxa de incidência de Aids em crianças menores de cinco anos de idade – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	TAXA DE PREVALÊNCIA DE AIDS EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS
Mato Grosso	1,4
Paraíba	1,2
Goiás	1,0
Distrito Federal	0,5
Piauí	0,4

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Programa Nacional de DST/Aids.

Sobrevivência infantil e na infância⁴

Desde 1990, vêm sendo realizados progressos impressionantes na melhoria das taxas de sobrevivência e nas condições de saúde das crianças, mesmo nos países mais pobres. A sobrevivência infantil e na infância está associada a diversas dimensões da condição de vida das crianças, incluindo seu processo gestacional. Dessa forma, as condições de saúde das crianças e o acesso aos serviços de saúde expressam a situação de proteção e cuidados com a infância, bem como da sobrevivência infantil.

Acompanhamento pré-natal

O número de consultas realizadas durante uma gestação reflete o acesso e a atenção à saúde ofertados em determinada região, além de antecipar parte das complicações potenciais de uma gestação. Em relação à realização das consultas de pré-natal, é possível identificar regiões que possuem cerca de três quartos das gestantes realizando ao menos sete consultas durante a gravidez, como nos casos do Sul (77%) e Sudeste (74,3%). Já a região Centro-Oeste apresenta um percentual (67,1%) que se aproxima do nacional (66,5%); enquanto as regiões Nordeste e Norte apresentam taxas abaixo da nacional, com 57,6% e 47,3%, respectivamente, de mães que realizaram ao menos sete consultas de pré-natal.

Tabela 28: Percentual de nascidos vivos cujas mães fizeram sete ou mais consultas de pré-natal – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	% DE NASCIDOS VIVOS CUJAS MÃES FIZERAM SETE OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL
BRASIL	66,5
Região Sul	77,0
Região Sudeste	74,3
Região Centro-Oeste	67,1
Região Nordeste	57,6
Região Norte	47,3

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

⁴ Os indicadores analisados nesta seção são preliminares e representam a situação da base nacional em 23/12/2015.

Segundo estados, os mais altos percentuais de nascidos vivos cujas mães realizaram ao menos sete consultas de pré-natal concentram-se exclusivamente nas regiões Sul e Sudeste do país, a saber: Paraná, 82%; São Paulo, 76,9%; Minas Gerais, 75,2%; Rio Grande do Sul, 74,1%; e Santa Catarina, 73%.

Tabela 29: Percentual de nascidos vivos cujas mães fizeram sete ou mais consultas de pré-natal – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	% DE NASCIDOS VIVOS CUJAS MÃES FIZERAM SETE OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL
Paraná	82,0
São Paulo	76,9
Minas Gerais	75,2
Rio Grande do Sul	74,1
Santa Catarina	73,0

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

Dentre os estados com baixas taxas de nascidos vivos cujas mães realizaram ao menos sete consultas de pré-natal, verificamos uma predominância dos estados do Norte do país: Amazonas, 45%; Roraima, 44,5%; Acre, 42,6% e Amapá, 36,9%. Além destes, há a presença do estado do Maranhão com uma taxa de 40,7% de nascidos vivos cujas mães realizaram acompanhamento médico gestacional.

Tabela 30: Percentual de nascidos vivos cujas mães fizeram sete ou mais consultas de pré-natal – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	% DE NASCIDOS VIVOS CUJAS MÃES FIZERAM SETE OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL
Amazonas	45,0
Roraima	44,5
Acre	42,6
Maranhão	40,7
Amapá	36,9

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

Óbitos por causas claramente evitáveis

Um indicador bastante efetivo, que dá uma dimensão da presença de serviços de saúde efetivos em determinado território, é a quantidade e o percentual de óbitos por causas claramente evitáveis. Diversos especialistas da área da saúde conceituam como mortes evitáveis aquelas que poderiam ter sido evitadas (em sua totalidade ou em parte) pela existência de serviços de saúde, entre os quais: prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Para o cálculo dos óbitos de menores de quatro anos de idade por causas evitáveis, esses são mensurados quando observados e comparados em relação ao total de óbitos do ano. Ao observar tais percentuais entre as regiões brasileiras, nota-se que estas apresentam concentrações muito semelhantes. Entre os dois pontos extremos da tabela abaixo (região Norte, 67,4%, e região Sul, 63,3%) nota-se uma diferença pequena de apenas 4,1 pontos percentuais. Nas regiões Nordeste (67,1%), Centro-Oeste (63,8%) e Sudeste (64%) as proporções também se aproximam, ressaltando a característica de acentuada probabilidade de óbitos por causas claramente evitáveis. A região Sul (63,3%), que menos concentra óbitos de menores de quatro anos por causas evitáveis, tem uma proporção de mortes desse tipo que se aproxima de dois terços do total das ocorrências de 2015.

Tabela 31: Total e percentual de óbitos de menores de quatro anos de idade por causas claramente evitáveis – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	ÓBITOS DE MENORES DE QUATRO ANOS POR CAUSAS CLARAMENTE EVITÁVEIS	% DE ÓBITOS DE MENORES DE QUATRO ANOS POR CAUSAS CLARAMENTE EVITÁVEIS
BRASIL	28.105	65,3
Região Norte	3.831	67,4
Região Nordeste	9.072	67,1
Região Sudeste	9.868	64,0
Região Centro-Oeste	2.274	63,8
Região Sul	3.060	63,3

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Dentre os cinco estados que concentram mais óbitos de menores de quatro anos de idade por causas evitáveis, três pertencem à região Nordeste (Alagoas, 70,2%; Maranhão, 68,1% e Bahia, também, 68,1%). Os outros dois estados, o primeiro e o terceiro lugar da lista, pertencem à região Norte (Pará, 70,9%; e Amapá, 69,6%). No entanto, para o caso que analisamos, as concentrações de óbitos por causas evitáveis são bastante semelhantes e ressaltam a necessidade de desenvolvimento de métodos mais eficazes de prevenção desses tipos de mortes em escala nacional; uma vez que a diferença entre o estado que concentra a maior frequência de óbitos de menores de quatro anos por causas evitáveis e o estado que possui menor proporção de óbitos desse tipo não passa de 11 pontos percentuais. A média partilhada por todos os estados listados na tabela abaixo é de 69,4%, ou seja, mais de dois terços dos óbitos desses estados ocorrem por causas claramente evitáveis.

Tabela 32: Total e percentual de óbitos de menores de quatro anos de idade por causas claramente evitáveis – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	ÓBITOS DE MENORES DE QUATRO ANOS POR CAUSAS CLARAMENTE EVITÁVEIS	% DE ÓBITOS DE MENORES DE QUATRO ANOS POR CAUSAS CLARAMENTE EVITÁVEIS
Pará	1.786	70,9
Alagoas	616	70,2
Amapá	213	69,6
Maranhão	1.402	68,1
Bahia	2.415	68,1

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

O que foi dito a respeito da urgência no desenvolvimento de estratégias de prevenção dos óbitos de menores de quatro anos de idade por causas evitáveis, pode ser de tal forma comprovado pelos altos percentuais expostos na tabela abaixo. Nesse sentido, a média de óbitos por causas evitáveis, nesse conjunto de estados, é de 61,5%, menos de 8% em relação ao grupo de estados na liderança nacional dessas ocorrências.

Dessa forma, os estados que registraram os mais baixos percentuais de óbitos de menores de quatro anos de idade, em ordem decrescente, são: Goiás (61,9%), Santa Catarina (61,9%), Minas Gerais (61,8%) e Espírito Santo (61,1%), todos com percentuais muito próximos. Paraíba é o estado que possui a menor proporção de óbitos por causas evitáveis, com 60,6% dos óbitos registrados nessa condição.

Tabela 33: Total e percentual de óbitos de menores de quatro anos de idade por causas claramente evitáveis – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	ÓBITOS DE MENORES DE QUATRO ANOS POR CAUSAS CLARAMENTE EVITÁVEIS	% DE ÓBITOS DE MENORES DE QUATRO ANOS POR CAUSAS CLARAMENTE EVITÁVEIS
Goiás	876	61,9
Santa Catarina	683	61,9
Minas Gerais	2.187	61,8
Espírito Santo	463	61,1
Paraíba	495	60,6

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) – Sistema de Informações sobre Mortalidade - (SIM).

Nascidos vivos

No que se refere aos nascimentos registrados no país, estes obedecem à distribuição da população brasileira entre as regiões. Ordenadamente, as regiões que registram o maior número de nascidos vivos, em 2015, são: Sudeste, Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste, conforme apresentado a seguir:

Tabela 34: Total de nascidos vivos – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS
BRASIL	3.013.228
Região Sudeste	1.195.058
Região Nordeste	845.164
Região Sul	406.511
Região Norte	319.599
Região Centro-Oeste	246.896

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

A mesma situação se verifica na análise da quantidade de nascidos vivos segundo estados, em que São Paulo ocupa a primeira posição, com o registro de 633.077 nascimentos. Os demais estados que seguem são: Minas Gerais (268.178), Rio de Janeiro (236.863), Bahia (206.362) e Paraná (160.934).

Tabela 35: Total de nascidos vivos – estados com maior concentração – 2015

ESTADOS	NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS
São Paulo	633.077
Minas Gerais	268.178
Rio de Janeiro	236.863
Bahia	206.362
Paraná	160.934

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Se na análise dos estados que tinham maior quantidade de nascidos vivos verificamos que esta corresponde à distribuição populacional do Brasil, para o caso dos estados com quantidades mais baixas de nascimentos nesse mesmo ano a relação também se faz presente. Rondônia (27.848), Tocantins (25.090), Acre (16.940), Amapá (15.721) e Roraima (11.289) são, sequencialmente, os estados com a menor quantidade de nascidos vivos no ano de 2015.

Tabela 36: Total nascidos vivos – estados com menor concentração – 2015

ESTADOS	NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS
Rondônia	27.848
Tocantins	25.090
Acre	16.940
Amapá	15.721
Roraima	11.289

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Óbitos de menores de um ano de idade

Da mesma forma, o registro do número de óbitos entre menores de um ano de idade também tende a obedecer à distribuição populacional, com algumas exceções. Observando a frequência de casos em relação às regiões do país é possível notar que as regiões Sudeste e Nordeste concentram, respectivamente, 36,1% e 31,5% dos óbitos de menores de um ano em todo o país. Um acumulado de 67,6% dos óbitos encontra-se, portanto, concentrado nessas duas regiões. As regiões restantes respondem por 32,4% dos óbitos no ano de 2015, sendo que somente a região Norte representa cerca de 13% desse percentual.

Tabela 37: Total óbitos de menores de um ano de idade – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	NÚMERO DE ÓBITOS DE MENORES DE UM ANO
BRASIL	37.436
Região Sudeste	13.533
Região Nordeste	11.794
Região Norte	4.854
Região Sul	4.226
Região Centro-Oeste	3.029

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Em relação aos óbitos de menores de um ano segundo estados, nota-se que São Paulo (6.835) lidera com mais do que o dobro dos casos do estado da Bahia (3.132). Minas Gerais (3.074) e Rio de Janeiro (2.975) concentram um número de casos bastante próximos, com uma diferença de menos de cem registros. O Pará, estado que ocupa o último lugar na tabela abaixo, registrou 2.155 óbitos de menores de um ano de idade em 2015. Entretanto, vale enfatizar que quando observamos o número desses óbitos em relação ao total de nascidos vivos no ano (tabela 35), por exemplo, na Bahia, estes representam pouco mais de 1,5%, e apenas 1% em São Paulo.

Tabela 38: Total óbitos de menores de um ano de idade – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	NÚMERO DE ÓBITOS DE MENORES DE UM ANO
São Paulo	6.835
Bahia	3.132
Minas Gerais	3.074
Rio de Janeiro	2.975
Pará	2.155

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

A região Norte ocupa destaque absoluto entre os estados que possuem menor frequência de óbitos de menores de um ano de idade. Rondônia (404) lidera esse conjunto de estados, com apenas 5,9% dos óbitos de menores de um ano registrados em São Paulo, por exemplo. Tocantins (327), Acre (291) e Amapá (265) vêm na sequência, sendo que Roraima (189) apresenta menos da metade da quantidade de óbitos de Rondônia. Curiosamente, os estados que apresentam a menor frequência de óbitos entre menores de um ano, Roraima (1,7%), Acre (1,7%) e Amapá (1,7%), liderariam caso examinássemos a quantidade de óbitos em relação aos nascidos vivos no ano (tabela 36), nesses estados.

Tabela 39: Total óbitos de menores de um ano de idade – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	NÚMERO DE ÓBITOS DE MENORES DE UM ANO
Rondônia	404
Tocantins	327
Acre	291
Amapá	265
Roraima	189

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Mortalidade na infância

As taxas de mortalidade na infância se referem à razão entre os óbitos de menores de cinco anos de idade e o número de nascidos vivos no mesmo ano. Assim, este indicador configura-se como bastante efetivo para análise, já que a partir dessa base de cálculo é possível corrigir algumas distorções causadas pela análise dos números absolutos desses registros.

Tal perspectiva torna-se evidente na medida em que observamos que, das cinco regiões brasileiras, apenas duas partilham taxas menores que as nacionais (Sudeste, 12,9; e Sul, 11,9). As três regiões restantes (Norte, 17,8; Nordeste, 16; e Centro-Oeste, 14,4) dividem entre si uma taxa média de mortalidade na infância de 16,1; 1,8 ponto percentual mais alta que a nacional (14,3). Isso demonstra que a redução das taxas de mortalidade permanece sendo um desafio regional, além de nacional.

Tabela 40: Taxa de mortalidade na infância por mil nascidos vivos – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	TAXA DE MORTALIDADE NA INFÂNCIA POR MIL NASCIDOS VIVOS
BRASIL	14,3
Região Norte	17,8
Região Nordeste	16,0
Região Centro-Oeste	14,4
Região Sudeste	12,9
Região Sul	11,9

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde (Dasis) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

A menção aos desafios regionais para a redução da taxa de mortalidade na infância torna-se mais urgente quando os dados são analisados na perspectiva estadual. É, assim, notável que dentre os cinco estados com maiores taxas de mortalidade na infância, quatro deles sejam da região Norte (Acre, 19,5; Amapá, 19,5; Roraima, 19; e Amazonas, 18,5) sendo o estado do Sergipe (17,7) a única exceção para essa regra. Já Acre, Amapá e Roraima possuem taxas de mortalidade na infância que se aproximam das taxas de países como a Jordânia (18,5) ou Trindade e Tobago (20,9).

Tabela 41: Taxa de mortalidade na infância por mil nascidos vivos – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	TAXA DE MORTALIDADE NA INFÂNCIA POR MIL NASCIDOS VIVOS
Acre	19,5
Amapá	19,5
Roraima	19,0
Amazonas	18,5
Sergipe	17,7

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde (Dasis) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Entre os cinco estados com menores taxas de mortalidade na infância há uma maior heterogeneidade de regiões representadas; sendo que a região Sul se destaca com três estados listados na tabela abaixo: Paraná (12,4); Rio Grande do Sul (11,7) e Santa Catarina (11,4). Além desses, São Paulo e Distrito Federal compartilham da mesma taxa, de 12,2 óbitos para cada mil nascidos vivos. Esse conjunto de estados agrega taxas de mortalidade na infância semelhantes às de países como Argentina (12,9), Tailândia (12,6) e Omã (11,6).

Tabela 42: Taxa de mortalidade na infância por mil nascidos vivos – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	TAXA DE MORTALIDADE NA INFÂNCIA POR MIL NASCIDOS VIVOS
Paraná	12,4
Distrito Federal	12,2
São Paulo	12,2
Rio Grande do Sul	11,7
Santa Catarina	11,4

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde (Dasis) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Mortalidade infantil

As taxas de mortalidade infantil, isto é, de crianças ainda no primeiro ano de vida, demonstram uma queda expressiva em 15 anos (2000 a 2015). As regiões Centro-Oeste (12,3), Sudeste (11,3) e Sul (10,4) apresentam as taxas nacionais mais baixas, em especial as duas últimas, visto que a primeira região mencionada se equipara ao Brasil na taxa de mortalidade infantil. As regiões Norte (15,2) e Nordeste (14) tendem a elevar a média nacional, tendo 14,6 óbitos de menores de um ano de idade para cada mil nascidos vivos como média e superando, assim, a taxa de mortalidade infantil brasileira em 2,2 pontos.

Tabela 43: Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR MIL NASCIDOS VIVOS
BRASIL	12,4
Região Norte	15,2
Região Nordeste	14,0
Região Centro-Oeste	12,3
Região Sudeste	11,3
Região Sul	10,4

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde (Dasis) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Como também dissemos a respeito da análise das taxas de mortalidade na infância, as diferenças regionais ficam mais evidentes quando se examinam as taxas de mortalidade infantil segundo estados, ainda que sejam necessárias algumas ressalvas para o presente caso.

Em primeiro lugar, é notável que nos cinco estados elencados entre aqueles que apresentam as maiores taxas de mortalidade infantil no país todas são maiores que a nacional. O estado de Maranhão (15,2), por exemplo, está 3,2 pontos acima da taxa de mortalidade infantil brasileira, tornando evidente que as diferenças regionais atingem proporções consideráveis. Em segundo lugar, dentre os cinco estados com maiores taxas de mortalidade brasileiras situam-se quatro estados da região Norte (Acre, 17,2; Amapá, 16,9; Roraima, 16,7 e Amazonas, 15,3), sendo a média das taxas de mortalidade infantil nesses estados de 16,9 óbitos para cada mil nascidos vivos. Amazonas (15,3) e Maranhão (15,2) apresentam uma diferença mínima e situam-se cerca de três pontos acima da taxa de mortalidade infantil nacional (12,4 óbitos para cada mil nascidos vivos).

Tabela 44: Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR MIL NASCIDOS VIVOS
Acre	17,2
Amapá	16,9
Roraima	16,7
Amazonas	15,3
Maranhão	15,2

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde (Dasis) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Já os estados que apresentam as menores taxas de mortalidade infantil encontram-se menos distantes do valor da média nacional. Santa Catarina, com taxa de 10,2 óbitos de menores de um ano de idade para cada mil nascidos vivos possui diferença de 2,2 pontos em relação à taxa nacional. Paraná (10,9), São Paulo (10,8) e Distrito Federal (10,6) apresentam uma variação pequena, de no máximo 0,3 ponto entre suas respectivas taxas; enquanto os estados da região Sul prevalecem entre aqueles com as mais baixas taxas de mortalidade infantil, no Brasil, no ano de 2015: Paraná (10,9), Rio Grande do Sul (10,6) e Santa Catarina (10,2); taxas equivalentes às de países como Geórgia (10,6) e Tailândia (10,5).

Tabela 45: Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL
Paraná	10,9
São Paulo	10,8
Distrito Federal	10,6
Rio Grande do Sul	10,6
Santa Catarina	10,2

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde (Dasis) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Aleitamento materno⁵

O Brasil, seguindo recomendação da OMS, aconselha que o aleitamento materno em crianças menores de seis meses seja exclusivo; isto é, toda a alimentação da criança até essa idade não seja compartilhada com nenhum outro tipo de alimento. A recomendação para que o leite materno seja a alimentação exclusiva nesse período da vida pode ser justificada por seus benefícios na prevenção de doenças como diarreia, pneumonia, infecções respiratórias; diminuindo inclusive o risco de alergias e hipertensão arterial, além de estreitar os laços psicológicos entre mãe e filho, como afirmam Pontes et al:

[...] é importante salientar que o aleitamento materno facilita, ainda, o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho e uma maior união entre ambos, criando uma ligação emocional que pode facilitar o desenvolvimento da criança (PONTES et al. 2013, p. 355).

⁵ Há que se considerar as ressalvas metodológicas a respeito dos indicadores presentes no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), sobretudo, considerando as subnotificações dos órgãos de assistência social ou falta de repasse de informações e registros por essas mesmas instâncias.

O aleitamento materno detém papel fundamental na prevenção da morbidade e mortalidade infantis, e a consciência de sua prática e necessidade para a redução das doenças neonatais é decisiva. Santos et al. (2015) citam projeção realizada pela OMS e pelo Unicef, em que “aproximadamente 6 milhões de crianças não morrem todos os anos em função do aleitamento materno exclusivo” (tradução nossa)⁶ (SANTOS et al. 2015, p. 435).

Pela observação da tabela abaixo, nota-se que as regiões Norte e Centro-Oeste, ambas com 59%, possuem a proporção mais alta de menores de seis meses de idade que recebem aleitamento materno exclusivo. Já a região Nordeste apresenta o mais baixo percentual de crianças sob aleitamento materno exclusivo, distanciando-se das demais regiões por ao menos 20 pontos percentuais, com apenas 35% dos menores de seis meses sob essa condição.

Tabela 46: Total e percentual de crianças sob aleitamento materno exclusivo – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	CRIANÇAS SOB ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO MOMENTO DO ATENDIMENTO	%
BRASIL	15.267	53
Região Norte	1.597	59
Região Centro-Oeste	2.331	59
Região Sul	3.593	55
Região Sudeste	6.685	54
Região Nordeste	1.061	35

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

Situação bastante adversa se encontra no exame dos estados que têm alta concentração proporcional de crianças menores de seis meses de idade sob aleitamento materno exclusivo. Há que se enfatizar nesse aspecto, sobre o indicador em destaque, que os dados e registros de aleitamento são fruto dos relatórios e informações fornecidas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), e são repassadas pelos serviços de assistência social de cada um dos estados. Dessa forma, ao observar a tabela abaixo, tornam-se evidentes as lacunas e os problemas no reporte das informações pelo sistema.

⁶ “[...] approximately 6 million children do not die each year due to exclusive breastfeeding”.

Considerando os dados listados abaixo, apesar de ocupar o topo da lista, há que se desconsiderar o caso de Sergipe, uma vez que a indicação de apenas nove crianças, de um universo de beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) que sabemos que é notavelmente grande, acabam por evidenciar o problema das subnotificações dos registros. No mais, Pará (73%) e Mato Grosso do Sul (62%) são os que apresentam os maiores percentuais de crianças de até seis meses de idade sob aleitamento materno exclusivo. Na sequência, Ceará e Rio Grande do Sul, ambos com 58%, apresentam uma diferença considerável, em números absolutos, de crianças sob aleitamento materno. Nesse sentido, ressaltamos novamente a necessidade de se observar comparativamente tais dados levando-se em consideração a possibilidade de subnotificação das informações.

Tabela 47: Total e percentual de crianças sob aleitamento materno exclusivo no momento do atendimento – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	CRIANÇAS SOB ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO MOMENTO DO ATENDIMENTO	%
Sergipe	9	100
Pará	1.002	73
Mato Grosso do Sul	1.413	62
Ceará	266	58
Rio Grande do Sul	2.024	58

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

Do conjunto de estados que têm as menores concentrações de crianças de até seis meses de idade sob aleitamento materno exclusivo figuram somente estados da região Nordeste do país, com exceção de Roraima. Nesse aspecto, há que se mencionar que a quantidade absoluta de apenas duas crianças, que representam 33% da população com até seis meses de Roraima, indicam mais uma situação de subnotificação dos registros. Na análise dos demais estados nos restringimos a notar que todos estes apresentam menos de 30% do universo de menores de seis meses, de famílias cadastradas no PBF, sob aleitamento materno exclusivo. Estes percentuais encontram-se distribuídos da seguinte forma: Alagoas (28%), Pernambuco (27%), Piauí (26%) e Paraíba (18%).

Tabela 48: Total e percentual de crianças sob aleitamento materno exclusivo no momento do atendimento – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	CRIANÇAS SOB ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO MOMENTO DO ATENDIMENTO	%
Roraima	2	33
Alagoas	114	28
Pernambuco	149	27
Piauí	39	26
Paraíba	52	18

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

O aleitamento materno de menores de dois anos de idade apresenta situação diversa daquela verificada entre os menores de seis meses. Em primeiro lugar, observamos que a preponderância do aleitamento materno exclusivo se verifica, antes, nas regiões Sul (15,2%), Centro-Oeste (14,4%) e Sudeste (12,4%). Entretanto, é necessário que façamos a ressalva que dentre o total de crianças avaliadas, além do alto percentual de crianças sem informação há, em média, 30,7% de crianças menores de dois anos que não recebem aleitamento materno sob nenhuma das classificações. Em termos nacionais, vemos também que a quantidade proporcional de crianças menores de dois anos que recebe aleitamento complementar (26%) supera aquela verificada para o aleitamento materno exclusivo (11,4%) e predominante (7,5%).

Analisar os percentuais de crianças que se mantêm sob aleitamento materno após os primeiros seis meses de vida exige, em um primeiro momento, que se leve em consideração que o acesso à informação sobre os benefícios e as vantagens de uma amamentação prolongada não é, ainda, unanimidade entre a população em geral.

Por essa perspectiva, nota-se que as regiões Sul (40%) e Centro-Oeste (42,1%) têm maiores proporções de crianças sob aleitamento materno (exclusivo e complementar) após o primeiro semestre de vida, enquanto nas regiões Norte e Nordeste os percentuais de crianças sob aleitamento materno exclusivo e predominante são bem mais baixos que nas demais categorias (complementar e inexistente). No geral, os percentuais evidenciam que cerca de 30% das crianças até dois anos de idade de todas as regiões, com exceção do Sudeste, já não recebem mais o aleitamento materno.

Por outro lado, a maior concentração de crianças que recebem aleitamento materno encontra-se na categoria de aleitamento materno complementar. Dito de outro modo, do período que cobre o fim do primeiro semestre e o primeiro par de anos da vida de uma criança, entre os que recebem aleitamento materno ele se dá, preferencialmente, de modo complementar, isto é: “quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido, com finalidade de complementá-lo ou substituí-lo” (PONTES et al, 2013, p.357).

Tabela 49: Percentual de crianças menores de 2 anos sob diferentes categorias de aleitamento materno no momento do atendimento – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	% DE ALEITAMENTO EXCLUSIVO	% DE ALEITAMENTO PREDOMINANTE	% DE ALEITAMENTO COMPLEMENTAR	% DE INEXISTENTE /NÃO RECEBE ALEITAMENTO MATERNO	% SEM INFORMAÇÃO
BRASIL	11,4	7,5	26,0	30,7	24,4
Região Sul	15,2	5,4	24,8	30,2	24,5
Região Centro-Oeste	14,4	6,3	27,7	34,1	17,6
Região Sudeste	12,4	5,5	25,9	23,3	32,9
Região Norte	10,6	12,3	29,7	33,7	13,7
Região Nordeste	7,8	10,0	25,2	39,0	18,0

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

O que dissemos acima acerca da quantidade proporcional de crianças sob aleitamento materno na região Nordeste pode ser identificado na tabela a seguir, visto que dentre os cinco estados com menor concentração de crianças menores de dois anos de idade sob aleitamento materno exclusivo, quatro pertencem à região Nordeste (Paraíba, Maranhão, Sergipe e Ceará).

Seguindo o mesmo raciocínio que empregamos para a análise dos indicadores regionais, vemos que há uma tendência entre os estados de baixa concentração proporcional de menores de dois anos de idade sob aleitamento materno exclusivo em desenvolver mais as práticas de aleitamento predominante e complementar. Em todos os estados do conjunto – com a exceção de um ponto percentual de vantagem para o aleitamento exclusivo em relação ao predominante na Paraíba – o percentual de indivíduos sob aleitamento materno tende a apresentar a seguinte ordem crescente de prevalência entre as categorias: indivíduos sob aleitamento materno exclusivo; indivíduos sob aleitamento materno predominante; indivíduos sob aleitamento materno complementar e indivíduos que não recebem aleitamento materno, sendo que a categoria “sem informação” agrega um percentual considerável dos registros, especialmente na Paraíba, com 26,3%. Já Ceará e Rondônia revelam percentuais de cerca de 45% de crianças de até dois anos que não recebem nenhuma forma de aleitamento materno.

Tabela 50: Percentual de crianças menores de 2 anos sob diferentes categorias de aleitamento materno no momento do atendimento – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	% DE ALEITAMENTO EXCLUSIVO	% DE ALEITAMENTO PREDOMINANTE	% DE ALEITAMENTO COMPLEMENTAR	% DE INEXISTENTE /NÃO RECEBE ALEITAMENTO	% SEM INFORMAÇÃO
Paraíba	7,6	6,4	23,1	36,6	26,3
Rondônia	7,1	8,0	23,9	45,1	16,0
Maranhão	6,9	13,2	24,8	42,1	13,1
Sergipe	6,9	8,1	23,2	42,4	19,4
Ceará	6,8	11,3	24,8	44,5	12,5

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

Nos estados em que a prática da amamentação entre os menores de dois anos de idade é mais concentrada, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina, Acre e São Paulo, há a tendência de prática mais intensa do aleitamento complementar, em comparação com as demais categorias. Nesses estados é notável também que, na comparação com o conjunto de estados da tabela anterior, os percentuais de crianças que não recebiam aleitamento não chegam a ser tão mais baixos. O Distrito Federal destaca-se com cerca de 45% das crianças de até dois anos tendo o aleitamento materno como complementar à alimentação.

Tabela 51: Percentual de crianças menores de 2 anos sob diferentes categorias de aleitamento materno no momento do atendimento – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	% DE ALEITAMENTO EXCLUSIVO	% DE ALEITAMENTO PREDOMINANTE	% DE ALEITAMENTO COMPLEMENTAR	% DE INEXISTENTE /NÃO RECEBE ALEITAMENTO	% SEM INFORMAÇÃO
Distrito Federal	21,7	4,9	44,4	23,8	5,2
Mato Grosso do Sul	19,8	6,3	27,9	27,0	19,0
Santa Catarina	18,8	6,2	25,2	28,4	21,4
Acre	17,0	6,6	18,0	34,3	24,1
São Paulo	14,8	6,1	23,2	33,8	22,0

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

Para o monitoramento desse indicador e identificação de possíveis avanços, denotamos então que há que se aprimorar a coleta e registro de dados, ou demarcar os problemas que resultam da subnotificação das informações. Esse aspecto repercute sobre o processo de acompanhamento da questão do aleitamento materno no país e das estratégias de segurança alimentar que visam a promover melhorias nesse quadro.

Casos diagnosticados de tuberculose em menores de um ano de idade

O MS, em publicação já referida em outros momentos deste compilado, revela a situação mundial da tuberculose nos seguintes termos:

A tuberculose ainda é uma doença infecciosa de elevada magnitude e importância no mundo. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectado com o bacilo causador da doença, e que em 2013 ocorreram 9 milhões de casos novos e 1 milhão de óbitos (BRASIL, 2015, p.151).

As tabelas que se seguem apresentam os casos de tuberculose registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)⁷, de acordo com o tipo de entrada do indivíduo no sistema de saúde. Assim, os dados extraídos não são exclusivos, e podem ter mais de um ponto de vista.

A primeira observação ressalta as regiões do país onde a manifestação de casos novos de tuberculose é mais recorrente entre menores de um ano de idade e, portanto, possuem maiores riscos de infecção. Lideram com o maior número de registros de casos as regiões Sudeste (157) e Nordeste (149), com mais de uma centena de casos novos entre menores de um ano para cada região; cada uma dessas regiões, contudo, agregam mais casos novos que as regiões Sul (66), Norte (52) e Centro-Oeste (22) somadas.

Duas outras preponderâncias de casos de tuberculose concentram-se na região Nordeste. A primeira delas se verifica na manifestação de 40% dos casos de tuberculose recidiva (de pacientes que já obtiveram tratamento anteriormente) do país; a segunda se refere aos casos de transferência⁸, isto é, de alteração do local de início do tratamento, pelo qual a região Nordeste responde por 40% também. Já no reingresso após abandono (quando o paciente negligencia o tratamento, no caso dos menores de um ano, seus responsáveis), a região Sudeste responde por 35% dos casos identificados nacionalmente. Por último, as proporções percentuais de casos de tuberculose em menores de um ano assumem dimensões preocupantes na região Nordeste (33,4%) e Sudeste (35,2%), que juntas concentraram 69,6% da frequência de notificação de casos do país em 2015.

⁷ Os estados de Roraima e Amapá não constavam da emissão de relatórios do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

⁸ Quando há a entrada de um paciente para continuar um tratamento iniciado em outra unidade, sem que o período sem tratamento seja superior a 30 dias, o que configuraria situação de "reingresso após abandono" (BRASIL, SINAN).

Tabela 52: Total de crianças menores de um ano de idade com diagnóstico de tuberculose – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	IGNORADO	CASO NOVO	RECIDIVA	REINGRESSO APÓS ABANDONO	NÃO SABE	TRANSFERÊNCIA	PÓS OBITO	TOTAL
BRASIL	-	377	20	20	2	25	2	446
Região Sudeste	-	139	5	7	1	5	-	157
Região Nordeste	-	122	8	6	1	10	2	149
Região Sul	-	54	5	4	-	3	-	66
Região Norte	-	43	2	2	-	5	-	52
Região Centro-Oeste	-	19	-	1	-	2	-	22

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

Entre os estados onde a manifestação da tuberculose é menor vemos apenas nove casos novos notificados para menores de um ano de idade; sendo que o Distrito Federal responde por um terço desses casos. Roraima e Mato Grosso do Sul são os únicos estados a apresentarem casos de transferência entre aqueles que têm baixa manifestação de tuberculose.

Tabela 53: Total de crianças menores de um ano com diagnóstico de tuberculose – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	IGNORADO	CASO NOVO	RECIDIVA	REINGRESSO APÓS ABANDONO	NÃO SABE	TRANSFERÊNCIA	PÓS OBITO	TOTAL
Mato Grosso do Sul	-	2	-	-	-	1	-	3
Distrito Federal	-	3	-	-	-	-	-	3
Roraima	-	1	-	-	-	1	-	2
Sergipe	-	2	-	-	-	-	-	2
Amapá	-	1	-	-	-	-	-	1

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

A notificação total de casos de tuberculose, quando nos referimos aos estados do Brasil com mais altos percentuais, tendem a se distribuir de modo mais equânime. Para a análise da notificação de casos novos em menores de um ano de idade vemos que Rio de Janeiro (59) e São Paulo (54) têm frequências semelhantes, com diferença de cinco casos para São Paulo. Na sequência, temos as notificações de Pernambuco (40), Rio Grande do Sul (27) e Amazonas (24). Rio de Janeiro e São Paulo, juntos, reúnem 80,8% das ocorrências de tuberculose registradas na região Sudeste, e 28,4% dos casos registrados nacionalmente.

Tabela 54: Total de crianças menores de um ano de idade com diagnóstico de tuberculose – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	IGNORADO	CASO NOVO	RECIDIVA	REINGRESSO APÓS ABANDONO	NÃO SABE	TRANSFERÊNCIA	PÓS OBITO	TOTAL
Rio de Janeiro	-	59	4	4	1	4	-	72
São Paulo	-	54	-	1	-	-	-	55
Pernambuco	-	40	1	1	-	-	1	43
Rio Grande do Sul	-	27	2	3	-	3	-	35
Amazonas	-	24	2	2	-	3	-	31

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI).

5 IGUALDADE
DE GÊNERO



ALCANÇAR A
IGUALDADE DE GÊNERO E
EMPODERAR TODAS
AS MULHERES
E MENINAS

Metas ODS 5 que impactam crianças e adolescentes

5.1 Acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas, em toda parte.

5.2 Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos.

5.3 Eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros forçados de crianças e mutilações genitais femininas.

5.6 Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e da Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão.

Meios de implementação

5.c Adotar e fortalecer políticas sólidas e uma legislação aplicável para a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas, em todos os níveis.

Por que estamos falando de igualdade de gênero e empoderamento de meninas?

Em colaboração com Plan International Brasil

A situação e condição de vida de meninas e mulheres pelo mundo são marcadas por diversas violações de direitos, o que as colocam como um dos grupos socialmente mais vulneráveis em diversos países. Historicamente, na maioria das sociedades as mulheres eram vistas como cidadãs de segunda categoria, sendo privadas de oportunidades e direitos extensíveis somente aos homens. Além disso, a liberdade da mulher, em seus diversos aspectos, tendia a ser objeto de propriedade da figura paternal ou de seu cônjuge, cerceando-a de exercer diversas atividades ou de simplesmente tomar decisões sobre sua vida. Isso revela um histórico sistemático de violações e violências contra a mulher que são vistas como naturais por uma sociedade constituída sob valores patriarcais. Apesar de falarmos sobre esse quadro referindo-nos a um tempo passado, a situação de mulheres e meninas ainda se mantém da mesma forma há gerações em muitos países, sendo ainda privadas de direitos e sofrendo diversos tipos de violações, até

mesmo com o consentimento do Estado. Sendo assim, perduram diversos entraves para eliminar todas as formas de discriminação de gênero, promover a equidade e assegurar o direito de meninas e mulheres em todo o mundo.

O último *Relatório de Desenvolvimento Humano*, publicado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), revela as mulheres como um dos grupos sociais altamente privados de dimensões básicas do desenvolvimento humano, como acesso à renda, oportunidades e condições adequadas de saneamento básico (PNUD, 2016). Dessa forma, mesmo com uma expectativa de vida maior e um nível de escolaridade mais alto do que os homens, a desigualdade e a privação marcam e afetam a qualidade de vida de mulheres de forma considerável.

Um levantamento recente realizado pelo Banco Mundial, no estudo *Fechando a Brecha: Melhorando as Leis de Proteção à Mulher contra a Violência* (BANCO MUNDIAL, 2017), estima que, a cada ano, cerca de 15 milhões de meninas se casam antes mesmo de completarem 18 anos de idade, o que representa um casamento de meninas a cada dois segundos no mundo. O estudo, assim, destaca que o casamento infantil responde por 30% da evasão escolar feminina no ensino secundário em nível mundial e faz com que as meninas estejam sujeitas a ter menor renda quando adultas. Também as deixa mais suscetíveis a sofrer violência doméstica, estupro marital e mortalidade materna e infantil. O Brasil aparece com o maior número de casos de casamento infantil da América Latina e o quarto no mundo.

Nesse sentido, o compromisso assumido na *Agenda 2030*, de modo particular no **ODS 5**, representa um avanço sem precedentes no reconhecimento da centralidade e da necessidade imperativa de superar as desigualdades de gênero como parte irrenunciável para alcançar o desenvolvimento sustentável. A inclusão das metas específicas relacionadas aos direitos das meninas nos ODS é sem dúvida um fato marcante que assenta os precedentes para a efetivação da realização dos direitos humanos de meninas e reafirma a importância de um olhar geracional para as desigualdades de gênero. As metas estabelecidas no documento sintetizam as principais lacunas na violação de seus direitos e serão um importante subsídio para a formulação de políticas públicas de gênero transformadoras e para o fortalecimento de marcos legais que deem respostas efetivas para o alcance da igualdade de gênero e empoderamento das meninas.

A *Agenda 2030* garante a participação de mulheres e meninas e afirma a igualdade de oportunidades como uma condição para que o protagonismo e o acesso aos espaços de tomada de decisões nos diversos níveis da vida política, econômica e social, em igualdade de condições em relação aos homens e meninos, seja uma realidade. Reconhece a necessidade de promover o acesso aos recursos econômicos, bens e propriedades, alcançar condições de trabalho decente e construir o ambiente necessário para que as futuras gerações de meninas e jovens possam estar economicamente fortalecidas, o que se configura como um elemento fundante para mudanças duradouras. O princípio da agenda de “não deixar ninguém para trás” é, sem dúvida, central no que se refere às meninas, que normalmente são o grupo que mais sofre as consequências das desigualdades, das discriminações, da violência e da pobreza.



Os compromissos da *Agenda 2030* com a igualdade de gênero, e com as meninas em particular, oferece aos países uma base sólida para o cumprimento dos direitos das meninas e para alcançar mudanças duradouras nas suas vidas. Para que se realizem, é necessário um monitoramento sistemático para sua efetivação e que não fiquem como uma mera carta de intenções. O monitoramento, o acompanhamento e o devido controle social são condições essenciais para garantir que as metas e os objetivos elencados no **ODS 5** sejam alcançados a partir dos esforços e investimentos necessários para superar as iniquidades.

O acesso a dados continua sendo um desafio constante para o planejamento, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas, e em se tratando de dados desagregados o desafio é ainda maior. Especialmente em relação à situação das meninas, o Brasil ainda precisa avançar para que se conte com dados mais fidedignos, que sejam relevantes para a definição de prioridades. Cabe ainda destacar que, ao explicitar a dimensão geracional, o **ODS 5** reconhece que as questões que afetam as mulheres têm início ainda na infância e que o quanto antes forem enfrentadas, maior efetividade terão no alcance de resultados.

Especificamente em relação às crianças e às adolescentes, o **ODS 5** aborda dois problemas estruturais que acometem a vida de muitas meninas: o casamento na infância e adolescência e a violência e exploração sexuais. Quando analisamos as principais “brechas” e questões que afetam a proteção e o direito das meninas, esses problemas são muito emblemáticos, já que nos permitem entender que suas causas estão arraigadas a elementos culturais e religiosos que perduram e são disseminados por diversas gerações. Em ambas as situações, seja no casamento na infância ou no abuso e exploração sexuais, há um contexto social que precisa ser enfrentado e que tem relação com a violência baseada em gênero, assim definida:

A violência de gênero é um reflexo direto da ideologia patriarcal, que demarca explicitamente os papéis e as relações de poder entre homens e mulheres. Como subproduto do patriarcalismo, a cultura do machismo, disseminada muitas vezes de forma implícita ou sub-reptícia coloca a mulher como objeto de desejo e de propriedade do homem, o que termina legitimando e alimentando diversos tipos de violência, entre os quais o estupro. Isto se dá por dois caminhos: pela imputação da culpa pelo ato à própria vítima (ao mesmo tempo em que coloca o algoz como vítima); e pela reprodução da estrutura e simbolismo de gênero dentro do próprio Sistema de Justiça Criminal (SJC), que vitimiza duplamente a mulher (IPEA, 2014).¹

¹ IPEA. *Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde*, 2014. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecnicadiest11.pdf.

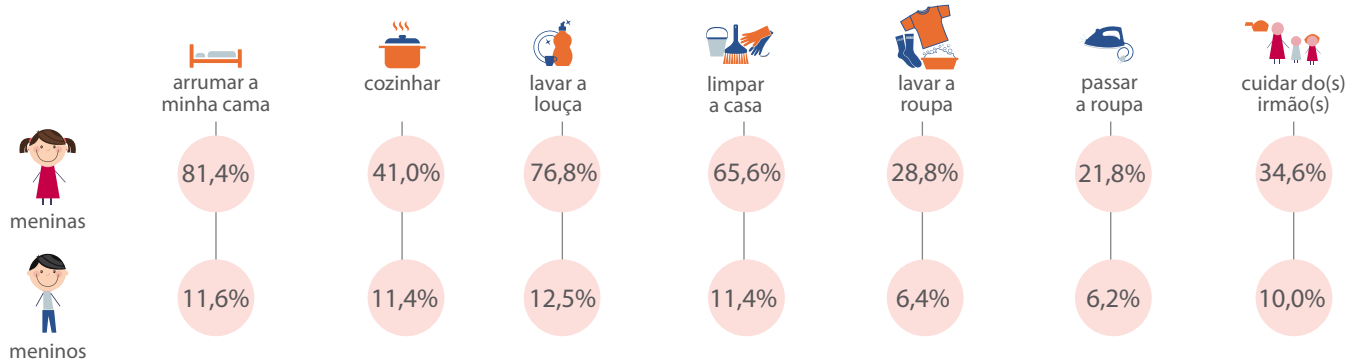
A percepção de que a desigualdade de gênero agrava todas as outras formas de exclusão é algo relativamente recente no âmbito da promoção de direitos de crianças e adolescentes, sobretudo, quando se faz a distinção geracional entre direitos de meninas e mulheres. A questão foi contemplada de maneira bastante tímida entre as normativas da *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher*, das Nações Unidas, em 1979. Mesmo assim, no documento, não há referência às meninas, ou seja, não é dada ênfase ao recorte etário, reforçando a percepção “adultocêntrica” da desigualdade de gênero e de seus impactos. Somente na *Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher* (Pequim, 1995) foi possível avançar na questão da promoção dos direitos das meninas, reconhecendo sua especificidade e particularidade em meio à questão de gênero, inclusive fazendo referência à *Convenção sobre os Direitos da Criança*. A IV Conferência Mundial Sobre a Mulher configura-se, então, como um marco importante por reconhecer a singularidade de meninas e mulheres em seus documentos finais e por constituir-se como base para a reivindicação de direitos e para a construção de uma agenda política em prol das meninas.

Não obstante, apesar do êxito da agenda dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), um quadro situacional sobre as reais condições de vida de meninas e jovens mulheres no Brasil ainda carece de mais informações. Além do problema da subnotificação dos dados, uma vez que muitas meninas e jovens são coagidas a não realizarem a denúncia formalmente, a violência tende a ser naturalizada em alguns ambientes e contextos sociais. Este se torna um problema ainda maior para o desenho de políticas públicas mais assertivas e focalizadas, que ofereçam soluções efetivas para reverter o quadro de violência vivenciado por muitas dessas meninas. Por essas mesmas razões, meninas e jovens também permanecem ausentes dos processos de tomada de decisão das políticas que afetam diretamente suas vidas.

Diante desse cenário, não se pode pensar no enfrentamento e combate às violações dos direitos das meninas sem a promoção, concomitante, do empoderamento destas. Na pesquisa realizada pela ONG Plan International Brasil, *Por Ser Menina no Brasil*, em 2013, constatou-se que ainda há um longo caminho a ser percorrido nesse aspecto. O estudo evidencia que, reproduzindo papéis de gênero pré-estabelecidos, muitas famílias compreendem que as meninas devem ser preparadas para desempenharem as atividades domésticas, cuidar da casa, dos mais velhos e dos mais novos da família. Dessa forma, esse aprendizado é tido como essencial para que elas desempenhem melhor o que se entende como seu “papel de mulher” no futuro.

Isso significa que, concretamente, as meninas têm menos tempo para dedicar-se a atividades livres, a cuidar de si mesmas, para estudar, para brincar e são educadas para exercerem papéis essencialmente relacionados ao cuidado com o outro e aos afazeres domésticos. São esses papéis e valores disseminados pela sociedade que acabam conformando as identidades de meninas e mulheres – bem como de meninos e homens – e que ocorre a partir da imposição, muitas vezes pelo uso da força, de normas estereotipadas de gênero, num processo que vitima muito mais as meninas e as mulheres, mas que também afeta meninos e homens ao lhes impor o exercício de uma masculinidade violenta. O infográfico abaixo ilustra e sintetiza alguns dos resultados da pesquisa aqui já mencionados:

Distribuição de tarefas



Fonte: Pesquisa Por Ser Menina no Brasil – Plan International Brasil 2013.

Outro ponto crítico diagnosticado pela pesquisa é o desconhecimento das meninas sobre seus direitos e instrumentos legais que os amparam. Nesse aspecto, isso dificulta a própria compreensão e o reconhecimento das meninas como cidadãs e sujeitas de direitos.

Nunca ouviram falar ou já ouviram falar, mas não leram



Fonte: Pesquisa Por Ser Menina no Brasil – Plan International Brasil 2013.

Os dados resultantes da pesquisa indicam que se essas questões não forem devidamente enfrentadas, as meninas continuarão ocupando um lugar de subordinação na sociedade. É fundamental, portanto, que se discuta a igualdade de gênero desde a infância e que sejam coibidos e combatidos comportamentos que tendem a reforçar estereótipos e papéis de gênero. Há que se reconhecer que, mesmo com diversos avanços, ainda temos que percorrer um longo caminho para que um dia meninas e mulheres possam vivenciar plenamente seus direitos. Sob esta perspectiva reside a importância do **ODS 5** para a luta pela igualdade de gênero e empoderamento das mulheres e meninas em todo o mundo.

Marco zero dos principais indicadores nacionais ponto de partida e desafios brasileiros

Indicadores globais de monitoramento do ODS 5 associados a crianças e adolescentes

- 5.1.1** Se os marcos legais estão ou não em vigor para promover, reforçar e monitorar a igualdade e a não discriminação com base em gênero.
- 5.2.1** Proporção de mulheres e meninas com menos de 15 anos de idade vítimas de violência física, sexual ou psicológica por parte de um parceiro íntimo atual ou anterior, nos últimos 12 meses, por forma de violência e por faixa etária.
- 5.2.2** Proporção de mulheres e meninas com idade igual ou superior a 15 anos de idade submetidas à violência sexual por pessoas que não sejam parceiras íntimas, nos últimos 12 meses, por faixa etária e local de ocorrência.
- 5.3.1** Porcentagem de mulheres com idades compreendidas entre os 20 e 24 anos casadas ou em uma união antes dos 15 anos e antes dos 18 anos de idade.
- 5.4.1** Porcentagem do tempo gasto no trabalho doméstico e de cuidados não remunerados, por sexo, faixa etária e localização.
- 5.6.1** Proporção de mulheres de 15 a 49 anos de idade que tomam suas próprias decisões informadas sobre relações sexuais, uso de anticoncepcionais e cuidados de saúde reprodutiva.
- 5.6.2** Número de países com leis e regulamentos que garantem às mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos acesso a cuidados, informações e educação em saúde sexual e reprodutiva.

Denúncias feitas ao Disque 100 – Módulo Crianças e Adolescentes

O Brasil ainda apresenta um sistema de notificação muito debilitado, pois, além da escassez de dados, há uma grande fragmentação de informações, o que não nos permite ter uma real dimensão do problema. Os dados do Disque Direitos Humanos (Disque 100) são uma amostra do problema da violência contra as meninas e mostram-se bastante relevantes, já que apresentam uma boa desagregação para análises mais focalizadas. Não obstante, sabe-se que eles representam apenas uma parte do problema, já que muitas meninas e mulheres são coagidas a não registrarem qualquer denúncia.



O Disque 100 é um serviço do Departamento de Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos, que tem por atribuição receber, examinar e encaminhar denúncias que se refiram à violação desses direitos. Trata-se de um canal de comunicação da sociedade civil com o poder público que possibilita conhecer e avaliar a dimensão da violência contra os direitos humanos e o sistema de proteção, bem como orientar a elaboração de políticas públicas.

Um de seus módulos de atendimento está voltado à proteção de crianças e adolescentes, com foco no combate à violência sexual, vinculado ao Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, da Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (SNDCA), instância do atual Ministério dos Direitos Humanos. Para a análise da frequência de denúncias feitas ao Disque 100, apresentaremos os tipos de violação e o gênero das vítimas em momentos distintos.

Antes de procedermos à interpretação das frequências de denúncias, analisando as vítimas do sexo feminino como primeiro recorte de análise, é necessário advertir que cada um dos tipos de violação representa determinado percentual em relação ao universo total de denúncias naquele território, ao ano e gênero das vítimas. Assim, o total de denúncias de abuso sexual, por exemplo, pode ser destrinchado entre essas variáveis, tornando mais evidente e detalhado o exame da manifestação dessa ocorrência, aliada à possibilidade de identificação dos setores mais expostos a tais violações.

Entre os aspectos em evidência, nota-se que a média de todos os tipos de violação denunciadas são maiores contra as meninas do que contra os homens; em segundo lugar, observa-se, em destaque quase absoluto, a concentração de ocorrências de violações sexuais contra as meninas. Os casos de abuso sexual demonstram, em quatro das cinco regiões do país, percentual médio de mais de dois terços do total de casos denunciados no país sendo praticados contra esse gênero, cerca de 70%. A exceção a essa regra se encontra na região Sudeste (65,7%), que possui diferença de aproximadamente 5% em relação à média verificada nesse tipo de violação. No extremo oposto, nas regiões Centro-Oeste (74,4%), Norte (72,2%), Nordeste (68,5%) e Sul (68,2%), aproximadamente sete em cada dez denúncias relacionadas a abuso sexual se referiam a vítimas do sexo feminino. Disso conclui-se que o abuso sexual é majoritariamente praticado contra pessoas do sexo feminino em todo o Brasil.

Os casos de exploração sexual, sendo o segundo tipo mais denunciado contra meninas, apresenta média (68,9%) apenas meio ponto percentual a menos que àquela verificada em relação ao abuso sexual. A região Centro-Oeste (73,5%) lidera a concentração de denúncias no país, apresentando proporção de cerca de três quartos dessas sendo praticadas contra meninas. Com diferença de menos de um ponto percentual se situa a região Sul (72,7%), onde aproximadamente dois em cada três casos da região se referem a pessoas do sexo feminino. As três regiões restantes, Nordeste (68,6%), Norte (65,8%) e Sudeste (67,3%), sendo as que acumulam menor proporção de queixas de exploração sexual contra o gênero feminino, ainda têm média de 67,2%. Tais percentuais, ao mesmo tempo em que revelam situação preocupante, evidenciam que mecanismos de controle e prevenção das violações sexuais, especialmente de abuso, requerem especificidade ao público feminino; pela notável preponderância das vítimas desse sexo em todo o território nacional.

Os tipos de violação restantes (violência física e negligência) apresentam índices de denúncias menos concentrados contra indivíduos do sexo feminino. No que diz respeito à violência física, as regiões Norte (46,1%) e Nordeste (45,2%) localizam-se acima da média nacional e se aproximam da metade do universo de denúncias com vítimas desse sexo. Das regiões que se encontram abaixo de tal média, Centro-Oeste (44,1%), Sul (43,3%) e Sudeste (43,5%) possuem diferença máxima de 0,8% entre si, sugerindo que a realidade da violência física e suas denúncias, apesar de não se aproximar da totalidade das ocorrências, como acontece com as violações sexuais, é majoritariamente praticada contra meninas e se manifesta de modo semelhante ao longo das regiões brasileiras.

Por último, acumulando as menores quantidades de denúncias contra pessoas do sexo feminino se encontram as denúncias de negligência. Assim como ocorre com as denúncias de violência física, não há preponderância absoluta da frequência dessas denúncias em relação ao sexo feminino, sendo que o percentual de denúncias de negligência envolvendo meninas gira em torno de 40% a 45% em todas as regiões. A observação final desse indicador deve mencionar que a média das denúncias de violação por negligência contra as meninas supera em cerca de 5% a média verificada entre os meninos nessa mesma violação.

Tabela 1: Distribuição das denúncias de violência contra crianças e adolescentes do sexo feminino – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	FEMININO			
	% DE ABUSO SEXUAL	% DE EXPLORAÇÃO SEXUAL	% DE VIOLÊNCIA FÍSICA	% DE NEGLIGÊNCIA
BRASIL	68,4	68,9	44,2	43,8
Região Centro-Oeste	74,4	73,5	44,1	45,2
Região Norte	72,2	65,8	46,1	46,5
Região Nordeste	68,5	68,6	45,2	44,0
Região Sul	68,2	72,7	43,3	43,5
Região Sudeste	65,7	67,3	43,5	43,1

Fonte: Ministério dos Direitos Humanos – Disque Direitos Humanos (Disque 100) – Módulo Criança e Adolescente.

A grande disparidade entre as denúncias por violações sexuais entre pessoas do sexo feminino e masculino são evidentes, sendo necessário ressaltar a diferença entre o percentual médio de denúncias entre um e outro: os casos denunciados de abuso sexual possuem média de 70% para pessoas do sexo feminino, enquanto a mesma violação responde por apenas 17% das denúncias feitas contra os meninos. O padrão de manifestação das denúncias é exa-

tamente o inverso daquele verificado entre as notificações de abuso sexual nos indivíduos do sexo feminino; isto é: a preponderância de denúncias se localiza, respectivamente, nas regiões Sudeste (20,6%), Sul (18,1%), Nordeste (17,8%), Norte (16,0%) e Centro-Oeste (12,8%); as duas últimas regiões, que contra as meninas atingem média de 73,3%, contra o sexo masculino os percentuais não atingem um sexto das denúncias do ano naquela localidade.

A exploração sexual demonstra a mesma inversão de concentrações ao longo das regiões do país; além de agregar proporção ao menos cinco vezes mais baixas, como exemplificam as regiões Sul (8,7%) e Centro-Oeste (6,9%), que nas denúncias que envolvem vítimas do sexo feminino têm menor frequência. A região Sudeste (12,4%), neste caso, mantém a terceira maior preponderância do país em relação às denúncias de exploração sexual contra homens, deixando a liderança de casos sendo disputada entre as regiões Norte e Nordeste, com 15,3% e 12,6%, respectivamente.

Os tipos de violação seguintes, ainda que tenham média inferior às denúncias do sexo feminino, tendem a se aproximar mais daqueles identificados entre esse sexo. Assim, a diferença entre a média de denúncias de violência física é 2% mais baixa contra homens do que contra meninas; sendo as regiões Centro-Oeste (43,4%), Sudeste (43,2%) e Nordeste (42,7%) as que mais concentram casos de denúncias de violência no país, seguidas pelas regiões Sul (42,2%) e Norte (41,5%).

Com exceção das violações sexuais, os casos de negligência demonstram uma maior diferença de denúncias quando seus padrões são analisados pelo sexo da vítima. A média de denúncias contra os indivíduos do sexo masculino é 3,3 pontos percentuais menor do que contra as meninas, além das proporções identificadas nas regiões possuem uma proximidade de valores entre si: as regiões Sul (39,3%), Norte (39,1%) e Centro-Oeste (38,5%), acumulam 1,1 ponto percentual de diferença máxima entre si, relegando a liderança das denúncias às regiões Sudeste (41,2%) e Nordeste (40,7%).

Tabela 2: Distribuição das denúncias de violência contra crianças e adolescentes do sexo masculino – Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	MASCULINO			
	% DE ABUSO SEXUAL	% DE EXPLORAÇÃO SEXUAL	% DE VIOLÊNCIA FÍSICA	% DE NEGLIGÊNCIA
BRASIL	18,2	11,7	42,8	40,5
Região Sudeste	20,6	12,4	43,2	41,2
Região Sul	18,1	8,7	42,2	39,3
Região Nordeste	17,8	12,6	42,7	40,7
Região Norte	16,0	15,3	41,5	39,1
Região Centro-Oeste	12,8	6,9	43,4	38,5

Fonte: Ministério da Justiça e Cidadania – Disque Direitos Humanos (Disque 100) – Módulo Criança e Adolescente.

Na análise entre estados, a condição do sexo feminino é demarcada entre as denúncias de violações sexuais; entre os casos de abuso sexual a média de vítimas meninas atinge 78,1%. Nos estados de Roraima (85,7%) e Acre (78,9%) essa média é superada e mantém vantagem de cerca de dois pontos percentuais em relação à média de denúncias registradas nos estados do Pará (76,3%), Goiás (75,8%) e Mato Grosso (74,2%). Esses estados, quando verificados seus casos de exploração sexual reportados ao serviço de denúncia de violações, apresentam índices ainda mais concentrados; Roraima (100%), por exemplo, não registrou nenhum caso de exploração sexual contra homens e todas as denúncias dessa violação no estado foram praticadas contra meninas. Os estados do Acre (94,7%), Goiás (74,9%), Mato Grosso (73,5%) e Pará (71,6%) acumulam média cinco vezes maior do que entre as notificações de homens sofrendo o mesmo tipo de violação nesses mesmos estados. É necessário, portanto, frisar novamente que as violações sexuais tendem a vitimar, de forma absoluta em alguns estados, pessoas do sexo feminino.

As denúncias de negligência e violência física, como ocorrem no exame das regiões, têm média menos concentrada do que as violações sexuais, mas, ainda assim, respondem por percentuais que ultrapassam a metade do universo de denúncias do ano. Em média, 44% das denúncias de violência física atingem pessoas do gênero feminino. Pará (47,9%) e Goiás (45,8%) são os estados em que esse tipo de violação supera a média de ocorrências do grupo, deixando os estados do Acre (43,8%), Mato Grosso (42,8%) e Roraima (40%) abaixo dessa média, mas muito próximos da metade do universo de notificações de violência física nesses estados.

Os casos de negligência com vítimas do sexo feminino reúnem média de 47,6% entre os estados com o maior número de ocorrência, alcançada apenas por Roraima (50,7%), Acre (48,6%) e Pará (48,4%). Já os estados de Goiás (46,7%) e Mato Grosso (44%) situam-se abaixo dessa média.

Tabela 3: Distribuição das denúncias de violência contra crianças e adolescentes do sexo feminino – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	FEMININO			
	% DE ABUSO SEXUAL	% DE EXPLORAÇÃO SEXUAL	% DE VIOLÊNCIA FÍSICA	% DE NEGLIGÊNCIA
Roraima	85,7	100,0	40,0	50,7
Acre	78,9	94,7	43,8	48,6
Pará	76,3	71,6	47,9	48,4
Goiás	75,8	74,9	45,8	46,7
Mato Grosso	74,2	73,5	42,8	44,0

Fonte: Ministério da Justiça e Cidadania – Disque Direitos Humanos (Disque 100) – Módulo Criança e Adolescente.

O que dissemos acerca das violações sexuais contra meninas pode ser atestado quando observamos que os estados que têm concentrações mais baixas desse tipo de violações, ainda assim, acumulam pouco menos de dois terços das ocorrências do país. A média das denúncias de abuso sexual, entre os estados que as têm em menor quantidade, é de 65,3%; sendo que a diferença máxima entre os estados e essa média é de um ponto percentual, mantida pelo estado que apresenta o maior percentual de denúncias de abuso sexual dessa lista: Bahia (66,3%). Os demais estados, Rio de Janeiro (66,2%), Ceará (65,7%), Rio Grande do Sul (64,7%) e São Paulo (63,9%) também demonstram percentuais bastante próximos, com uma diferença que não supera três pontos percentuais. Vale ressaltar que na comparação entre os dois conjuntos de estados com mais altos e mais baixos percentuais de denúncias de violações sexuais, as ocorrências distanciam-se apenas por cerca de 22 pontos percentuais. A exploração sexual contra meninas mantém a mesma prevalência verificada na violação de abuso sexual; isto é, dentre os estados que têm menor concentração de denúncias a média dessas notificações atinge 65,4%. São Paulo (67,7%) e Rio Grande do Sul (67,3%) a ultrapassam - o primeiro em aproximadamente dois pontos percentuais.

As notificações de violência física acumulam média menos expressiva em relação aos indicadores que examinamos até aqui, tendo em conta que abordamos violações cometidas contra meninas, que, como vimos, constituem-se como as maiores vítimas de violências dessa natureza em todo o país. Dessa forma, os estados da Bahia (46,2%), Rio de Janeiro (44,6%) e Ceará (46,4%) superam a média de 44,5% desse conjunto; deixando apenas os estados de São Paulo (43,1%) e Rio Grande do Sul (42,5%) com percentuais abaixo da média das denúncias de violência física nesse conjunto de estados.

Os casos denunciados de negligência dividem os estados em relação à média (43,9%) de manifestações dessa natureza. Dois deles situam-se acima dela (Ceará, 45,5%; e Bahia, 44,9%), e os outros três estados abaixo (Rio de Janeiro, 43,8%; São Paulo, 43%; e Rio Grande do Sul, 42,6%).

Tabela 4: Distribuição das denúncias de violência contra crianças e adolescentes do sexo feminino – estados com melhor desempenho segundo denúncias de abuso sexual - 2015

ESTADOS	FEMININO			
	% DE ABUSO SEXUAL	% DE EXPLORAÇÃO SEXUAL	% DE VIOLÊNCIA FÍSICA	% DE NEGLIGÊNCIA
Bahia	66,3	64,1	46,2	44,9
Rio de Janeiro	66,2	66,2	44,6	43,8
Ceará	65,7	62,0	46,4	45,5
Rio Grande do Sul	64,7	67,3	42,5	42,6
São Paulo	63,9	67,7	43,1	43,0

Fonte: Ministério da Justiça e Cidadania – Disque Direitos Humanos (Disque 100) – Módulo Criança e Adolescente.

Contra os meninos, as violações sexuais são menos concentradas, a média, entre os estados que apresentam as maiores quantidades de denúncias não supera um terço do total de denúncias do ano, sendo de 21,9% para as notificações de abuso sexual e 15,6% entre os casos de exploração sexual. Em relação à primeira forma de violação, e ao contrário do que se verifica entre as vítimas do sexo feminino, os estados do Ceará (21,8%) e São Paulo (22%) apresentam percentuais bem próximos à média, a qual é superada apenas pelo estado do Tocantins (23,4%); enquanto Rondônia e Rio Grande do Sul compartilham o mesmo percentual de 21,4%. Quanto ao segundo tipo, a exploração sexual, também é três o número de estados que têm percentuais mais baixos de denúncias do que a média do conjunto (15,6%): São Paulo (12,6%), Tocantins (10,5%) e Rio Grande do Sul (10%). Já Ceará e Rondônia superam essa média, apresentando um percentual de denúncias dessa natureza de 18,8% e 26,2%, respectivamente.

Os demais casos de violações restantes configuram-se como a maior parcela das violações cometidas contra os meninos; para a violência física, todos os estados listados apresentam percentuais que variam entre 41,8% e 42,9%, evidenciando assim uma diferença de pouco mais de um ponto percentual entre esses; indicando que, com base nas denúncias, a violência física se apresenta de maneira relativamente homogênea entre os estados. Por último, nas denúncias de negligência contra meninos, vemos o estado do Tocantins (42,9%) como líder nesse tipo de denúncias, em comparação com os demais estados, sendo que Rio Grande do Sul (39,3%) se situa no outro extremo, com o mais baixo percentual de denúncias dessa natureza.

Tabela 5: Distribuição das denúncias de violência contra crianças e adolescentes do sexo masculino – estados com pior desempenho segundo denúncias de abuso sexual - 2015

ESTADOS	MASCULINO			
	% DE ABUSO SEXUAL	% DE EXPLORAÇÃO SEXUAL	% DE VIOLÊNCIA FÍSICA	% DE NEGLIGÊNCIA
Tocantins	23,4	10,5	42,6	42,9
São Paulo	22,0	12,6	42,9	40,9
Ceará	21,8	18,8	41,8	41,0
Rondônia	21,4	26,2	42,8	40,2
Rio Grande do Sul	21,4	10,0	42,2	39,3

Fonte: Ministério da Justiça e Cidadania – Disque Direitos Humanos (Disque 100) – Módulo Criança e Adolescente.

O último grupo de estados analisados apresenta a menor concentração de denúncias de abuso sexual contra meninos no país; os quais compartilham uma média de 7,4% entre si, sendo que Roraima (0%) e Goiás (12,5%) apresentam os percentuais mais extremos dessa lista, no que tange às denúncias de abuso sexual. No que diz respeito à exploração sexual, vemos a liderança de denúncias no estado do Amapá (15%), ao mesmo tempo em que Acre e Roraima apresentam um percentual nulo para esse mesmo tipo de denúncia.

Como analisado na tabela anterior, as denúncias de negligência e violência física são, contra os meninos, as que merecem maior atenção na medida em que seus percentuais médios (40,7% para negligência e 35,7% para violência física) destoam das demais violações, mas, ainda assim, atingem mais de um terço das denúncias do ano de 2015.

Tabela 6: Distribuição das denúncias de violência contra crianças e adolescentes do sexo masculino – estados com melhor desempenho segundo denúncias de abuso sexual - 2015

ESTADOS	MASCULINO			
	% DE ABUSO SEXUAL	% DE EXPLORAÇÃO SEXUAL	% DE VIOLÊNCIA FÍSICA	% DE NEGLIGÊNCIA
Goiás	12,5	8,1	40,8	36,8
Mato Grosso	10,6	4,2	46,1	37,2
Acre	7,8	0,0	42,5	36,3
Amapá	6,3	15,0	37,1	36,9
Roraima	0,0	0,0	37,1	31,5

Fonte: Ministério da Justiça e Cidadania – Disque Direitos Humanos (Disque 100) – Módulo Criança e Adolescente.

A complexidade em torno do abuso e exploração sexual faz com que seu enfrentamento seja igualmente complexo, estando este intrínseco à garantia de direitos básicos e à superação da cultura machista presente em nossa sociedade. Ao mesmo tempo, é fundamental o empoderamento e a promoção dos direitos de meninas, incluídos os direitos sexuais e reprodutivos, de modo que elas sintam-se protegidas e acolhidas, no processo de realização da denúncia à sua seguridade em relação ao denunciante.

Casamentos de crianças e adolescentes do sexo feminino

Ainda que esta seja uma realidade na vida de muitas meninas no Brasil, este tema encontra-se ausente ou pouco abordado nas discussões sobre proteção à infância e à adolescência no país. Recentemente, mediante a divulgação de alguns estudos, a questão do casamento na infância vem ganhando notoriedade, mas ainda é necessário criar um marco de compreensão do tema para pensar em formas para o seu enfrentamento.

Em recente pesquisa realizada pela ONG Instituto Promundo, em parceria com a Plan International Brasil, intitulada *Ela Vai no Meu Barco: Casamento na Infância e Adolescência no Brasil*, é apontado que dentre os fatores que motivam o casamento infantil estão:

(1) o desejo, muitas vezes, de um membro da família, em função de uma gravidez indesejada e para proteger a reputação da menina ou da família, e para assegurar a responsabilidade do homem de “assumir” ou cuidar da menina e do bebê potencial; (2) o desejo de controlar a sexualidade das meninas e limitar comportamentos percebidos como “de risco” associados à vida de solteira, tais como relações sexuais sem parceiros fixos e exposição à rua; (3) o desejo das meninas e/ou membros da família de ter segurança financeira; (4) uma expressão da agência das meninas e um desejo de saírem da casa de seus pais, pautado em uma expectativa de liberdade, ainda que dentro de um contexto limitado de oportunidades educacionais e laborais, além de experiências de abuso ou controle sobre a mobilidade das meninas em suas famílias de origem; (5) o desejo dos futuros maridos de se casarem com meninas mais jovens (consideradas mais atraentes e de mais fácil controle do que as mulheres adultas) e o seu poder decisório desproporcional em decisões maritais. (PROMUNDO, 2015, pp. 13-14).

Outro fator que não apareceu explicitamente no estudo, mas foi percebido ao longo das entrevistas, é o casamento motivado como meio de proteção à violência urbana. Destaca-se ainda que os papéis de gênero tradicionais preponderam nos casamentos infantis: os homens são provedores, acessam mais os espaços públicos, têm liberdade para sair com amigos e a infidelidade é permitida. As meninas são cuidadoras, responsáveis pelas tarefas domésticas, limitadas ao espaço privado e afastadas de seus pares. Além disso, como já mencionado, em muitos casos essas meninas interrompem ou abandonam os estudos.

Em relação ao casamento na infância, sabe-se que a informalidade é grande e que os dados apresentados nas estatísticas oficiais registram apenas uma parte do problema, já que basta uma visita às comunidades mais vulneráveis do Brasil para encontrar muitas situações de casamento infantil.

Os casamentos de meninas menores de 19 anos de idade correspondem a 10,8% daqueles ocorridos entre cônjuges masculino e feminino em 2015 no Brasil. A distribuição desses casamentos tem 40,3% dos seus casos na região Sudeste (49.513); na sequência, a região Nordeste (33.868) agrega pouco mais de um quarto (27,5%) desses casos. As regiões Sul (16.815), Centro-Oeste (11.996) e Norte (10.613) apresentam percentuais menos expressivos (13,7% para a região Sul, 9,8% para a região Centro-Oeste e 8,6% para a região Norte) dos casamentos de meninas menores de 19 anos.

Em relação aos grupos etários das meninas que se casaram em 2015 com cônjuges do sexo masculino, nota-se preponderância absoluta da região Sul (126), a qual registra de 43,9% dos casamentos de meninas menores de 15 anos de idade ocorridos em todo o país. Já as regiões Nordeste (66), Sudeste (21), Centro-Oeste (57) e Norte (17) apresentam percentuais que representam de 5% a 22% na quantidade dos casamentos de menores de 15 anos no país.

Por último, é necessário atentar para o fato de que a frequência de casamentos de meninas de 15 a 19 anos se dá, majoritariamente, na região Sudeste, a qual responde por cerca de 40% dos casamentos de meninas nessa faixa etária, seguida da região Nordeste com 27%.

Tabela 7: Distribuição dos registros de casamento de menores de 19 anos de idade – sexo feminino - Brasil e regiões – 2015

BRASIL E REGIÕES	MENOS DE 15 ANOS	15 A 19 ANOS	TOTAL DE CASAMENTOS COM MENINAS MENORES DE 19 ANOS
BRASIL	287	122.518	122.805
Região Sudeste	21	49.492	49.513
Região Nordeste	66	33.802	33.868
Região Sul	126	16.689	16.815
Região Centro-Oeste	57	11.939	11.996
Região Norte	17	10.596	10.613

Fonte: IBGE – Estatísticas do Registro Civil.

Os casamentos de menores de 19 anos de idade ocorrem, em sua maioria, nos estados da região Sudeste, como já mencionado. São Paulo (25.561, na tabela), liderança nessa espécie de matrimônio, possui 1,9 vez mais ocorrências do que o estado que lhe sucede - Minas Gerais, 13.686 – sendo ambos da mesma região. Os casamentos realizados nos estados restantes, se somados, ainda mantêm desvantagem de (2.895, pela tabela) casos em relação à frequência verificada em São Paulo; desses estados, Paraná (8.826) mantém a liderança, seguido por Ceará (6.996, na tabela) e Bahia (6.844).

Em relação aos grupos etários dos casamentos nesse conjunto de estados, é imperativo mencionar a situação do Paraná (117) que acumula quatro vezes mais casamentos de meninas menores de 15 anos de idade do que todos os outros estados do conjunto somados. O estado seguinte, Bahia (10), possui uma quantidade de casamentos pelo menos dez vezes menor. Vale ressaltar, por fim, que a composição heterogênea desse conjunto atesta a dispersão dos casamentos de meninas menores de 19 anos de idade ao longo do território nacional.

Tabela 8: Distribuição dos registros de casamento de menores de 19 anos de idade – sexo feminino – estados com pior desempenho – 2015

ESTADOS	MENOS DE 15 ANOS	15 A 19 ANOS	TOTAL DE CASAMENTOS COM MENINAS MENORES DE 19 ANOS
São Paulo	8	25.553	25.561
Minas Gerais	6	13.680	13.686
Paraná	117	8.709	8.826
Ceará	5	6.991	6.996
Bahia	10	6.834	6.844

Fonte: IBGE – Estatísticas do Registro Civil.

No grupo de estados que têm a menor quantidade desse tipo de casamentos encontram-se majoritariamente estados da região Nordeste, exceto Sergipe. Entre esses, a liderança se concentra em Tocantins (1.152), que registra 64 casos a mais de casamentos de meninas menores de 19 anos de idade do que nos estados do Acre (626), Roraima (279) e Amapá (183) somados. Sergipe (896), sendo o único estado da região Nordeste a constar nesse conjunto, é o que mais se aproxima dos matrimônios de menores de 19 anos de idade verificados no estado do Tocantins, sendo de 256 casos a diferença entre ambos.

Tabela 9: Distribuição dos registros de casamento de menores de 19 anos de idade – sexo feminino – estados com melhor desempenho – 2015

ESTADOS	MENOS DE 15 ANOS	15 A 19 ANOS	TOTAL DE CASAMENTOS COM MENINAS MENORES DE 19 ANOS
Tocantins	-	1.152	1.152
Sergipe	2	894	896
Acre	1	625	626
Roraima	-	279	279
Amapá	-	183	183

Fonte: IBGE – Estatísticas do Registro Civil.

Bibliografia

BANCO MUNDIAL. (2017). *Fechando a Brecha – Melhorando as Leis de Proteção da Mulher contra a Violência*. Washington: Banco Mundial. Acesso em 12 de junho de 2017, disponível em: http://wbl.worldbank.org/~/_media/WBG/WBL/Documents/Notes/Fechando-a-Brecha-WBL-Port.pdf?la=en.

BANCO MUNDIAL; UNICEF. (2016). *Ending Extreme Poverty: a Focus on Children* [briefing]. Nova York: Banco Mundial e Unicef. Acesso em 25 de abril de 2017, disponível em: https://www.unicef.org/publications/files/Ending_Extreme_Poverty_A_Focus_on_Children_Oct_2016.pdf.

BRASIL. (2015). *Boletim Epidemiológico 2015*. v. 46, n. 9. Brasília: Ministério da Saúde. Acesso em 18 de maio de 2017, disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf.

CEPAL; UNICEF. (2017). *Medición multidimensional de la pobreza infantil: Una revisión de sus principales componentes teóricos, metodológicos y estadísticos*. Santiago: Cepal; Unicef. Acesso em 19 de junho de 2017, disponível em: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/41214-medicion-multidimensional-la-pobreza-infantil-revision-sus-principales>.

FAO, IFAD and WFP. (2015). *The State of Food Insecurity in the World 2015. Meeting the 2015 international hunger targets: taking stock of uneven progress*. Rome: FAO. Acesso em 15 de maio de 2017, disponível em: <http://www.fao.org/3/a-i4646e.pdf>.

INSTITUTO INTERNACIONAL DE PESQUISA SOBRE POLÍTICAS ALIMENTARES. (2016). *Relatório sobre a Nutrição Mundial 2016: da Promessa ao Impacto: Erradicar a Má Nutrição até 2030*. Washington: IFPRI. Acesso em 4 de maio de 2017, disponível em: <http://www.ifpri.org/node/16903>.

IPEA. (2014). *Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde*. Brasília: Ipea. Acesso em 8 de junho de 2017, disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecnicadiest11.pdf.

ISMAEL, C. (2013). *Conceitos de Nutrição: Definições, causas e consequências*. Moçambique: Associação de Nutrição e Segurança Alimentar (Ansa). Acesso em 17 de maio de 2017, disponível em: <http://www.mptf.undp.org/document/download/12232>.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL (MDS). (s/d). Bolsa Família. Acesso em 19 de junho de 2017, disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia>.

OMS. (2010). *Relatório Mundial da Saúde 2010 – Financiamento dos Sistemas de Saúde: O caminho para a cobertura universal*. Genebra: OMS. Acesso em 12 de maio de 2017, disponível em: http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf?ua=1.

ONU MULHERES. (s/d). *Planeta 50-50 em 2030*. Acesso em 8 de junho de 2017, disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/planeta5050/>.

ONU. (s/d). *Objetivo 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas*. Acesso em 7 de junho de 2017, disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/ods5/>.

PLAN INTERNATIONAL BRASIL. (2014). *Por Ser Menina no Brasil, Crescendo entre Direitos e Violências*. Acesso em 7 de junho de 2017, disponível em: <https://plan.org.br/por-ser-menina-no-brasil-crescendo-entre-direitos-e-viol%C3%Aancia#download-options>.

PLAN INTERNATIONAL BRASIL. (2017). *Meninas nos ODS: uma análise dos Objetivos com foco em gênero e idade*. Acesso em 7 de junho de 2017, disponível em: <https://plan.org.br/blog/2017/02/conheca-objetivos-desenvolvimento-sustentavel>.

PONTES, A. M. et al. (2013). *As repercussões do aleitamento materno exclusivo em crianças com baixo peso ao nascer*. In: Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 354-361. Acesso em 19 de maio de 2017, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a17.pdf>.

PROMUNDO. (2015). *Ela Vai no Meu Barco. Casamento na Infância e Adolescência no Brasil*. 2015. Brasília: Promundo. Acesso em 8 de junho de 2017, disponível em: <http://promundo.org.br/recursos/ela-vai-no-meu-barco-casamento-na-infancia-e-adolescencia-no-brasil/>.

SANTOS, F. S. et al. (2015). *Breastfeeding and protection against diarrhea: an integrative review of literature*. In: Einstein, São Paulo, v. 13, n. 3. Acesso em 19 de maio de 2017, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082015000300435&script=sci_abstract&lng=en.

Anexo - População brasileira segundo grupos etários

ESTADOS E REGIÕES	0 a 3 anos	4 a 5 anos	6 a 14 anos
BRASIL	10.321.032	5.241.414	27.505.282
Região Norte	1.072.516	602.613	3.002.515
Rondônia	100.242	57.826	265.852
Acre	61.140	31.184	141.365
Amazonas	285.427	139.946	717.316
Roraima	32.851	16.117	96.480
Pará	456.510	281.479	1.400.673
Amapá	51.503	29.956	144.767
Tocantins	84.843	46.105	236.062
Região Nordeste	3.078.046	1.531.701	8.660.276
Maranhão	472.763	240.525	1.273.971
Piauí	168.296	91.757	518.954
Ceará	463.227	218.673	1.282.433
Rio Grande do Norte	180.148	97.493	488.855
Paraíba	229.487	101.495	576.641
Pernambuco	446.174	239.317	1.370.132
Alagoas	184.368	86.206	533.583
Sergipe	124.639	64.888	339.481
Bahia	808.944	391.347	2.276.226
Região Sudeste	3.965.220	2.034.037	10.246.748
Minas Gerais	995.004	491.984	2.566.922
Espírito Santo	190.116	97.746	516.928
Rio de Janeiro	761.255	369.396	1.887.193
São Paulo	2.018.845	1.074.911	5.275.705
Região Sul	1.382.820	662.014	3.466.765
Paraná	568.525	253.790	1.390.006
Santa Catarina	307.404	156.214	775.323
Rio Grande do Sul	506.891	252.010	1.301.436
Região Centro-Oeste	822.430	411.049	2.128.978
Mato Grosso do Sul	156.426	72.024	353.479
Mato Grosso	200.117	90.648	475.548
Goiás	334.120	174.062	919.608
Distrito Federal	131.767	74.315	380.343

ESTADOS E REGIÕES	15 a 17 anos	18 a 19 anos	20 anos ou mais	TOTAL
BRASIL	10.637.612	6.841.357	144.313.404	204.860.101
Região Norte	1.088.544	645.391	11.112.198	17.523.777
Rondônia	108.613	55.388	1.185.020	1.772.941
Acre	57.810	32.066	482.817	806.382
Amazonas	232.381	153.934	2.423.456	3.952.460
Roraima	32.448	19.842	310.998	508.736
Pará	521.551	307.941	5.224.816	8.192.970
Amapá	48.879	27.586	468.212	770.903
Tocantins	86.862	48.634	1.016.879	1.519.385
Região Nordeste	3.250.373	2.043.647	38.076.667	56.640.710
Maranhão	452.479	248.035	4.222.594	6.910.367
Piauí	195.319	110.888	2.121.451	3.206.665
Ceará	489.488	329.941	6.139.762	8.923.524
Rio Grande do Norte	177.325	125.751	2.380.789	3.450.361
Paraíba	208.798	132.518	2.727.382	3.976.321
Pernambuco	519.331	348.625	6.435.915	9.359.494
Alagoas	199.472	122.073	2.219.259	3.344.961
Sergipe	131.237	92.387	1.496.050	2.248.682
Bahia	876.924	533.429	10.333.465	15.220.335
Região Sudeste	4.116.671	2.765.427	62.788.055	85.916.158
Minas Gerais	1.067.854	694.721	15.083.405	20.899.890
Espírito Santo	187.709	118.128	2.828.137	3.938.764
Rio de Janeiro	791.803	521.871	12.246.231	16.577.749
São Paulo	2.069.305	1.430.707	32.630.282	44.499.755
Região Sul	1.403.795	881.019	21.493.741	29.290.154
Paraná	558.157	359.969	8.056.141	11.186.588
Santa Catarina	322.451	215.694	5.061.792	6.838.878
Rio Grande do Sul	523.187	305.356	8.375.808	11.264.688
Região Centro-Oeste	778.229	505.873	10.842.743	15.489.302
Mato Grosso do Sul	125.042	87.481	1.864.650	2.659.102
Mato Grosso	160.697	112.536	2.234.543	3.274.089
Goiás	331.852	207.522	4.663.687	6.630.851
Distrito Federal	160.638	98.334	2.079.863	2.925.260



Av. Santo Amaro, 1.386 • 1º andar
Vila Nova Conceição • 04506-001 • São Paulo/SP
55 11 3848-8799

www.fadc.org.br

