



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

TCHERNO AMADÚ BÁ

A POLÍTICA DE DESNUTRIÇÃO INFANTIL NO SETOR
AUTÔNOMO DE GUINÉ BISSAU

Área I – EPIDEMIOLOGIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Linha 3: Saúde materno-infantil

FORTALEZA

2026

TCHERNO AMADÚ BÁ

**A POLÍTICA DE DESNUTRIÇÃO INFANTIL NO SETOR
AUTÔNOMO DE GUINÉ BISSAU**

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como partes dos requisitos para obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de concentração. Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite

Área I – EPIDEMIOLOGIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Linha 3: Saúde materno-infantil

FORTALEZA

2026

TCHERNO AMADÚ BÁ

**A POLÍTICA DE DESNUTRIÇÃO INFANTIL NO SETOR
AUTÔNOMO DE GUINÉ BISSAU**

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como partes dos requisitos para obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de concentração. Saúde Coletiva.

Aprovado em: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Márcia Tavares Machado (Membro Interno)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral (Membro Externo)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Ana Valeska Siebra e Silva (Membro Externo)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

RESUMO

Introdução. A desnutrição infantil constitui grave problema de saúde pública, especialmente em países de baixa renda como a Guiné-Bissau, onde a instabilidade política crônica e a pobreza estrutural comprometem o desenvolvimento de políticas efetivas de proteção à infância. **Objetivo.** Descrever a política de nutrição infantil na Guiné-Bissau desenvolvida nos anos de 2020-2024. **Metodologia.** Trata-se de pesquisa documental e bibliográfica, com análise de documentos relativos às políticas de saúde da Guiné-Bissau e do Brasil, complementada por diário de campo realizado no Instituto da Primeira Infância (IPREDE), em Fortaleza, Ceará. A coleta de dados empíricos incluiu entrevistas semiestruturadas com famílias de crianças em acompanhamento por desnutrição infantil, permitindo triangulação entre evidências documentais e experiências vividas. **Resultados.** A análise identificou quatro categorias temáticas: prevalência e perfil epidemiológico da desnutrição infantil, com 28% de desnutrição crônica e 6,5% de desnutrição aguda na Guiné-Bissau; impacto da instabilidade política na implementação de programas sociais; cobertura de agentes comunitários de saúde e proteção social; e análise comparativa com as políticas brasileiras, evidenciando a efetividade do Programa Bolsa Família e da Estratégia Saúde da Família na redução do agravo. **Considerações finais.** A desnutrição infantil permanece significativa nos dois países, demandando ampliação de políticas públicas intersetoriais, realização de estudos epidemiológicos sistemáticos e fortalecimento dos programas de proteção social, com especial atenção ao contexto guineense, onde a cooperação internacional representa pilar fundamental para o enfrentamento do agravo.

Palavras-chave: Saúde da Criança; Desnutrição; Saúde pública; Políticas Públicas.

ABSTRACT

Introduction. Child malnutrition is a serious public health problem, especially in low-income countries like Guinea-Bissau, where chronic political instability and structural poverty hinder the development of effective child protection policies. **Objective.** To describe the child nutrition policy in Guinea-Bissau developed between 2020 and 2024. **Methodology.** This study involved documentary and bibliographic research, analyzing documents regarding health policies in Guinea-Bissau and Brazil, complemented by field notes from the Institute for Early Childhood (IPREDE) in Fortaleza, Ceará. Empirical data collection included semi-structured interviews with families of children being treated for malnutrition, allowing for triangulation between documentary evidence and lived experiences. **Results.** The analysis identified four thematic categories: the prevalence and epidemiological profile of child malnutrition (showing 28% chronic malnutrition and 6.5% acute malnutrition in Guinea-Bissau); the impact of political instability on the implementation of social programs; the coverage of community health workers and social protection; and a comparative analysis with Brazilian policies, highlighting the effectiveness of the Bolsa Família Program and the Family Health Strategy in reducing this health issue. **Final considerations.** Child malnutrition remains a significant issue in both countries, requiring the expansion of intersectoral public policies, systematic epidemiological studies, and the strengthening of social protection programs—with particular attention to the context of Guinea-Bissau, where international cooperation is a fundamental pillar in addressing this problem.

Keywords: Child health; Undernutrition; Public health; Public policy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Contextualização	8
1.2 O problema da desnutrição em Guiné-Bissau.....	10
1.3 Nutrição e desenvolvimento infantil.....	12
1.4 Conceituação da desnutrição infantil.....	15
1.5 Justificativa.....	18
1.6 Problema de pesquisa e questões orientadoras	19
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivos específicos	21
3 METODOLOGIA.....	22
3.1 Estudo documental e bibliográfico	22
3.2 Parte documental e bibliográfica: Guiné-Bissau	23
4 RESULTADOS	26
4.1 Baixo peso ao nascer	26
4.2 Desnutrição aguda infantil.....	27
4.3 Desnutrição crônica infantil.....	28
4.4 Taxa de aleitamento materno exclusivo.....	28
4.5 Taxa de mortalidade por doenças preveníveis por imunização	29
4.6 A diarreia.....	30
4.7 Taxa de mortalidade infantil	31
4.8 Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	32
5 DIÁRIO DE CAMPO.....	35
6 DESNUTRIÇÃO E POLÍTICA DE SAÚDE INFANTIL NA GUINÉ-BISSAU E BRASIL	37
6.1 O setor da saúde da Guiné-Bissau.....	37
6.2 Desnutrição infantil na Guiné-Bissau	38

6.3 Políticas Públicas para a saúde materno infantil em Guiné-Bissau.....	42
6.4 Cobertura de Programa Saúde da Família	46
6.5 Cobertura da população com políticas de transferência de renda.....	48
7 DESNUTRIÇÃO E POLÍTICA DE SAÚDE INFANTIL BRASIL.....	51
7.1 Desnutrição infantil no Brasil.....	51
7.2 Baixo peso ao nascer	56
7.3 Desnutrição crônica infantil no Brasil	58
7.4 Taxa de aleitamento materno exclusivo no Brasil	61
7.5 Taxa de mortalidade por doenças preveníveis por imunização	64
7.6 Taxa de mortalidade infantil no Brasil.....	66
7.7 Disparidades regionais e socioespaciais	67
7.8 Políticas Públicas materno infantil no Brasil	69
7.9 Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil	75
7.10 Cobertura de Programa Saúde da Família no Brasil.....	76
7.11 Cobertura da população com políticas de transferência de renda.....	78
7.12 Discussão: análise comparativa	80
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERENCIAS	84
APÊNDICE A - ENTREVISTAS.....	89

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

O foco dessa dissertação é a saúde das crianças em Guiné-Bissau, particularmente o problema da desnutrição infantil, que é um dos principais temas de saúde das crianças em âmbito nacional e internacional. Essa condição clínica tem como consequência um impacto negativo no crescimento, desenvolvimento cognitivo e físico das crianças.

A desnutrição é um problema de saúde pública que se manifesta por uma condição clínica que resulta da deficiência no consumo de alimentos. A característica mais frequente da desnutrição é sua natureza aguda, que se manifesta através de baixo peso para idade; a forma crônica se manifesta por estatura baixa para idade. Ambas representam as formas mais frequentes de desnutrição (Djassi; Souza; Pereira, 2020).

Ainda que as principais causas da desnutrição infantil nas crianças de 0 a 5 anos na Guiné-Bissau possam estar associadas à insegurança alimentar no país, estão incluídas também a ausência de mecanismos básicos para assistência social às populações mais carentes. As sucessivas instabilidades políticas e militares afetaram o investimento em programas de assistência social implementados com o intuito de reduzir a desnutrição infantil no país (Djassi; Souza; Pereira, 2020).

Sendo assim, a presente dissertação aborda a questão da desnutrição infantil na Guiné-Bissau. Neste país, 72% dos habitantes vivem na zona rural e dependem de agricultura ou pesca como forma de sobrevivência. O país ocupa o 178.º lugar num total de 188 países e apresenta um produto interno bruto per capita dos mais baixos do mundo. A pobreza e o baixo desenvolvimento da Guiné-Bissau estão relacionados com a instabilidade política que o país sofre desde sua independência em 1974. A taxa de mortalidade infanto-juvenil neste país é elevada (89 por 1.000 nascidos vivos), o que é, em parte, atribuída à alta taxa de desnutrição infantil (Preto *et al.*, 2016).

A Guiné-Bissau situa-se na costa ocidental do continente africano. Caracterizada por uma grande diversidade étnica, possui uma população aproximada de 1.600.000 habitantes e uma extensão territorial de 36.125 km² (INE, 2009). O território compreende cerca de 280 km de comprimento, com numerosos estuários, entre os quais se destacam os dos rios Cacheu, Geba, Chacine, Mansoa, Corubal e Tombali, além de muitos canais, alguns navegáveis por embarcações de grande porte (Silva *et al.*, 1991). Faz fronteira com Senegal (ao norte) e com Guiné-Conacri (a leste e ao sul). 22% da superfície constituem zonas fluviais, com numerosas ilhas ao longo da costa bastante recortada. Na parte continental, a extensão máxima é de 300 km e a maior largura de 250 km. A região apresenta abundante floresta

hidrófila, regiões pantanosas e manguezais, os quais estão sob a influência dos mares de grandes amplitudes, podendo a entrada de águas marinhas ultrapassar 100 km no interior (Reinner, 2002).

O país conta com o Arquipélago dos Bijagós, composto por diversas ilhas de origem vulcânica e uma elevada diversidade de habitats marinhos, o que oferece condições propícias para abrigar uma vasta gama de crustáceos, moluscos e peixes (Claude, 1992). A plataforma continental abrange aproximadamente 15.000 km², estendendo-se a sudeste do arquipélago. Ao longo desta delimitam-se três áreas de pesca principais. A primeira faixa compreende profundidades inferiores a 10 m, com cerca de 200 km² de extensão, acessível a pirogas e embarcações artesanais. A segunda faixa situa-se entre 10 e 20 m de profundidade, onde opera a maioria das frotas estrangeiras. A terceira zona localiza-se entre 20 e 200 m, caracterizada por fundos irregulares e abundantes recursos pesqueiros (Reinner, 2002). Localizado entre as latitudes 10° N e 12° N, o país possui uma fachada marítima de aproximadamente 90 milhas náuticas (cerca de 167 km), orientada no sentido noroeste-sudeste. O clima é definido por duas estações predominantes: a chuvosa, de maio a outubro, e a seca, de novembro a abril.

A Guiné-Bissau depende fortemente da agricultura e da pesca, que representam cerca de 62% do PIB. O país exporta peixe e mariscos, bem como amendoim, sementes de palma e produtos de atividades extrativas florestais, alcançando o sexto lugar na produção mundial de castanha de caju. O arroz é uma comida típica e o cereal de maior produção. O turismo também se constitui como uma aposta crescente do país, conforme constatado em fontes oficiais (Bissau, 2021).

O país detém um patrimônio cultural rico e diversificado, onde as singularidades étnicas e linguísticas resultaram em uma vasta gama de expressões artísticas, especialmente na tradição musical. A dança destaca-se como a expressão máxima da identidade dos diversos grupos étnicos. Entre os povos animistas, sobressaem as coreografias elaboradas e as manifestações culturais que acompanham momentos cruciais da vida social, como colheitas, casamentos, ritos de iniciação e cerimônias fúnebres. No cenário musical, o *gumbé* consolida-se como o estilo mais popular e emblemático da nação.

A língua oficial é o português. O crioulo, uma simbiose das línguas autóctones e o português, constitui a língua de comunicação oral mais utilizada no país, apesar de não ter uma forma escrita oficialmente aprovada. Configura-se como o idioma mais veiculado em toda a extensão do território nacional, coexistindo com diversos dialetos correspondentes aos grupos étnicos existentes. A presença de tão grande diversidade étnica e linguística representa

um incontestável patrimônio étnico-cultural do país. Contudo, também constitui uma das grandes limitações na comunicação entre os profissionais de saúde e as populações para o bom desempenho das funções de prestação de serviços de saúde.

1.2 O problema da desnutrição em Guiné-Bissau

A desnutrição infantil é um problema grave na Guiné-Bissau, caracterizando-se pela ausência de nutrientes adequados para o crescimento e desenvolvimento infantil, resultando em problemas de saúde física e mental. Múltiplos fatores contribuem para a alta incidência dessa condição no país, incluindo pobreza generalizada, acesso limitado a alimentos nutritivos, falta de saneamento básico, cuidados de saúde inadequados e baixo conhecimento sobre práticas nutricionais apropriadas (UNICEF, 2022).

A pobreza constitui um fator determinante, pois muitas famílias carecem de recursos suficientes para garantir alimentação adequada aos filhos. A Guiné-Bissau figura entre os países com menor produto interno bruto do mundo, apresentando economia frágil e elevadas taxas de desemprego (Unicef, 2022; Pam, 2024).

Tabela 1 - Indicadores de pobreza por região e área de residência na Guiné-Bissau (%). Fortaleza-CE, 2026.

Região	Incidência (P0)			Profundidade (P1)			Severidade (P2)		
	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
Tombali	41,3	73,4	68,9	3,9	11,3	10,2	0,5	2,2	2,0
Quinara	12,8	61,5	51,6	1,2	9,6	7,9	0,2	1,9	1,6
Oio	24,8	76,0	68,2	2,3	11,8	10,3	0,3	2,3	2,0
Biombo	43,9	62,0	59,9	6,1	9,9	9,5	1,2	2,0	1,9
Bolama/Bijagós	18,9	84,0	65,9	1,7	17,3	12,9	0,2	4,0	3,0
Bafatá	13,6	42,8	37,2	1,4	5,1	4,4	0,2	0,9	0,7
Gabu	12,6	47,8	39,9	1,2	6,1	4,9	0,2	1,1	0,8
Cacheu	13,2	61,1	50,7	1,2	8,7	7,1	0,2	1,7	1,4
SAB (Bissau)	2,6	-	2,6	0,3	-	0,3	0,0	-	0,0
Total Nacional	8,4	60,3	39,9	0,9	8,8	5,7	0,1		

Fonte: UNICEF, 2022

O acesso limitado a alimentos nutritivos configura-se como um desafio significativo. A agricultura na Guiné-Bissau caracteriza-se pelo sistema de subsistência, sendo sua produção afetada pela instabilidade política, variações climáticas adversas e infraestrutura inadequada. Consequentemente, muitas crianças não recebem a variedade de alimentos necessária para nutrição adequada (Pam, 2024).

Adicionalmente, a deficiência de saneamento básico representa um problema grave na Guiné-Bissau. A ausência de acesso à água potável e a instalações sanitárias adequadas contribuem para a propagação de doenças infecciosas, agravando a desnutrição e comprometendo o sistema imunológico das crianças (UNICEF, 2020).

O conhecimento insuficiente sobre práticas nutricionais também desempenha papel relevante. Frequentemente, as famílias desconhecem a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, da introdução adequada de alimentos complementares e dos cuidados nutricionais apropriados para lactentes e pré-escolares (UNICEF, 2022).

Organizações nacionais e internacionais implementam iniciativas para combater a desnutrição infantil na Guiné-Bissau, mediante ações de melhoria da segurança alimentar, fortalecimento dos sistemas de saúde, fornecimento de suplementos nutricionais, ampliação do acesso à água potável e sensibilização sobre práticas nutricionais apropriadas (UNICEF, 2022).

Contudo, o enfrentamento dessa problemática constitui desafio complexo que demanda investimentos contínuos em melhorias econômicas, educação, infraestrutura e governança para a resolução efetiva da desnutrição infantil no país.

O combate à desnutrição infantil representa papel fundamental para os profissionais das equipes de saúde da família na promoção da saúde e prevenção de agravos. Destaca-se que, nos últimos anos, a prevalência de desnutrição infantil vem apresentando redução gradual no país; contudo, é necessário manter sistema vigilante e operacional para prevenção de complicações e recuperação de crianças desnutridas antes de danos irreparáveis (DRPPMS, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde Pública (2023), aproximadamente 27% das crianças de 0 a 5 anos apresentam desnutrição crônica. Ainda conforme essa mesma fonte, essa realidade não se distribui de forma homogênea entre as regiões. As regiões de Bafatá e Gabú apresentam as piores condições, com maior número de crianças desnutridas.

As principais ameaças ao desenvolvimento futuro das crianças incluem malformações congênitas, doenças hereditárias, pobreza, condições sociais inadequadas e implementação ineficiente de políticas de saúde preventiva, fatores que dificultam a reintegração familiar e o desenvolvimento de uma vida saudável. Entre os fatores que podem contribuir para o retardamento do desenvolvimento neuromotor, destacam-se a encefalopatia hipóxico-isquêmica, a desnutrição, causas genéticas, síndromes diversas, macro e microcefalia, kernicterus, hemorragia periventricular, toxoplasmose congênita, bem como etiologias multifatoriais e idiopáticas (Fragas, Varela, 2012).

Na sociedade guineense, observa-se que a prevalência de desnutrição na infância repercute diretamente na vida adulta. Essas deficiências nutricionais manifestam-se tardiamente por meio de deficiências cognitivas, comprometimento da memória e dificuldades acentuadas de aprendizagem, afetando o desenvolvimento humano e social do país.

1.3 Nutrição e desenvolvimento infantil

A nutrição desempenha papel fundamental na determinação da saúde ao longo da vida, inclusive no período intrauterino. O estado nutricional no início da vida pode alterar a programação metabólica e a composição corporal, sendo que os hábitos alimentares constituem elementos fundamentais nesse contexto. Tais hábitos são influenciados por múltiplos fatores, incluindo aspectos pessoais, familiares, escolaridade materna, estrato socioeconômico e ambiente cultural (Brasil, 2015).

Para avaliar a situação nutricional infantil, o acompanhamento do estado nutricional do lactente deve ser realizado por meio de medidas antropométricas de peso, comprimento e perímetro cefálico. Durante os primeiros seis meses de vida, o peso deve ser aferido mensalmente, possibilitando a detecção precoce de problemas nutricionais. Espera-se que a criança aos seis meses duplique o peso de nascimento e o triplique ao completar um ano. Em termos de comprimento, deve apresentar aumento de aproximadamente 55% em relação ao comprimento ao nascer (Brasil, 2015).

O aleitamento materno oferece múltiplos benefícios às crianças. Esta prática as protege contra desnutrição, doenças infecciosas e deficiências nutricionais, favorecendo a formação de vínculo entre mãe e filho. A longo prazo, associa-se à prevenção de obesidade, bem como ao desenvolvimento mental e psicomotor adequados. A amamentação está associada a melhoria em testes de inteligência até 30 anos após o nascimento, além de potencializar a capacidade educacional e a renda na idade adulta (Brasil, 2015).

Durante este período não se deve introduzir outros alimentos. A introdução precoce de alimentos e líquidos adicionais é desvantajosa, pois pode interferir na absorção de nutrientes importantes, como ferro e zinco, além de aumentar o risco de doenças infecciosas, como diarreias e pneumonias, bem como de alergias e dermatites atópicas (Brasil, 2015).

A qualidade da alimentação na infância interfere de forma decisiva no padrão de crescimento e no desenvolvimento infantil. O acompanhamento nutricional, associado a outros indicadores de saúde, configura-se como instrumento relevante para avaliar a qualidade da saúde infantil e refletir o desenvolvimento social e econômico do país (Batista Filho, 1992).

As crianças necessitam de consumo adequado de energia e nutrientes, devem estar livres de doenças e receber cuidados apropriados a sua idade. É consenso mundial que o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida constitui a forma mais segura de alimentar crianças, oferecendo proteção contra morbidade e mortalidade. Por esse motivo, é fundamental que os profissionais de saúde da atenção básica se mantenham engajados nas estratégias estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) relativas à alimentação na primeira infância. A introdução precoce de outros alimentos pode provocar diarreias, infecções respiratórias e desnutrição. Destaca-se que os principais fatores que interferem no desenvolvimento infantil associam-se às condições de vida precárias, insegurança alimentar familiar, baixa escolaridade dos pais e acesso inadequado a serviços de saúde de qualidade (Batista Filho; Bleil; Eysden, 1989).

A prevenção constitui estratégia essencial para manter o equilíbrio e garantir alimentação saudável das crianças. A prevenção na área de saúde, considerando suas implicações com políticas e programas, objetiva o controle da desnutrição energética-protéica (DEP). Sob perspectiva reducionista, considera-se a eficiência das intervenções propostas conforme a lógica e a experiência de países desenvolvidos. Reconhece-se o caráter conjuntural das medidas setoriais de saúde, assumindo-se a abordagem holística como a mais válida e legítima para fundamentar programas de prevenção da DEP em países em desenvolvimento (Batista Filho; Bleil; Eysden, 1989).

Após os seis meses, as crianças devem continuar recebendo leite materno até os dois anos, associado a alimentação complementar diversificada, incluindo cereais, legumes, tubérculos, carnes, frutas e verduras. Nesta fase, a criança apresenta reflexos deglutitivos adequados, sustenta a cabeça com mais firmeza e inicia a erupção dos primeiros dentes. Começam a estabelecer-se as preferências alimentares e o paladar, elementos importantes para o crescimento saudável e desenvolvimento pleno. A alimentação complementar deve suprir adequadamente as necessidades de energia e micronutrientes (Marques; Rodrigues; Pinho, 2023).

Em 2007, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu oito indicadores principais e sete opcionais para avaliação das práticas de alimentação infantil em crianças menores de dois anos, com o intuito de padronizar e garantir comparabilidade entre estudos de diversos países. As evidências e estratégias relatadas conduzem à reflexão sobre a necessidade de estimular profissionais de saúde a construir estratégias educativas em alimentação e nutrição viáveis no cotidiano de trabalho, traduzidas e adaptadas ao contexto local, em colaboração com

a comunidade para promoção do bem-estar social (Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2015).

A alimentação e a nutrição adequadas na infância constituem fundamentos para sobrevivência, crescimento e desenvolvimento infantil, com implicações em etapas posteriores da vida. Por essas razões, são consideradas prioridades nas agendas nacionais e internacionais de políticas públicas de saúde e proteção à infância, estando entre as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Contudo, aproximadamente uma em cada cinco crianças menores de cinco anos é afetada por uma ou mais formas de má nutrição, incluindo desnutrição, excesso de peso e deficiências de micronutrientes. Apesar de a situação nutricional infantil global ter melhorado, ainda existe grande número de crianças sem acesso a alimentação e nutrição adequadas, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade social (Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2015).

A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para promoção e proteção da saúde, possibilitando o desenvolvimento pleno do potencial de crescimento e desenvolvimento humano. Estes direitos estão consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos e foram posteriormente reafirmados no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), sendo incorporados à legislação nacional em 1992 (Kac; Castro; Lacerda, 2023).

Análise realizada pela Fundação Oswaldo Cruz sobre a prática do aleitamento materno e a economia familiar revelou que, se todas as crianças nascidas em 1995 tivessem recebido aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, teriam sido economizados 423,8 milhões de litros de leite, correspondendo a um custo superior a 200 milhões de dólares. Se as práticas de aleitamento materno atendessem às recomendações, além dos benefícios incalculáveis para saúde, nutrição e bem-estar infantil, a despesa das famílias com crianças em idade de amamentação seria significativamente reduzida (Alves; Farias, 2010).

Existem evidências robustas de que deficiências de crescimento na infância associam-se a maior mortalidade, excesso de doenças infecciosas, comprometimento do desenvolvimento psicomotor, menor aproveitamento escolar e menor capacidade produtiva na idade adulta. Pelas essas razões e pela íntima relação com pobreza, a redução à metade da prevalência de deficiências de crescimento em crianças menores de cinco anos constitui uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, assumidas pelas Nações Unidas em 2000 (Macedo *et al.*, 2008).

Os principais problemas relacionados à introdução inadequada de alimentação complementar incluem anemia, excesso de peso e desnutrição. Desde o início, a alimentação

salgada deve apresentar consistência pastosa, com densidade mínima de 70 kcal/100 ml, para evitar déficit energético. Recomenda-se o uso de papas de frutas em detrimento de sucos e sopas, pelos serem muito diluídos. Deve-se evitar o consumo de alimentos ricos em açúcar, sal e gordura, como frituras, alimentos enlatados, salgadinhos, refrigerantes, biscoitos recheados, sucos industrializados, gelatinas, balas e açúcar adicionado (Vitolo *et al.*, 2005).

1.4 Conceituação da desnutrição infantil

A discussão sobre desnutrição revelou múltiplos problemas relacionados à alimentação e nutrição inadequadas. Conforme informações da Unicef (1998), nos países em desenvolvimento, aproximadamente 55% das mortes infantis associam-se à desnutrição, demonstrando a gravidade dessa condição mórbida apesar dos progressos alcançados na redução de sua prevalência. Além da mortalidade, a desnutrição energética-protéica (DEP) agrava outras doenças, prolonga internações e resulta em sequelas para o desenvolvimento mental (Ministério da Saúde, 2006).

O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI, 2019) estruturou três eixos temáticos: aleitamento materno e consumo alimentar, antropometria e estado de micronutrientes. O objetivo foi avaliar as práticas de aleitamento materno, alimentação complementar, consumo alimentar, estado nutricional e epidemiologia das deficiências de micronutrientes entre crianças brasileiras menores de cinco anos, considerando as macrorregiões do país e faixas etárias. A amostra compreendeu 12.545 domicílios e 14.558 crianças e suas mães biológicas, residentes em 123 municípios.

A desnutrição constitui forma de má nutrição que engloba não apenas a nutrição insuficiente, mas também a nutrição excessiva. Pode resultar de ingestão inadequada de nutrientes, má absorção intestinal, metabolismo prejudicado ou perda de nutrientes por diarreia. Adicionalmente, o aumento das necessidades nutricionais durante períodos de crescimento rápido também contribui para seu desenvolvimento (Bhupathiraju, Hu, 2023).

A desnutrição crônica pode ser considerada como algo que ocorre a uma deficiência de um longo prazo na ingestão de calorias e alguns nutrientes essenciais, no qual se torna quantidade insuficiente para poder atender as necessidades nutricionais das pessoas. por isso é considerado que a desnutrição progride em estágios, e se desenvolve lentamente no momento que ocorre devido à anorexia e muito rapidamente, mas também como muitas das vezes ocorre quando ela é decorrente de caquexia relacionada a câncer que pode avançar rapidamente. por outro lado, em primeiro lugar faz as alterações dos níveis séricos e teciduais de nutrientes, e seguindo as alterações intracelulares em função bioquímicas e estruturais, neste caso os sinais e os sintomas aparecem, e o diagnóstico se baseia na anamnese no exame físico assim como na análise de composição corporal e em várias vezes em exames laboratoriais (Bhupathiraju, Hu, 2023).

O impacto da desnutrição infantil na qualidade de vida é substancial, incluindo atraso no crescimento, comprometimento cognitivo, diabetes, osteoporose, doenças respiratórias crônicas e mortalidade infantil precoce. A desnutrição infantil afeta milhões de crianças globalmente, impactando principalmente as populações mais desfavorecidas do ponto de vista socioeconômico e educacional, especialmente em países em desenvolvimento. Dados epidemiológicos revelam que aproximadamente 149 milhões de crianças menores de cinco anos sofrem de desnutrição crônica em todo o mundo, com a maioria dos casos concentrada em países de baixa e média renda (Bhupathiraju, Hu, 2023).

O baixo peso ao nascer constitui indicador das condições intrauterinas e da desnutrição materna durante a gestação. A exposição à fome durante o período fetal causa alterações na expressão genômica, aumentando o risco de doença arterial coronariana, hipertensão, obesidade e diabetes na vida adulta. Portanto, o peso ao nascer representa importante indicador do estado nutricional fetal (Bhupathiraju, Hu, 2023).

A desnutrição constitui, em nível mundial, uma das principais causas de morte em crianças menores de cinco anos. A desnutrição aguda grave (DAG) afeta aproximadamente 20 milhões de crianças em idade pré-escolar, particularmente na África e Sudeste Asiático. Esta condição compromete o crescimento e desenvolvimento infantil e contribui significativamente para mortalidade precoce. O risco de morte em crianças com DAG é aproximadamente dez vezes superior ao de crianças adequadamente nutridas. Crianças desnutridas apresentam dificuldades de aprendizagem e menor capacidade de desenvolvimento cognitivo, resultando em menor produtividade (Rito *et al.*, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define desnutrição aguda grave quando o Z-score de peso para altura é menor que -3 desvios-padrão (SD), segundo as curvas de crescimento de 2006 da OMS, com presença de edemas bilaterais e/ou perímetro braquial (PB) inferior a 115 mm. Ausência de desnutrição é definida como Z-score de peso para altura maior que -2 SD, com PB superior a 125 mm e ausência de edemas bilaterais. Foram excluídas do estudo crianças com malformações congênitas ou doenças crônicas (Rito *et al.*, 2016).

A desnutrição infantil resulta de múltiplas causas, incluindo falta de acesso a alimentos nutritivos, condições precárias de saneamento e higiene, doenças infecciosas e assistência médica inadequada. A deficiência de energia, proteínas e outros nutrientes causa efeitos adversos no crescimento, desenvolvimento, saúde cognitiva, funcional e psíquica da criança. A desnutrição infantil constitui um problema com repercussões que se estendem pela vida toda (Bentes, Cerqueira, 2023). É um estado patológico resultante da deficiência de nutrientes essenciais que impede o crescimento e desenvolvimento adequados, representando

importante desafio de saúde pública ao afetar o desenvolvimento físico e cognitivo das crianças (Costa *et al.*, 2024).

Crianças subnutridas durante a infância tendem a se tornar adultos com baixa estatura. Aproximadamente 70% do crescimento cerebral ocorre nos primeiros dois anos de vida. O sucesso do aleitamento materno constitui responsabilidade social e não deve ser atribuído exclusivamente às mulheres em contextos onde tal prática não é incentivada institucionalmente. É crucial contar com apoio de todos os setores sociais, incluindo família, comunidade, redes sociais, serviços de saúde e políticas públicas. Este objetivo demanda participação de toda a sociedade (Victora, 2022).

Victora (1992) identificou que as intervenções nutricionais realizadas nos primeiros mil dias de vida da criança produzem resultados mais significativos que intervenções posteriores. Observou que o custo-benefício é substancialmente maior quando a intervenção nutricional ocorre entre a gestação e os dois primeiros anos de vida, justificando investimentos contínuos em nutrição infantil para melhoria da saúde e capital humano do adulto.

A desnutrição causa diversas alterações fisiológicas tanto em crianças quanto em adultos. As consequências na infância incluem retardo do crescimento, perda muscular e anemia. No adulto, pode provocar perda de peso, fraqueza muscular, osteoporose, anemia, retardo no crescimento, comprometimento cognitivo e redução da capacidade de resolução de problemas, com alta incidência de infecções. Adicionalmente, afeta o sistema imunológico, alterando a função de leucócitos e a produção de anticorpos, tornando o indivíduo vulnerável a processos infecciosos (Silva *et al.*, 2023).

A desnutrição constitui condição patológica que afeta tanto crianças quanto adultos, ocorrendo predominantemente na infância. A deficiência se instala quando o organismo carece de nutrientes suficientes para manter suas funções vitais, causando diversos problemas de saúde, incluindo atraso do crescimento, problemas digestivos, aumento do risco de infecções, alterações cognitivas e sociais que podem conduzir à morte (Silva *et al.*, 2023).

Quanto à sua natureza multifatorial, diversos fatores socioeconômicos, educacionais, geográficos e culturais contribuem para o agravamento da desnutrição. As consequências imediatas incluem deficiências de macro e micronutrientes, frequentemente associadas a problemas de saúde de longo prazo, além de atrasos no crescimento e comprometimento cognitivo. A desnutrição aumenta significativamente a vulnerabilidade a doenças infecciosas, como a COVID-19 (Silva *et al.*, 2023).

Contudo, a prevalência de desnutrição reduziu-se substancialmente, declinando aproximadamente 50%, de 13,5% (intervalo de confiança 95%: 12,1%; 14,8%) em 1996 para

6,8% (5,4%; 8,3%) em 2006-2007. Dois terços dessa redução puderam ser atribuídos à evolução favorável de quatro fatores principais: 25,7% ao aumento da escolaridade materna, 21,7% ao crescimento do poder aquisitivo das famílias, 11,6% à expansão da assistência à saúde e 4,3% à melhoria das condições de saneamento. A manutenção desse resultado dependerá da continuidade de políticas econômicas e sociais que favoreçam o aumento do poder aquisitivo da população mais pobre e de investimentos públicos que viabilizem a universalização do acesso aos serviços essenciais de educação, saúde e saneamento (Monteiro *et al.*, 2009).

1.5 Justificativa

A seleção da cidade de Bissau não se justifica pela maior prevalência de crianças desnutridas, mas por abarcar o principal centro hospitalar de referência, para o qual são encaminhados casos de diferentes regiões do país. A escolha do tema, por sua vez, fundamenta-se na tentativa de compreender o papel das políticas sociais no desenvolvimento das sociedades guineenses.

Espera-se que este estudo contribua para o aprofundamento da literatura sobre o tema, bem como para a formulação de políticas sociais que orientem o sistema de saúde infantil guineense na redução da desnutrição no país. A relevância deste trabalho reside em seu potencial contributo para a solução de um problema que compromete o desenvolvimento cognitivo das crianças, afetando consequentemente a formação de futuros intelectuais capazes de conduzir o país ao progresso.

A realização de estudo desta envergadura é fundamental para fortalecer os setores de saúde e assistência à infância na Guiné-Bissau. A elaboração de políticas públicas eficazes pressupõe a atualização contínua de dados epidemiológicos e o mapeamento das necessidades essenciais da população. Nesse sentido, o investimento na saúde infantil revela-se estratégico para assegurar uma sociedade saudável, dotada das capacidades cognitivas necessárias para impulsionar o projeto de desenvolvimento social guineense. Como principal responsável pelo bem-estar social, o Estado está em posição de converter os resultados desta pesquisa em ações programáticas voltadas à reversão do quadro de desnutrição, gerando contribuições estruturais para o futuro do país.

O segundo capítulo concentra-se nos aspectos metodológicos adotados nesta pesquisa, com o objetivo de apresentar seu quadro teórico-metodológico. A estrutura organiza-se em três seções principais: a) breve revisão da literatura, caracterização do estudo e descrição dos procedimentos metodológicos; b) apresentação dos critérios que orientaram a elaboração

dos instrumentos de coleta de dados; e c) detalhamento do processo de tratamento e análise dos dados coletados.

O terceiro capítulo dedica-se à fundamentação teórica que orienta esta pesquisa, estabelecendo o suporte conceitual para análise da desnutrição infantil na Guiné-Bissau. Busca-se aprofundar o exame dessa problemática que impacta severamente a estrutura social do país, possibilitando compreensão crítica acerca das causas e consequências dessa condição no contexto guineense.

1.6 Problema de pesquisa e questões orientadoras

A desnutrição constitui um conjunto de condições que afetam crianças e adultos, geralmente relacionadas à má qualidade ou quantidade insuficiente de ingestão de nutrientes, à absorção inadequada ou à utilização deficiente. Implica também condições nas quais a dieta não contém o equilíbrio apropriado de nutrientes, podendo ser alta em calorias, mas deficiente em vitaminas e minerais. Indivíduos nesta categoria podem apresentar sobrepeso ou obesidade, mas ainda assim são considerados desnutridos, visto que desnutrição nem sempre implica baixo peso (Reis, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2015 a prevalência de desnutrição em todo o mundo era de 17,6%, com grande proporção da população desnutrida residente em países em desenvolvimento do sul da Ásia e da África Subsaariana. Adicionalmente, 29% apresentam retardo do crescimento devido à má nutrição (Reis, 2009).

As crianças da África, além de conviverem com guerras, conflitos, destruição e fome, sofrem significativamente com desnutrição. A ausência de aleitamento materno adequado e acesso limitado a alimentos nutritivos resulta em adoecimento infantil com risco de morte. As principais causas da desnutrição no continente incluem deficiência de nutrientes essenciais para o desenvolvimento infantil, pobreza, distribuição inadequada de alimentos, reforma agrária precária, falta de práticas de aleitamento materno e outras condições socioeconômicas adversas. A desnutrição leva as crianças à perda de peso e compromete a capacidade de combater infecções, resultando em elevadas taxas de mortalidade infantil no continente (OMS, FAO, 2014).

No caso específico da Guiné-Bissau, a desnutrição infantil em crianças de 0 a 5 anos é considerada problema preocupante para o sistema de saúde pública. Conforme dados do Ministério da Saúde, em crianças de 6 a 59 meses, identifica-se a prevalência de desnutrição nas seguintes formas: 27,4% apresentam retardo do crescimento (desnutrição crônica), 6,5% apresentam emaciação (desnutrição aguda) e 17,5% apresentam déficit

ponderal que reflete tanto desnutrição aguda quanto crônica (Smart, 2012). Observam-se grandes variações regionais, com as regiões de Gabú, Bafatá e Oio apresentando as maiores prevalências de desnutrição (Smart, 2012).

Dados do Inquérito MICS de 2010 revelaram taxa de 21% de prevalência de déficit ponderal no meio rural, comparada a 13% no meio urbano em nível nacional.

A avaliação do estado nutricional em mulheres de 15 a 49 anos não grávidas (Inquérito Smart, 2012) revelou coexistência de desnutrição e sobrealimentação (duplo fardo) em mulheres em idade reprodutiva. Por um lado, 11,3% das mulheres apresentam baixo peso e 0,9% apresentam magreza severa, caracterizando desnutrição ($IMC < 18,5$), com regiões de Gabú (16,5%), Oio (16,3%) e Bafatá (14,3%) mais afetadas. Por outro lado, 22,6% das mulheres apresentam estado nutricional indicativo de sobrealimentação ($IMC \geq 25$), sendo 14% com excesso de peso e 8,6% com obesidade ($IMC \geq 30$). Em Bissau, a capital, um terço das mulheres (33,8%) apresenta sobrealimentação, com 20,4% em excesso de peso e 13,4% com obesidade.

Esta contextualização do país objetiva informar o leitor sobre a realidade local, evidenciando sua diversidade cultural e os desafios na área da saúde pública. A dissertação estrutura-se em três capítulos. O primeiro apresenta as principais concepções teóricas sobre a contextualização do país pesquisado, abordando a situação geográfica da Guiné-Bissau, suas riquezas culturais, as especificidades de seus arquipélagos e as profundas transformações sociais decorrentes de conflitos históricos.

À luz do exposto, as questões que orientarão este estudo são:

a) Quais são as políticas implementadas pelo Estado guineense entre 2018 e 2024, a fim de reduzir a taxa de desnutrição infantil no Setor Autônomo de Bissau (SAB)?

b) Quais são as principais causas e os tipos de desnutrição infantil em crianças menores de cinco anos?

c) Quais são os programas de assistência social implementados pelos últimos governos visando reduzir a desnutrição infantil no país?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar a política de nutrição infantil na Guiné-Bissau desenvolvida nos anos de 2020-2024.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as políticas implementadas pelo Estado guineense com vista a reduzir a taxa de desnutrição infantil no Setor Autônomo de Bissau (SAB).
- Identificar as principais causas e tipos da desnutrição infantil nas crianças de 0 a 5 anos de idade.
- Descrever os programas de assistência social implementados nos últimos Governos no Setor Autônomo de Bissau com vista a reduzir a desnutrição infantil no país.

3 METODOLOGIA

3.1 Estudo documental e bibliográfico

Segundo May (2004), os métodos de pesquisa constituem importante componente das ciências sociais, funcionando como instrumento para promoção de seu desenvolvimento intelectual.

Para este estudo, foram adotadas como técnicas de coleta de dados a pesquisa documental e bibliográfica, visando mapear as produções teóricas sobre as temáticas investigadas. Objetiva-se construir base teórica sólida, compreender a complexidade da desnutrição infantil e sua interferência no desenvolvimento infantil, bem como relacionar desnutrição, fome, pobreza e desenvolvimento do país.

Conforme Godoy (1995), a análise documental, além de constituir procedimento de pesquisa com características específicas e finalidades próprias, pode ser utilizada como técnica complementar, permitindo validar e aprofundar dados obtidos por meio de outros procedimentos, como entrevistas, questionários e observação. O autor salienta que pesquisa científica realizada com base em documentos diversos requer atenção especial do investigador em três aspectos: a escolha dos documentos, o acesso a eles e sua análise. Ao selecionar documentos, o pesquisador deve considerar cuidadosamente os processos de codificação e análise dos dados. Para isso, é necessário manter o foco em aspecto determinado do estudo e compreender com profundidade a mensagem que os documentos transmitem.

Considerando a relevância da pesquisa documental, a análise documental constitui procedimento sistemático que inclui identificação, verificação e análise de documentos relacionados ao objetivo investigativo. Sua utilização favorece a observação do processo de maturação, bem como a evolução dos indivíduos. Esta abordagem pode ser aplicada a grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades e práticas.

É fundamental compreender que a função principal dessa análise é contextualizar eventos, situações ou momentos, permitindo ampliação de perspectivas em diferentes ambientes. Assim, deve-se extrair reflexão objetiva da fonte original, possibilitando localização, identificação, organização e análise das informações contidas nos documentos, constituindo processo sistemático de coleta, tratamento e análise de dados.

Neste trabalho, os dados coletados serão analisados de acordo com a relevância que apresentam. Após a coleta de materiais necessários, os dados serão organizados e avaliados conforme o problema proposto, visando responder às questões de pesquisa. Conforme as normas propostas por Gomes (1994), serão realizadas as seguintes etapas.

No primeiro passo, realiza-se a organização dos dados, consistindo no mapeamento de todos os dados obtidos mediante pesquisa bibliográfica, documental e de campo. No segundo passo, examinam-se as respostas de acordo com os objetivos, hipóteses e problemas. No terceiro passo, analisam-se os dados, comparando as respostas obtidas com os objetivos propostos pela pesquisa.

3.2 Parte documental e bibliográfica: Guiné-Bissau

De acordo com Oliveira (2008), a pesquisa bibliográfica constitui tipo de estudo e análise de documentos de natureza científica, cujo objetivo é o contato direto com documentos relacionados ao assunto em análise que já passaram por tratamento analítico. É fundamental que o pesquisador verifique se as fontes pesquisadas já são reconhecidas como de domínio público. A pesquisa bibliográfica caracteriza-se como técnica de estudo e análise de documentos científicos, tendo como objetivo o contato com documentos que já foram analisados e que constitui conhecimento disponível.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em materiais que já receberam tratamento científico, sendo realizada por meio de livros e artigos científicos. Pode-se desenvolver pesquisa exclusivamente a partir de fontes bibliográficas (Gil, 2002). As fontes bibliográficas são numerosas e podem ser classificadas como segue: obras literárias de leitura corrente; obras de divulgação; livros, dicionários informativos, enciclopédias, anuários e almanaques de referência; publicações de jornais e periódicos; revistas e impressos diversos (Gil, 2002). O livro constitui a fonte bibliográfica por excelência, podendo ser classificado como de leitura corrente ou de referência. Os livros de leitura abrangem diversos gêneros literários, tais como romances, poesias e peças teatrais, bem como obras de divulgação que fornecem conhecimento científico ou técnico.

As obras de referência, comumente designadas como instrumentos de consulta, destinam-se à obtenção célere de dados específicos ou à identificação de fontes primárias e secundárias. Sob a ótica funcional, subdividem-se em duas categorias distintas: as de natureza informativa, que fornecem diretamente o conteúdo solicitado (como enciclopédias e anuários), e as de natureza remissiva, cuja função primordial é orientar o pesquisador para outras fontes documentais (como bibliografias e índices) (Gil, 2002).

O termo "documentos" deve ser compreendido de forma ampla, incluindo jornais, revistas, diários, obras literárias, científicas e técnicas, cartas, memorandos, relatórios, dados estatísticos que registram de forma sistemática e regular diversos aspectos da vida social, bem como elementos iconográficos, tais como sinais, grafismos, imagens, fotografias e filmes.

Conforme Godoy (1995, p. 21-22), "tais documentos são considerados primários quando produzidos por pessoas que vivenciaram diretamente o evento estudado, ou secundários quando coletados por pessoas que não estavam presentes por ocasião de sua ocorrência".

De acordo com Godoy (1995), a análise documental, além de constituir procedimento de pesquisa com características específicas e objetos próprios de investigação, pode ser utilizada como técnica complementar, validando dados obtidos por meio de outros métodos, como entrevistas, questionários e observação. É fundamental destacar que pesquisa científica realizada com base em documentos diversos requer atenção especial do investigador em três aspectos: a seleção dos documentos, o acesso a eles e sua análise. Ao selecionar documentos, o pesquisador deve considerar cuidadosamente os processos de codificação e análise dos dados, mantendo o foco em aspecto determinado do estudo e compreendendo com profundidade a mensagem que os dados apresentam nos documentos. Considerando a relevância da pesquisa documental, verifica-se que a análise documental constitui procedimento sistemático que envolve identificação, verificação e análise de documentos que se relacionam com o objetivo investigado. Sua utilização favorece a observação do processo de maturação, bem como a evolução de indivíduos, podendo aplicar-se a grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades e práticas.

Conforme Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p. 14), o objetivo da pesquisa documental é gerar novos saberes, desenvolver novas maneiras de entender os fenômenos e revelar sua evolução. É possível qualificar como documento um relatório de entrevista ou anotações feitas durante observação. O documento pode ser entendido como qualquer suporte que contenha informação registrada, constituindo unidade que pode ser usada para consulta, estudo ou prova. Podem ser em forma impressa, filmada ou sonora, além de visual. Este panorama metodológico objetiva despertar a reflexão de estudantes, professores e pesquisadores que utilizam documentos como método investigativo para compreensão de seus objetos de estudo e problematização de suas hipóteses.

Em contrapartida, Antônio Carlos Gil (2002) considera a pesquisa documental semelhante à bibliográfica, mas diferenciada pelas fontes. A pesquisa documental é realizada com base em documentos originais que não passaram por processo analítico, podendo ser classificados em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas, tais como associações científicas, igrejas, sindicatos, partidos políticos, relatórios de empresas e tabelas estatísticas que já foram examinadas. Incluem-se também documentos como cartas pessoais, diários, fotografias, gravações, memórias, regulamentos e boletins.

Na primeira fase da pesquisa foi realizada coleta de dados bibliográficos e documentais por meio do levantamento de bibliografias publicadas que possuam relação com o tema a ser estudado. O objetivo desta técnica consiste em colocar o pesquisador em contato direto com os materiais produzidos sobre o tema, facilitando a busca de soluções e explorando áreas ainda com problemas não suficientemente delimitados (Marconi, 1986). Nesta fase, será realizado levantamento e análise de documentos e textos.

Na segunda etapa metodológica foi utilizado diário de campo. O levantamento de dados empíricos foi realizado no Instituto da Primeira Infância (IPREDE) com famílias com crianças que sofrem de desnutrição infantil, utilizando a entrevista como técnica de coleta de dados.

A entrevista foi semiestruturada, cujas principais características baseiam-se em roteiro que apresenta questões com respostas abertas, não previamente codificadas, nas quais o entrevistado pode discorrer livremente sobre o tema proposto, embora possam incluir-se questões com respostas previamente definidas, a fim de atender à problemática e aos objetivos da pesquisa (Cortes, 1998). Conforme May (2004), este tipo de entrevista permite que as pessoas respondam em seus próprios termos, oferecendo maior estrutura de comparabilidade que nas entrevistas focalizadas.

Conforme Flick (2009), nos últimos anos a entrevista vem sendo um dos métodos predominantes no campo das ciências sociais para coleta de dados, auxiliando no diagnóstico ou no tratamento de um problema social na pesquisa qualitativa (Marconi, 1986). A entrevista consiste fundamentalmente em um processo de interação social.

Esta metodologia possibilitou obtenção das respostas necessárias por meio do contato com as famílias encaminhadas ao IPREDE. Adicionalmente, permitiu observar a evolução das crianças com base nas técnicas utilizadas pelos profissionais de saúde nos serviços de tratamento, contribuindo para aprofundamento de conhecimento sobre as práticas de intervenção em casos de desnutrição infantil.

4 RESULTADOS

São apresentados a seguir dados e informações sobre indicadores relacionados à nutrição infantil e à saúde pública, incluindo: baixo peso ao nascer, desnutrição crônica infantil, taxa de aleitamento materno exclusivo, taxa de mortalidade por doenças preveníveis por imunização, taxa de mortalidade infantil, cobertura de agentes comunitários de saúde, cobertura do Programa Saúde da Família e cobertura da população com políticas de transferência de renda.

4.1 Baixo peso ao nascer

O baixo peso ao nascer está diretamente ligado ao estado nutricional e de saúde materno. Uma criança nascida com baixo peso, definido como peso inferior a 2.500 gramas independentemente da idade gestacional, apresenta riscos significativos para a saúde, sobrevivência e desenvolvimento psicossocial. A maioria dos bebês com baixo peso ao nascer (BPN) corre risco elevado de mortalidade nos primeiros dias de vida, sendo responsável por mais de 80% das mortes neonatais. Estudos recentes evidenciam ainda associação entre baixo peso ao nascer e aumento da mortalidade em adolescentes e adultos jovens (INEP, 2020).

O baixo peso ao nascer pode influenciar negativamente os indicadores de saúde, causando atraso no crescimento linear infantil e efeitos duradouros na vida adulta, incluindo comprometimento do desenvolvimento cognitivo, aumento do risco de doenças cardíacas, diabetes e hipertensão. Bebês nascidos com menos de 37 semanas de gestação geralmente apresentam nascimento prematuro e dispõem de menor tempo para crescimento e ganho ponderal intrauterino. A restrição do crescimento intrauterino, que ocorre quando o feto não se desenvolve adequadamente devido a problemas de saúde materna como desnutrição, disfunção placentária ou malformações congênitas, constitui causa frequente de baixo peso ao nascer. A baixa estatura e o baixo índice de massa corporal materno anterior à gravidez podem aumentar o risco de baixo peso ao nascer da criança, condição que pode ser reduzida por meio de intervenções nutricionais, incluindo suplementação com micronutrientes. Adicionalmente, fatores como tabagismo durante a gestação podem aumentar o risco de baixo peso ao nascer, especialmente em gestantes adolescentes e mulheres de grupos socioeconômicos desfavorecidos (INEP, 2020).

4.2 Desnutrição aguda infantil

Na Guiné-Bissau, a prevalência de desnutrição aguda global é de 6,5% (IC 95%: 5,2%-7,4%), situando o país na categoria de desnutrição grave conforme classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS). As diferentes regiões apresentam variações significativas na prevalência de desnutrição infantil. A região de Cacheu apresenta a menor prevalência, com 3,1%, seguida por Biombo (3,5%) e Tombali (3,6%). Entre as regiões mais afetadas, destacam-se Bafatá (9,3%), Oio (8,0%), Gabú (5,8%) e Bissau (6,7%), com desnutrição aguda grave (DAG) variando entre 5% e 10%. A desnutrição aguda severa apresenta prevalência inferior a 1% em todas as regiões, excetuando Oio, onde atinge 1,2%. Estimativas indicam que aproximadamente 14.666 crianças de 6 a 59 meses sofrem de desnutrição aguda no país, sendo 13.195 desses casos classificados como graves (Guiné-Bissau, 2013).

Ao analisar a prevalência de desnutrição infantil, Djassi, Sousa e Pereira (2020) avaliaram crianças de 0 a 5 anos utilizando diferentes índices antropométricos. De acordo com os parâmetros de peso-estatura, peso-idade e índice de massa corporal por idade (IMC-idade), a maioria das crianças apresentava desnutrição severa, com prevalências de 62%, 65% e 77%, respectivamente. As crianças foram diagnosticadas com desnutrição aguda severa conforme os critérios de Z-score do peso-estatura. Adicionalmente, dois terços das crianças apresentaram algum grau de desnutrição segundo os parâmetros de Z-score de peso-idade e IMC-idade (Djassi, Sousa, Pereira, 2020).

A avaliação dos parâmetros de Z-score de peso-idade, altura-idade e IMC-idade evidenciou altas prevalências de desnutrição, variando entre 65% e 100% no momento da admissão versus saída do programa. Resultados similares foram observados no parâmetro Z-score de perímetro braquial-idade, com 82% das crianças apresentando algum grau de desnutrição na admissão, aumentando para 100% na avaliação de saída. Para os parâmetros que refletem desnutrição tardia, crônica e mais grave, como altura e perímetro cefálico, as prevalências foram de 55% e 31%, respectivamente (Djassi, Sousa, Pereira, 2020).

As alterações do estado nutricional associam-se significativamente a mudanças nos parâmetros cardiovasculares, tais como redução da pressão arterial sistólica e aumento da frequência cardíaca, particularmente em indivíduos do sexo masculino. Avaliação inicial da população estudada revelou elevada proporção de crianças com peso inferior ao adequado para sua faixa etária (Dias, 2009).

4.3 Desnutrição crônica infantil

A desnutrição infantil pode ser classificada em duas formas principais. A desnutrição aguda está relacionada a processos patológicos recentes ou à falta temporária de alimentos, causando redução da massa gorda e muscular, resultando em peso inferior ao recomendado para a idade. A desnutrição crônica associa-se ao comprometimento do crescimento linear e desenvolvimento esquelético. Observa-se que meninos apresentam valores de pressão arterial sistólica e diastólica superiores aos de meninas, diferença atribuível a características inerentes ao sexo masculino, podendo estar relacionada ao estado nutricional e aos padrões de atividade física (Dias, 2009).

A desnutrição crônica global apresenta prevalência de 26,6% (IC 95%: 24,8%-28,4%). As prevalências regionais variam significativamente, de 16,0% em Bissau a 35,4% em Oio. O estado nutricional foi classificado em três categorias: regiões com situação moderada (16,0% em Bissau), regiões com prevalência entre 20% e 30%, indicando situação nutricional precária (Tombali 26,9%, Quinara 26,7%, Biombo 26,5%, Cacheu 26,2% e Bolama Bijagós 24,3%) e regiões críticas (Gabú 30,2%, Bafatá 30,2% e Oio 35,4%). Durante o período de janeiro a outubro de 2024, 776 crianças de 6 a 59 meses foram admitidas com desnutrição aguda grave (SAM, do inglês *Severe Acute Malnutrition*), das quais 640 foram tratadas com sucesso (Bissau, 2013, 2024).

A prevalência de desnutrição crônica em meninos é 1,2 vezes superior à de meninas, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Análise estatística revelou diferenças significativas entre sexos nas regiões de Tombali, Bolama Bijagós e Setor Autônomo de Bissau, embora com variações reduzidas entre essas regiões. Especificamente, em Tombali a incidência em meninos é 1,4 vezes maior, em Bolama Bijagós é 1,5 vezes maior e no Setor Autônomo de Bissau é 1,6 vezes maior que em meninas (Guiné-Bissau, 2013).

4.4 Taxa de aleitamento materno exclusivo

Nos estudos realizados pela autora, as mães que fazem parte da amostra realizam amamentação exclusiva dos filhos. No entanto, algumas delas são amamentadas exclusivamente ao seio. Conforme Biai (2023), o aleitamento exclusivo caracteriza-se como a alimentação do lactente realizada exclusivamente através do leite materno das mães para os filhos durante um período determinado, sem a ingestão de outros alimentos complementares. A amamentação proporciona múltiplos benefícios para a criança. reduz as taxas de morbidade e mortalidade dos bebês. diminui o risco de doenças alérgicas e infecciosas. minimiza cólicas e alergias. estimula o vínculo entre mãe e filho. reduz o sangramento pós-parto materno e acelera

a perda de peso. Estudos publicados na década de 1980 comprovam que o aleitamento materno exclusivo é fundamental, pois reduz o risco de morbidade até os seis meses de idade.

O aleitamento materno durante a infância aumenta a probabilidade de sobrevivência, promove crescimento saudável e desenvolvimento ótimo durante o período crítico que vai do nascimento até dois anos de idade. O aleitamento materno durante os primeiros anos de vida protege as crianças de infecções, fornece fonte ideal de nutrientes e promove ligação afetiva entre mãe e filho. No entanto, muitas crianças não usufruem do aleitamento materno iniciado precocemente nas primeiras horas de vida. Outras não recebem aleitamento materno exclusivo até os seis meses e não continuam o aleitamento materno até os 24 meses (Inquérito aos Indicadores Múltiplos, 2014).

A substituição do aleitamento materno por outros alimentos antes da idade apropriada pode resultar em atraso no crescimento, insuficiência de micronutrientes e riscos à saúde se não houver boas condições higiênicas, inclusive de água potável. Além do aleitamento materno continuado, a introdução de alimentos sólidos, semissólidos e moles adequados a partir dos seis meses gera melhores resultados na saúde e no crescimento, com potencial para prevenir o atraso no crescimento nos primeiros dois anos de vida (Inquérito aos Indicadores Múltiplos, 2014).

As crianças menores de dois anos apresentam mediana de 21,5 meses para qualquer aleitamento. Entre as crianças com menos de três anos, a duração média é de 21,6 meses para qualquer aleitamento, 2,7 meses para aleitamento materno exclusivo e 6,4 meses para aleitamento materno predominante. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é que o aleitamento materno perdure até os 24 meses ou mais. Observa-se que a duração mediana do aleitamento é mais prolongada em 2,7 meses na zona rural, registrando 22,5 meses contra 19,8 meses no meio urbano, e diminui conforme aumentam o nível de instrução materna e o nível econômico. A Província Leste apresenta expressiva duração mediana em aleitamento, com 23,3 meses, enquanto a região de Gabú apresenta a maior duração observada, atingindo 25,1 meses.

4.5 Taxa de mortalidade por doenças preveníveis por imunização

A mortalidade infantil continua sendo questão preocupante na sociedade guineense. As crianças continuam sofrendo com elevada morbidade e mortalidade, sendo 73% desta atribuída a doenças tratáveis. Mesmo com a expansão do acesso aos serviços essenciais de saúde, que reduziram a mortalidade infantil para metade entre 2011 e 2021 (de 169,1 para 74,3 óbitos por 1.000 nascidos vivos), as taxas de mortalidade ainda continuam elevadas comparadas

às de países de baixa renda, que registram 67,4 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Doenças como diarreia, sarampo, malária e infecção respiratória inferior, juntamente com causas neonatais, representam 73% de todos os óbitos infantis na Guiné-Bissau em 2021 (Banco Mundial, 2024).

No que concerne ao panorama epidemiológico e de morbidades analisados, as doenças neonatais apresentaram o índice mais expressivo, atingindo 182,2 casos. Em seguida, destacaram-se as infecções respiratórias inferiores com 54,9 casos, a desnutrição com 23,5 casos e a malária com 19 casos. Em patamares intermediários e aproximados, registraram-se HIV/SIDA (17,9 casos), tosse convulsa (17,6 casos), deficiência nutricional (13 casos), tuberculose (12,9 casos) e sarampo (11,3 casos). Por fim, o indicador mais baixo correspondeu à deficiência de tubo neural, quantificada em 10,3 casos.

A desnutrição infantil é causa subjacente da mortalidade em crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento. Crianças que sofrem desnutrição no início da vida apresentam maior probabilidade de atraso no crescimento, deficiência cognitiva e baixo desempenho escolar. De modo similar, pré-adolescentes com idade compreendida entre cinco e 14 anos morrem de doenças evitáveis por vacinação (Banco Mundial, 2024).

4.6 Diarreia

Conforme Blei, Francisco e Cordeiro (2025), a diarreia continua sendo a principal causa da mortalidade infantil na Guiné-Bissau, com taxa de letalidade de 3% entre crianças e adolescentes internados no país. A maior prevalência é detectada entre crianças menores de um ano, particularmente naquelas procedentes de zona rural, evidenciando a desigualdade social e territorial. Não apenas na Guiné-Bissau, mas em todos os países em desenvolvimento, aproximadamente 5 mil crianças menores de cinco anos morrem de diarreias, constituindo uma das principais causas de morbidade infantil em contextos com acesso precário a recursos básicos.

A doença diarreia permanece como uma das etiologias preponderantes de morbimortalidade infantil na Guiné-Bissau, apresentando taxa de letalidade de 3% entre a população infantojuvenil hospitalizada. Observa-se vulnerabilidade acentuada em lactentes menores de um ano e crianças procedentes de zonas rurais, evidenciando a persistência de profundas disparidades socioeconômicas e territoriais no acesso à saúde. Entre 2015 e 2016, o Hospital Nacional Simão Mendes registrou 1.306 internações por diarreia em um universo de 6.738 admissões pediátricas. No que tange ao perfil epidemiológico, o sexo masculino apresentou maior prevalência, representando 54% das internações. A letalidade específica foi de 3,4% para meninos e 2,5% para meninas. Embora a faixa etária de um a quatro anos tenha

concentrado a maioria das internações (70%) e dois terços dos óbitos, a maior gravidade clínica manifestou-se em meninos com um ano de idade, cuja letalidade atingiu 11,1%, representando risco de óbito 4,2 vezes superior ao do grupo pré-escolar (Blei; Francisco; Cordeiro, 2025).

4.7 Taxa de mortalidade infantil

Historicamente, o país tem apresentado indicadores críticos. Em 1999, estudos apontavam a Guiné-Bissau como detentora de uma das taxas de mortalidade infantojuvenil mais elevadas do globo, onde aproximadamente um terço das crianças falecia antes de completar cinco anos de vida. Dados desse período indicavam taxa de mortalidade de 218 óbitos por 1.000 nascidos vivos para menores de cinco anos e 135 por 1.000 nascidos vivos para lactentes menores de um ano. No que tange à mortalidade neonatal, registrou-se 55 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2006, evidenciando redução quando comparada a períodos anteriores. Paralelamente, a razão de mortalidade materna apresentava índices alarmantes, situando-se em 818 óbitos por 1.000.000 nascidos vivos no ano 2000 (Guiné-Bissau, 2006), refletindo as precárias condições de assistência à saúde reprodutiva no país.

A elevada taxa de mortalidade no país resulta de diversos fatores interrelacionados. destaca-se a posição secundária da mulher na sociedade guineense, caracterizada por falta de poder econômico, analfabetismo, pobreza, acesso limitado à informação e aos serviços de saúde nas zonas rurais, indisponibilidade de meios de transporte e comunicação, custos elevados, além da demora na tomada de decisão familiar para procurar atendimento no início do trabalho de parto. associam-se a esses fatores as inadequadas condições de Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência Básicos (CONUB) e Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência Completos (CONUC), decorrentes da falta de recursos materiais, medicamentos e pessoal qualificado (Guiné-Bissau, 2006). Conforme as métricas estabelecidas no anuário de 2022, a avaliação da taxa de mortalidade infantil é estratificada em três níveis de desempenho institucional, definidos pela frequência de óbitos a cada mil pessoas nascidas vivas. o primeiro nível, denominado Bons Progressos, compreende regiões ou períodos com taxa igual ou inferior a 29%. o segundo, classificado como Áreas a Melhorar, abrange indicadores situados entre 30% e 49%. Por fim, o Cenário de Lacunas Graves é identificado quando a mortalidade infantil atinge ou ultrapassa o limiar crítico de 50%. No contexto da Guiné-Bissau, a persistência de indicadores nesta última categoria evidencia a urgência de investigações estruturais nos sistemas de saúde primária e de assistência neonatal.

Tabela 2 – Taxa de mortalidade infantil na Guiné-Bissau (2000–2021). Fortaleza-CE, 2026.

Ano	Taxa	Ano	Taxa	Ano	Taxa	Ano	Taxa
2000	105,07	2006	85,54	2012	67,18	2018	54,80
2001	101,83	2007	82,17	2013	64,52	2019	53,32
2002	98,69	2008	78,93	2014	61,96	2020	51,87
2003	95,64	2009	75,82	2015	59,50	2021	74,30
2004	92,68	2010	72,82	2016	57,89	—	—
2005	89,04	2011	69,94	2017	56,33	—	—

Fonte: CIA World Factbook (2023).

Apresentam-se abaixo dados consolidados sobre a situação nutricional na Guiné-Bissau em 2025, fundamentados em relatórios recentes do Programa Mundial de Alimentos (WFP) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Tabela 3 - Indicadores Nutricionais (Estimativas 2025). Fortaleza-CE, 2026.

Indicador	Taxa	Grupo Afetado	Observações
Desnutrição Crônica (<i>Stunting</i>)	28%	Crianças < 5 anos	Atraso no crescimento por carência nutricional prolongada.
Desnutrição Aguda (<i>Wasting</i>)	5%	Crianças < 5 anos	Baixo peso para a altura; risco imediato de mortalidade.
Insegurança Alimentar Grave	11%	População Geral	Famílias com lacunas extremas no consumo de alimentos.
Incapacidade de Dieta Saudável	68%	População Geral	População que não consegue arcar com o custo de alimentos nutritivos.
Pobreza Multidimensional	64,4%	População Geral	Principal causa estrutural da fome no país.

Fonte: WFP; UNICEF, 2026.

4.8 Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde

A cobertura de agentes de saúde na Guiné-Bissau é pilar central para obter acesso a cuidados básicos, especialmente em zonas rurais onde a infraestrutura hospitalar é limitada. Atualmente, o país conta com 4.000 agentes comunitários de saúde atuando no nível rural. cada agente comunitário é responsável, em média, por 350 habitantes ou cerca de 50 agregados familiares. Os agentes comunitários realizam visitas domiciliares pelo menos duas vezes por mês (UNICEF, 2017).

A atuação desses agentes comunitários é crucial para reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil e materna no país. No que concerne ao tratamento de doenças, os agentes

de saúde são treinados para identificar e tratar as três principais causas de morte em crianças menores de cinco anos. malária, pneumonia e diarreia. No contexto nutricional, realizam medições para identificar casos de desnutrição aguda grave e garantem que as crianças recebam alimentação adequada ou sejam referenciadas para unidades hospitalares quando necessário. além disso, acompanham gestantes, realizam primeiro acompanhamento pré-natal e facilitam ligação entre as comunidades e os centros de saúde (UNICEF, 2017).

Recentemente, entre 2024 e 2026, o Banco Mundial implementou iniciativa de investimento no valor de 20 milhões de dólares para fortalecer serviços sociais, incluindo a implementação de estratégia nacional de saúde comunitária. Os agentes desempenham papel vital em campanhas móveis, como a de febre amarela realizada em maio de 2025, garantindo que vacinas gratuitas cheguem a populações isoladas. O projeto do PNUD e do Fundo Global (2024-2026) busca integrar o financiamento desses profissionais aos orçamentos locais para garantir a continuidade dos serviços (Guiné-Bissau, 2025).

O sistema de saúde comunitária da Guiné-Bissau passou por diversas fases de descontinuidade e reformulação. No entanto, com base em relatório do Ministério da Saúde Pública, UNICEF e dados recentes do Banco Mundial, é possível traçar a seguinte evolução do número de Agentes de Saúde Comunitária (ASC).

Tabela 4 – Evolução estimada dos Agentes de Saúde Comunitária (ASC). Fortaleza-CE, 2026.

Período / Ano	N.º Estimado de Agentes	Contexto e Observações
2001 – 2010	< 500	Fase de baixa formalização. Atuação pontual em projetos de ONGs sem política nacional clara.
2011 – 2016	~ 1.000	Início da Estratégia Nacional de Saúde Comunitária com foco em áreas rurais isoladas.
2017 – 2020	~ 2.500	Expansão impulsionada por programas de combate à Malária e Nutrição (SAM).
2021	500 (Retenção)	Queda drástica na retenção devido a dificuldades de financiamento (apenas 16% da meta).
2022	~ 1.200	Reativação gradual após a pandemia e novos aportes do Fundo Global.
2024	2.134	Consolidação da rede com apoio do UNICEF (69% da meta nacional alcançada).
2025	+ 4.000	Meta atual de cobertura plena para visitar todos os agregados familiares mensalmente.

Fonte: UNICEF Guinea Bissau Annual Report 2024.

Os pontos importantes para apontar aqui são a admissão e retenção de agentes. Um dos maiores desafios históricos tem sido a retenção. Em 2021, o país tinha meta de 3.075 agentes, mas apenas 500 encontravam-se ativos e retidos no sistema. O objetivo para 2025 é manter mais de 4.000 agentes, garantindo que cada um seja responsável por aproximadamente 350 habitantes (50 famílias). A instabilidade nos números entre 2001 e 2020 reflete a dependência de ciclos de financiamento externo. O novo projeto de investimento de 20 milhões de dólares para o período 2024-2026 visa estabelecer quadro estável de Agentes de Saúde Comunitária (UNICEF, 2017).

5 DIÁRIO DE CAMPO

Em 04 de fevereiro de 2025, iniciou-se estágio de docência sob supervisão do professor Álvaro Madeiro Leite. O estágio visa compreender a política nutricional infantil, desnutrição infantil e obesidade a partir do trabalho desenvolvido pela Organização Não-Governamental (ONG) denominada IPREDE (Instituto da Primeira Infância). Essa ONG foi fundada em 1986 com objetivo de enfrentar a desnutrição e posteriormente integrou-se ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em seguida, expandiu suas atividades para promover o desenvolvimento humano nos aspectos físico e psicológico das famílias nas primeiras fases da vida infantil. há quase 40 anos, portanto, o IPREDE desenvolve ações de extensão da Universidade Federal do Ceará, visando promover o desenvolvimento sustentável de famílias e suas crianças na primeira infância.

O IPREDE possui estrutura física adequada e conta com profissionais de diferentes áreas, como assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, médicos pediátricos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e fonoaudiólogos. Esses profissionais ampliam as possibilidades de atuação institucional nas seguintes áreas: musicoterapia, educação física, massoterapia, pedagogia, avaliação antropométrica e serviço social.

Durante este estágio, observou-se que o Programa Bolsa Família apresentou efeito benéfico sobre o bem-estar social das crianças e adultos atendidos pela instituição. todas as mães entrevistadas demonstraram que as melhorias na saúde dos filhos receberam contribuição do benefício recebido para aquisição de alimentos e outros itens essenciais à manutenção familiar (IPREDE, 2025).

No que concerne à pediatria, as consultas iniciam-se pela avaliação do peso e altura. Existe programa especializado em obesidade infantil que atende crianças de zero a 12 anos mensalmente, com encaminhamento para diferentes profissionais conforme necessidade.

Quanto à desnutrição infantil, o atendimento ocorre quinzenalmente, com objetivo de avaliar peso, altura, risco nutricional, relação peso-altura, peso-idade e índice de massa corporal (IMC) para idade. além disso, há protocolo estruturado com participação de assistente social, enfermeira, pediatra e nutricionista.

Do ponto de vista geral, o IPREDE desenvolve quatro programas: Conecta, Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento (PDC), desnutrição e obesidade. todos visam à melhoria da saúde infantil e materna, sendo estruturados em dois grupos de atendimento terapêutico.

Complementam as estratégias institucionais outras ações: Mundo Jade, Ateliê Criativo e práticas pedagógicas. As crianças são acompanhadas por profissionais capacitados

para abordagem das diferentes temáticas, com promoção de interação inclusiva e social através de musicoterapia, contando com participação das mães. Os atendimentos ocorrem em dois turnos: matutino (das 7h às 9h) e vespertino (das 9h às 11h), com ênfase na convivência coletiva.

6 DESNUTRIÇÃO E POLÍTICA DE SAÚDE INFANTIL NA GUINÉ-BISSAU E BRASIL

6.1 O setor da saúde da Guiné-Bissau

O setor de saúde guineense é caracterizado por acentuadas assimetrias regionais, rurais e urbanas, quer ao nível dos indicadores do estado de saúde da população, quer das infraestruturas de prestação de cuidados existentes, quer em termos dos recursos disponíveis.

Em termos de acesso ao sistema de saúde, mais de 40% da população vive a uma distância superior a 5 km das estruturas de prestação de cuidados primários de saúde mais próximas.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) guineense compreende três níveis: local, regional e central. Na base encontram-se as estruturas de iniciativas comunitárias (Unidades de Saúde de Base apoiadas por agentes de saúde comunitária e parteiras tradicionais), que constituem o maior número de estruturas de prestação de cuidados de saúde. No nível local, existem ainda os Centros de Saúde, cuja nomenclatura (A, B ou C) diferencia-os quanto à capacidade de intervenção (cuidados mais ou menos complexos, como cirurgias nos Centros de Saúde A). Esses centros classificam-se ainda em rurais e urbanos. Os Centros de Saúde são gerenciados pelas Equipes Técnicas e pelos Comitês de Gestão, e sua cobertura é ampliada através de equipes móveis da estratégia avançada.

No nível regional encontram-se os Hospitais Regionais, as Direções Regionais de Saúde e as Equipes Regionais de Saúde (ERS). Atualmente funcionam cinco hospitais regionais (Bafatá, Canchungo, Catió, Gabú e Mansoa). O nível regional é responsável pela análise da situação epidemiológica, elaboração de planos com previsão de recursos humanos, materiais e financeiros, programação anual e avaliação de resultados. A ERS supervisiona e acompanha a aplicação de normas e protocolos de tratamento nas estruturas de prestação de cuidados (hospitais regionais e Centros de Saúde).

No nível central estão o Ministério da Saúde Pública (MINSAP), as Direções, os Serviços, os Programas Nacionais, o Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM) e os centros de referência. A gestão de nível central é assegurada pelo MINSAP e pelas Direções de Serviço, sendo responsável pela definição de grandes orientações para o nível regional sobre prioridades nacionais, alocação de recursos financeiros e humanos, programação anual e avaliação de resultados.

O serviço público de saúde é complementado por setor privado lucrativo concentrado em Bissau, que compreende consultórios, clínicas com internamento, laboratórios

de diagnóstico e forte setor farmacêutico. Em 2007 identificaram-se em Bissau 28 estruturas de prestação de cuidados do setor privado lucrativo, entre as quais 14 clínicas (unidades com internamento) e 14 consultórios médicos simples. Entretanto, não há informações disponíveis sobre o escopo das atividades técnicas ou sobre o quadro de recursos humanos desses estabelecimentos.

Existem também estruturas privadas nas regiões, principalmente nas sedes regionais, onde médicos atuam concentrados em hospitais regionais. algumas destas estruturas realizam até intervenções cirúrgicas, enquanto outras funcionam como consultórios. há ainda postos médicos dirigidos por enfermeiros ou parteiras, legalmente autorizados a realizar circuncisões e outros tratamentos.

No setor privado não lucrativo atuam essencialmente missionários (Igreja Católica e Igreja Evangélica) e Organizações Não-Governamentais (ONG) nacionais e internacionais. Nestas estruturas existem relações regidas por protocolos de parcerias entre o MINSAP e as respectivas organizações. a maioria dos profissionais que trabalha nessas unidades é funcionária do MINSAP. contudo, os custos de funcionamento e manutenção são praticamente suportados pelas respectivas organizações (exemplo: centro de referência nacional de lepra de Cumura).

Além dos modelos de parceria existentes entre o MINSAP e organizações religiosas (Cáritas, Comunidade de Santo Egídio, Igreja Evangélica), funciona também modelo de contratualização no Hospital de Mansoa com ONG francesa. Este modelo permite que as ONG envolvidas contribuam diretamente como parceiras na construção de infraestruturas, na formação de pessoal técnico e no fornecimento de equipamentos e medicamentos. neste caso particular, o funcionamento do Hospital é sustentado pela receita gerada pela sua atividade de prestação de cuidados.

6.2 Desnutrição infantil na Guiné-Bissau

A situação nutricional na Guiné-Bissau revela uma prevalência preocupante de desnutrição infantil. Segundo dados disponíveis, 1,7% das crianças menores de cinco anos apresentam má nutrição aguda grave, enquanto 55% sofrem de má nutrição aguda moderada. Esses índices evidenciam um quadro crítico, especialmente quando considerado que 7,2% encontram-se abaixo do limite recomendado de 2% para países africanos. Quanto à desnutrição crônica, 40,9% das crianças é afetada, índice superior ao limite crítico de 30% estabelecido para outros países africanos, com 19,5% apresentando formas graves da condição.

A desnutrição constitui um grande desafio de saúde pública e associa-se diretamente à insegurança alimentar, caracterizada pela privação alimentar que resulta em cuidados de saúde inadequados, acesso limitado a água potável, ausência de saneamento básico e práticas inadequadas de alimentação infantil.

A pobreza e a desnutrição na Guiné-Bissau são agravadas pela insegurança alimentar crônica. O arroz permanece como principal alimento básico, e muitas famílias guineenses enfrentam dificuldades em complementar sua dieta com alimentos mais nutritivos. A situação se intensifica durante o período chuvoso, quando ocorrem aumentos significativos nos preços dos produtos de primeira necessidade. Conforme o Sistema de Monitoramento da Nutrição e Segurança Alimentar da Guiné-Bissau, 11% dos agregados familiares enfrentavam insegurança alimentar em 2015. Esse percentual varia substancialmente de acordo com a região: em algumas áreas, a insegurança alimentar afeta aproximadamente 51% das famílias.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatísticas Básicas da Guiné-Bissau (2014), a desnutrição constitui uma das principais causas de morte em crianças menores de cinco anos. O estudo identificou diversos fatores associados à desnutrição aguda grave em crianças com idade inferior a cinco anos internadas no Hospital de Cumura. A amostra foi composta por crianças menores de cinco anos hospitalizadas nos meses de abril e maio de 2014, com diagnóstico de Desnutrição Aguda Grave (DAG; Grupo A, $n = 52$).

Conforme relatado, da população estudada ($n = 104$), 41,3% das crianças eram do sexo feminino, com média de idade de $19,52 \pm 11,78$ meses. A análise das características dos grupos de estudo (A e B) não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($p = 0,842$) nem nas médias de idade ($p = 0,729$). Destaca-se uma maior incidência de crianças com DAG que possuem dois ou mais irmãos (Grupo A: 82,7%) em comparação com crianças não desnutridas (Grupo B: 67,3%), embora essa diferença não seja estatisticamente significativa ($p = 0,069$).

Quanto aos padrões alimentares, a análise entre os dois grupos revelou fatores estatisticamente significativos: a ausência de aleitamento materno exclusivo (Grupo A: 38,5%; Grupo B: 15,4%; $p = 0,008$); a oferta de refeições diversificadas (Grupo A: 65,4%; Grupo B: 25%; $p < 0,001$); e o baixo número de refeições diárias (≤ 3 refeições por dia – Grupo A: 75%; Grupo B: 51,9%; $p = 0,015$). A análise multivariada identificou como principais fatores associados à DAG o aleitamento materno exclusivo até os seis meses (OR = 0,305); a alimentação variada (OR = 0,305); e a idade do pai (OR = 1,042).

Outros aspectos da saúde infantil requerem atenção, pois impactam significativamente na desnutrição. A prevalência de insuficiência ponderal é de 19,4%, sendo

que 4% das crianças apresenta insuficiência ponderal grave. Estudos realizados nas regiões, com exceção do setor autônomo de Bissau, revelam que 5,4% das crianças sofrem de má nutrição aguda; 24,6% apresentam insuficiência ponderal; e 32,2% apresentam má nutrição crônica. Esse cenário resulta do atraso no início do aleitamento materno exclusivo, da descontinuidade desta prática até os seis meses e do desmame inadequado, aumentando a taxa de desnutrição em crianças menores de doze meses.

Na Guiné-Bissau, aproximadamente metade da população reside em áreas rurais, e 72% depende da agricultura ou da pesca como fontes primárias de subsistência, conforme demonstrado pelos índices de desenvolvimento humano. Assim, a pobreza e o baixo desenvolvimento do país vinculam-se à instabilidade política enfrentada desde sua independência em 1974. A mortalidade infanto-juvenil apresenta índices elevados (89 por 1.000 nascidos vivos), parcialmente justificada pela alta prevalência de desnutrição infantil.

A desigualdade na distribuição da desnutrição infantil entre diferentes regiões e níveis de renda é significativa na Guiné-Bissau. As taxas de nanismo entre os agregados familiares mais desfavorecidos (40,6%) são notavelmente superiores às das famílias mais ricas (17,8%). Apesar desses contrastes, as taxas de nanismo mantêm-se uniformemente elevadas nos três níveis mais baixos da renda. Nas famílias mais ricas, contudo, aproximadamente um quinto das crianças apresenta nanismo.

A deficiência prolongada e severa de vitamina A contribui para o aumento da mortalidade infantil, maior vulnerabilidade a doenças infecciosas como o sarampo e pode resultar em cegueira em crianças menores de cinco anos. Estimativas de 2014 indicam que aproximadamente 90% das crianças menores de cinco anos na Guiné-Bissau receberam duas doses de suplementos de alta potência de vitamina A. O país alcançou progressos notáveis na redução da deficiência de vitamina A ao longo da última década. A cobertura de vitamina A apresentou progresso significativo em comparação com as estimativas da Organização Mundial da Saúde para o período 1995-2005, que indicavam que aproximadamente 55% das mulheres grávidas da Guiné-Bissau sofriam de déficit crônico de vitamina A, índices que ultrapassavam a média regional. Esta representa uma vitória significativa em saúde pública, pois a administração de suplementos de vitamina A em doses bienais demonstrou redução de aproximadamente 23,30% no risco de morte em crianças de 6 a 59 meses.

Em 2024, observa-se prevalência mais acentuada de desnutrição nas regiões do país em comparação com a capital. Pesquisas realizadas pelo SMART (2023) sobre o estado de saúde de crianças menores de cinco anos indicam que algumas áreas enfrentam situações mais

críticas. A desnutrição apresenta quadro mais grave nas regiões, resultando em aumento nos casos de internação e morbidade associados a essa condição.

O quadro acelerado de desnutrição que afeta a maioria da população nas regiões do país relaciona-se à reduzida diversidade de refeições disponível e aos modos de produção ainda restritos. A maioria das regiões continua dependendo de sistemas de produção tradicional baseados na agricultura familiar, nos quais os produtos destinam-se primordialmente ao consumo doméstico com pouca comercialização. A região de Tombali, uma das áreas com maior percentagem de desnutrição, apresenta agricultura predominantemente familiar baseada em técnicas agrícolas tradicionais, situação que está em processo de transformação com a introdução de novas formas de produção agrícola por empresas estrangeiras originárias da Rússia e China.

Tabela 5 – Proporção de desnutrição em crianças menores de 5 anos por região sanitária (1º Semestre de 2024). Fortaleza-CE, 2026.

Região Sanitária	Crianças < 5 anos com desnutrição	Total de crianças < 5 anos	Proporção de desnutrição (%)
Bafatá	360	54.442	0,7
Bijagós	18	4.518	0,4
Biombo	59	19.084	0,3
Bolama	0	2.795	0,0
Cacheu	358	41.062	0,9
Farim	141	12.650	1,1
Gabú	352	51.854	0,7
Oio	273	43.219	0,6
Quinara	72	14.750	0,5
SAB	283	89.793	0,3
Tombali	57	22.410	0,3
Total Geral	1.973	356.577	0,6

Fonte: DHIS2 (Sistema de Informação de Gestão de Saúde) via Direção de Serviço de Alimentação, Nutrição e Sobrevivência da Criança.

Os dados do primeiro semestre de 2024 revelam uma prevalência média de desnutrição de 0,6% entre a população infantil monitorada (N = 356.577). Embora o índice geral pareça baixo em termos epidemiológicos, observa-se uma variação regional significativa. A região de Farim apresenta a maior proporção de casos (1,1%), seguida por Cacheu (0,9%), o que indica a necessidade de intervenções nutricionais geolocalizadas. Em termos nominais, Bafatá, Cacheu e Gabú concentram os maiores contingentes de crianças desnutridas, somando mais de mil casos diagnosticados no período. É importante notar que estes dados do DHIS2

refletem as crianças que acessaram o sistema de saúde, podendo haver subnotificação em áreas de difícil acesso.

Além disso, o país vem adotando políticas públicas que possam contribuir para a superação da desnutrição infantil e para enfrentamento de outros problemas de saúde que afetam mães e crianças.

6.3 Políticas Públicas para a saúde materno infantil em Guiné-Bissau

Na sequência desse movimento, em 2013, o governo da Guiné-Bissau passou a integrar o movimento *Scale-Up Nutrition* (SUN) e, em 24 de março de 2014, aderiu oficialmente à iniciativa *Scaling Up Nutrition* (SUN, 2015). Nesse contexto, a Guiné-Bissau adotou igualmente uma política nacional de nutrição (*Politique Nationale de Nutrition*, 2014), a qual define estratégias prioritárias para a melhoria da situação nutricional da população. O Ministério da Saúde celebrou parcerias com entidades como a UNICEF, o Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (FIDA), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), o Programa Alimentar Mundial (PAM), organizações da sociedade civil, a *Catholic Relief Services*, além de outros parceiros para o desenvolvimento, como a União Europeia e o Banco Mundial. O governo e seus parceiros encontram-se, atualmente, trabalhando na elaboração de um Plano Estratégico de Nutrição (PEN).

O Programa Nacional de Segurança Alimentar (PNSA), aprovado em 2008, contempla diversas ações que vêm sendo implementadas, embora ainda não tenham sido plenamente desenvolvidas em virtude de diferentes constrangimentos. Recentemente, o PNSA foi integrado ao Plano Nacional de Investimento Agrícola (PNIA), estando o governo empenhado em reunir os recursos necessários para sua implementação.

No que se refere às políticas públicas de saúde, o país enfrenta desafios relacionados à superação do déficit no setor, por meio da implementação de políticas estatais e do apoio recebido de entidades internacionais. A busca pela melhoria das condições de saúde constitui uma preocupação recorrente na sociedade guineense, mobilizando o Estado e a sociedade civil na procura de soluções mediante cooperação com organismos internacionais e outras instituições parceiras.

De acordo com relatório da UNICEF (Bissau, 2018), foi lançada, em outubro de 2014, uma iniciativa estratégica voltada à prevenção da desnutrição crônica e ao tratamento da desnutrição aguda grave (DAG). O projeto concentrou-se no fortalecimento dos centros de reabilitação nutricional em todo o território nacional, priorizando o planejamento e o

monitoramento integrados. Um dos aspectos centrais dessa intervenção foi a convergência programática, que possibilitou a integração das ações de nutrição com os setores de HIV e WASH (Água, Saneamento e Higiene) em três centros de reabilitação administrados pela Cáritas.

O referido relatório ratifica que a Guiné-Bissau tem envidado esforços coletivos substanciais no que concerne à salvaguarda dos direitos e à promoção do bem-estar infantil. Não obstante a persistência de obstáculos estruturais, o Estado registrou avanços significativos em setores fundamentais, notadamente nas áreas de saúde, nutrição, educação, proteção social e saneamento básico. Os principais vetores estratégicos delineados no documento compreendem a otimização da assistência à saúde materno-infantil, a ampliação do acesso à água potável e o fortalecimento dos mecanismos de proteção à criança (UNICEF, 2024).

As diretrizes para 2025 visam consolidar os avanços alcançados na Guiné-Bissau, com foco na resiliência e no pleno desenvolvimento infantil, enfatizando a integração dos serviços de saúde, nutrição e imunização, além do fortalecimento da atuação comunitária (UNICEF, 2024). A agenda contempla, ainda, a implementação de soluções de água e saneamento (WASH) resilientes às mudanças climáticas, a erradicação da defecação a céu aberto e a garantia de direitos, como educação infantil, registro de nascimento e proteção contra a violência (UNICEF, 2024).

O Ministério da Saúde da Guiné-Bissau tem recebido apoio de diversas organizações com o objetivo de superar os problemas enfrentados pelo setor da saúde. A UNICEF apoia, anualmente, a realização de dois ciclos de suplementação de vitamina A e de desparasitação para crianças menores de cinco anos. Em 2018, 282.534 (97%) crianças de 6 a 59 meses receberam suplementação de vitamina A, enquanto 253.690 (100%) crianças de 12 a 59 meses receberam comprimidos para desparasitação (mebendazol). Em 2019, a UNICEF apoiou o processo de introdução da suplementação de vitamina A e da desparasitação nas atividades diárias dos agentes comunitários de saúde. Ademais, foi elaborado um protocolo nacional sobre a gestão integrada da desnutrição aguda (IMAM), implementado na Guiné-Bissau com apoio da UNICEF, por meio de treinamentos e fornecimento de insumos destinados à triagem e ao tratamento de casos de desnutrição aguda grave sem complicações em crianças menores de cinco anos. Dessa forma, o tratamento clínico e ambulatorial da desnutrição aguda grave foi estabelecido em 78 unidades de saúde em todo o país, registrando-se mais de 1.000 novos internamentos anuais.

Sob outra perspectiva, as diretrizes programáticas de organismos internacionais, como a OMS e a UNICEF, corroboram a consistência dos argumentos econômicos favoráveis

ao investimento em nutrição. Frequentemente, a viabilidade financeira constitui o principal obstáculo para os formuladores de políticas públicas; entretanto, o presente relatório contribui para mitigar essa incerteza ao apresentar uma análise de custos fundamentada em indicadores específicos da Guiné-Bissau. Tais evidências fornecem subsídios relevantes para que o governo intensifique intervenções nutricionais estratégicas, visando à redução sistemática da prevalência do nanismo nutricional (baixa estatura para a idade) no país (Manual MSD; UNICEF, 2018).

A literatura científica (Damiani *et al.*, 2017) e os dados da OMS (2023) convergem ao indicar que o consumo de frutas e vegetais é determinante para a redução da carga global de doenças. Contudo, a aplicação dessas diretrizes à realidade guineense evidencia um paradoxo estrutural: embora exista uma busca teórica por qualidade de vida, o acesso efetivo a uma alimentação nutritiva é comprometido pela insegurança alimentar crônica. A dificuldade em garantir o aporte nutricional básico, frequentemente limitado a uma ou duas refeições diárias de baixa densidade nutricional, demonstra que, na Guiné-Bissau, o desafio da saúde pública transcende a educação alimentar, estando relacionado, primordialmente, à insuficiência de recursos econômicos para aquisição de alimentos saudáveis.

A problemática da segurança alimentar não deve ser compreendida apenas sob a perspectiva da erradicação da fome e do combate à desnutrição, mas também deve envolver ações de caráter estrutural, articuladas a políticas públicas setoriais. Dessa forma, a questão deixa de se restringir à disponibilidade de alimentos e renda, apesar de sua evidente relevância, como determinantes do acesso alimentar, passando a ser analisada sob uma perspectiva mais ampla, no âmbito de uma Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (DENARP, 2007).

Observou-se uma redução contínua da taxa de crianças com nanismo (< -2 DP altura/idade), estimada em 27,6% em 2014, representando um decréscimo em relação às estimativas registradas entre 2006 e 2010 (MICS, 2014; MICS, 2010; MICS, 2006). A Guiné-Bissau demonstrou disposição para enfrentar a desnutrição e incluir a redução do nanismo na agenda política ao estabelecer metas específicas na Estratégia Nacional de Nutrição (2006-2020), alinhadas às metas da Assembleia Mundial da Saúde para 2025, reconhecendo-se essa medida como uma das principais intervenções de impacto na redução do nanismo infantil (Beaton *et al.*, 1993; Glasziou; Mackerras, 1993; Fawzi *et al.*, 1993).

O desenvolvimento da Guiné-Bissau e a erradicação da pobreza exigem uma abordagem abrangente, que considere não apenas os aspectos econômicos, mas também as dimensões sociais, humanas, ambientais e institucionais. Isso implica reconhecer que questões como boa governança, combate à corrupção, respeito aos direitos humanos, fortalecimento da

produção agrícola, pecuária e pesca, bem como conservação ambiental, merecem atenção prioritária no enfrentamento da pobreza.

Um inquérito sobre análise e mapeamento da vulnerabilidade, realizado em 2005 pelo PAM (Programa Alimentar Mundial) e pelo Ministério da Agricultura, revelou que 62% dos agregados familiares das zonas rurais encontram-se em situação de vulnerabilidade, estando altamente expostos à insegurança alimentar e, particularmente, à volatilidade dos preços da castanha de caju, principal cultura comercial da Guiné-Bissau (DENARP, 2007).

Na Guiné-Bissau, as questões relacionadas à segurança alimentar, em seus diferentes níveis, constituem preocupação permanente na formulação e execução de políticas e programas de desenvolvimento econômico e agrário. Entre 1994 e 1996, o governo da Guiné-Bissau realizou o estudo prospectivo de longo prazo denominado “Djitu Tem”, expressão que significa “tem solução”. O referido estudo teve como objetivo identificar as riquezas e os recursos do país, visando à definição de estratégias globais capazes de favorecer o desenvolvimento sustentável e a consequente redução da pobreza. A abordagem participativa adotada permitiu recolher as aspirações da população, reconhecer os obstáculos existentes e delinear estratégias adequadas (Mendes, 2010).

Todavia, não se pode ignorar a necessidade da realização de estudos epidemiológicos antes da implementação dessas políticas. A epidemiologia desempenha papel fundamental na análise da saúde pública, articulando aspectos relacionados aos determinantes sociais e econômicos das enfermidades e abordando diagnósticos voltados à promoção da saúde coletiva, da equidade e da transformação social (Almeida Filho, 2004). A epidemiologia social integra determinantes sociais, como pobreza, desigualdade e urbanização, à análise das doenças, criticando perspectivas biomédicas isoladas que desconsideram os contextos coletivos. Surgida no século XIX, em meio à Revolução Industrial, essa abordagem enfatizou os riscos ocupacionais, como exposição a poeiras em minas e vapores tóxicos, além das epidemias associadas às precárias condições de vida, como cólera e tuberculose. Também destacou a importância da observação direta, das estatísticas vitais e das políticas públicas voltadas à prevenção e à promoção da equidade, evitando reducionismos e impulsionando transformações sociais no enfrentamento das vulnerabilidades, conforme proposto por Ramazzini (1700) e Virchow (1848).

Os dados epidemiológicos, como os provenientes dos Inquéritos Nacionais de Nutrição SMART, apoiados pela UNICEF, demonstram consistentemente que as taxas de desnutrição são desproporcionalmente mais elevadas em áreas rurais e entre famílias com menor renda e escolaridade. Essas disparidades não são naturais; constituem iniquidades

sistêmicas, evitáveis e injustas (Whitehead, 1992). Uma perspectiva exclusivamente clínica revela-se insuficiente ao tratar apenas o sintoma, a criança desnutrida, sem intervir nas causas subjacentes, como a ausência de saneamento básico, a insegurança alimentar estrutural e a pobreza (Breilh, 2015).

Segundo Aguiar (2020), a saúde deve ser compreendida como um processo que articula o indivíduo ao ambiente, incluindo a natureza e as comunidades nas quais está inserido. Essa perspectiva amplia a compreensão e a aceitação de diferentes subjetividades para além daquelas expressas nos modelos eurocêntricos, mantendo a concepção de que saúde e doença constituem estados interconectados, integrados ao ambiente, às coletividades e às diversas manifestações subjetivas.

A saúde constitui um campo estratégico que envolve a luta pela recuperação social, pela transformação do Estado e pelas relações com a sociedade, além de representar um dos requisitos fundamentais para o desenvolvimento humano. Tal entendimento decorre da necessidade de produzir conhecimentos intersetoriais capazes de lidar com a complexidade dos fatores relacionados à saúde. A responsabilidade setorial na melhoria das condições de vida, aliada à capacidade transformadora de conciliar interesses gerais e particulares, respeitando as diferenças, favorece a formação de um senso comum e a democratização da cultura, permitindo ampla participação social na definição de prioridades, na avaliação de políticas públicas e na reivindicação da equidade (Rodrigues, 1994; Sabroza et al., 1992).

De acordo com dados recentes da UNICEF (2024), a Guiné-Bissau vem trilhando um percurso de avanços no que se refere à garantia dos direitos das crianças. O país tem investido em esforços coletivos que resultaram em melhorias concretas no acesso à água potável, à saúde e à educação. Para 2025, as prioridades concentram-se no aprofundamento dessas transformações, com forte ênfase na resiliência comunitária. Destacam-se a integração dos cuidados nutricionais às campanhas de vacinação e o fortalecimento de ações de saneamento adaptadas às mudanças climáticas. Além disso, a ampliação da proteção contra a violência e o incentivo à educação na primeira infância são considerados pilares fundamentais para o desenvolvimento pleno das futuras gerações.

6.4 Cobertura de Programa Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família constitui um programa consolidado e institucionalizado em diversos territórios. Na Guiné-Bissau, o modelo equivalente é denominado Programa de Saúde Comunitária, cuja estrutura atual depende fortemente de parcerias internacionais, especialmente da UNICEF e da União Europeia (Guerreiro; UNICEF,

2020). Atualmente, mais de 4.000 agentes comunitários atuam em áreas rurais, cobrindo regiões às quais o sistema formal de saúde não consegue alcançar. Cada agente é responsável, em média, por aproximadamente 350 habitantes, correspondentes a cerca de 50 famílias, realizando visitas domiciliares mensais.

Em vez de equipes completas compostas por médicos, enfermeiros e técnicos de saúde, o programa concentra-se em um pacote de intervenções de alto impacto, executadas diretamente pelos agentes comunitários nos domicílios. Entre as principais ações desenvolvidas destacam-se a prevenção e o tratamento da malária, da diarreia e da pneumonia, enfermidades responsáveis por aproximadamente 62% das mortes infantis no país. Além disso, o programa contempla o acompanhamento da saúde materna, incluindo o monitoramento de gestantes e o incentivo à realização de partos institucionais, com vistas à redução da mortalidade materna. Também são realizadas ações de monitoramento do crescimento infantil e de promoção do aleitamento materno exclusivo (UNICEF, 2022; Guerreiro, s.d.).

O período compreendido entre 2020 e 2025 representa um marco para o sistema de saúde da Guiné-Bissau, caracterizado pela transição de uma resposta emergencial à pandemia da COVID-19 para uma reforma estrutural centrada no fortalecimento da Saúde Comunitária e na redução da mortalidade materna (PNUD, 2025). Nesse contexto, a rede de agentes comunitários apresentou crescimento expressivo como estratégia para mitigar o fato de que aproximadamente 66% da população ainda reside a mais de cinco quilômetros de um centro de saúde (UNICEF, 2025).

A seguir, apresentam-se os dados consolidados e as metas estabelecidas para esse ciclo.

Tabela 6 - Evolução da Cobertura de Agentes (2020–2025). Fortaleza-CE, 2026.

Ano	Nº de Agentes (ASC)	Cobertura Domiciliar	Foco Principal
2020	~500	~40%	Resposta à COVID-19 e Malária
2022	~1.400	~65%	Tratamento de doenças infantis (Diarreia/Pneumonia)
2024	2.134	85%	Integração Vacinação + Nutrição
2025 (Meta)	>3.500	~90%	Monitoramento Digital e Saúde Materna

Fonte: UNICEF, 2020-2025.

6.5 Cobertura da população com políticas de transferência de renda

Na Guiné-Bissau, as políticas de transferência de renda ainda se encontram em processo de consolidação e dependem significativamente de financiamento externo. O principal mecanismo de proteção social vigente é o Projeto de Rede de Segurança Social e Serviços Básicos, financiado pelo Banco Mundial (2025). Essa iniciativa tem como objetivo ampliar a proteção das populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica, mediante a implementação de programas de assistência social e o fortalecimento do acesso a serviços básicos essenciais.

A seguir, apresentam-se os dados estimados de cobertura para o período de 2020 a 2025:

Tabela 7 - Cobertura de Transferência de Renda na Guiné-Bissau (2020-2025). Fortaleza-CE, 2026.

Indicador	2020-2022 (Piloto/Expansão)	2024-2025 (Atual/Meta)
Famílias Beneficiárias	~15.000 a 25.000	~45.000 a 50.000
Pessoas Cobertas	~90.000	~250.000 a 300.000
Foco Geográfico	Bissau, Gabu, Oio e Cacheu	Nacional (Expansão)
Valor Médio do Benefício	Mensalidades Variáveis	Transferências Incondicionais
Principal Fonte Financiadora	Banco Mundial / PAM	Banco Mundial (\$20M em 2025)

Fonte: UNICEF, 2026.

Em janeiro de 2025, o Banco Mundial (2025) aprovou o montante de US\$ 20 milhões destinado ao fortalecimento dos serviços de proteção social, saúde e educação na Guiné-Bissau, com foco em famílias em situação de vulnerabilidade social e em mulheres grávidas. Nesse contexto, está sendo implementado o Registo Social Nacional, instrumento voltado à identificação precisa das famílias mais pobres, com o objetivo de evitar tanto a duplicidade quanto a exclusão de beneficiários.

As transferências de renda são frequentemente acompanhadas de medidas de apoio à nutrição infantil, visando ao enfrentamento das elevadas taxas de nanismo nutricional, que atingem aproximadamente 40,6% das famílias em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica. Em 2024, o Programa Mundial de Alimentos (PAM) implementou projetos de nutrição que beneficiaram mais de 32 mil pessoas, integrando assistência alimentar e ações de saúde.

O referido projeto concentra-se no fortalecimento dos serviços de saúde, educação e proteção social, adotando critérios de elegibilidade que priorizam os grupos mais vulneráveis da sociedade. A iniciativa contempla crianças de até 10 anos de idade, reconhecendo essa fase como fundamental para o desenvolvimento do capital humano. As mulheres grávidas também são consideradas público prioritário, recebendo acesso a serviços sociais essenciais e cuidados de saúde materna. Do mesmo modo, busca-se ampliar a proteção e a inclusão de famílias desfavorecidas, mediante acesso a benefícios sociais direcionados a famílias em situação de extrema pobreza e vulnerabilidade social, que necessitam de redes de proteção social (Banco Mundial, 2025).

Enquanto, na Guiné-Bissau, a desnutrição manifesta-se de forma estrutural, homogênea e amplamente disseminada no tecido social, a análise do cenário brasileiro exige uma mudança substancial de perspectiva. Ao transpor o contexto atlântico, a fome deixa de configurar predominantemente uma crise de escassez absoluta em âmbito nacional para assumir características relacionadas à desigualdade na distribuição de renda, de alimentos e de acesso a direitos sociais básicos.

Concluída a análise do capítulo referente à desnutrição e às políticas de saúde infantil na Guiné-Bissau, o foco passa a direcionar-se para a realidade brasileira. O capítulo subsequente examinará o panorama da desnutrição infantil no Brasil, analisando as especificidades de sua epidemiologia e as políticas públicas implementadas pelo Estado para seu enfrentamento.

O Brasil, consolidado como uma das maiores potências agroalimentares do mundo, convive com a contradição de ter reduzido significativamente os índices de fome em grande parte de seu território, ao mesmo tempo em que ainda apresenta bolsões persistentes de subnutrição em periferias urbanas e comunidades tradicionais. Sob a perspectiva das desigualdades geográficas, sociais e étnicas, desenvolve-se a análise do capítulo seguinte.

A transição epidemiológica e nutricional observada no território brasileiro fundamentou-se na consolidação de políticas de proteção social e na ampliação do acesso à atenção primária à saúde. Programas de transferência condicionada de renda, associados a estratégias de monitoramento nutricional no âmbito do SUS, institucionalizaram o enfrentamento da desnutrição não apenas como demanda emergencial de saúde pública, mas também como expressão de determinantes sociais estruturais.

Desse modo, o presente capítulo propõe-se a analisar os pilares normativos e operacionais das políticas públicas brasileiras, avaliando seus impactos na redução dos índices

de desnutrição infantil e sua potencial aplicabilidade como referência para ações de cooperação internacional.

7 DESNUTRIÇÃO E POLÍTICA DE SAÚDE INFANTIL BRASIL

É sob a perspectiva dessa desigualdade geográfica e étnica que se inicia o próximo capítulo. Diferentemente do cenário observado na Guiné-Bissau, no qual a escassez de recursos estruturais afeta a população de forma generalizada, a epidemiologia da desnutrição infantil no Brasil configura-se como um paradoxo de distribuição socioespacial.

Recentemente, a consolidação de políticas públicas intersetoriais de segurança alimentar, lideradas pelo Plano Brasil Sem Fome e pela reestruturação do Programa Bolsa Família, possibilitou avanços significativos, culminando na retirada do país do Mapa da Fome da Organização das Nações Unidas (ONU) e na redução da taxa de magreza acentuada em crianças menores de cinco anos para 1,8%.

Entretanto, tais avanços não representam a erradicação completa do agravo. A análise dos dados epidemiológicos da Atenção Primária à Saúde (APS) demonstra que o déficit nutricional na primeira infância persiste de forma crônica nas periferias das grandes metrópoles, na região semiárida e, em níveis alarmantes, entre populações indígenas e quilombolas. Esse cenário evidencia os entraves ainda existentes para a universalização efetiva dos direitos sociais no território brasileiro.

7.1 Desnutrição infantil no Brasil

A análise da média nacional de magreza infantil revela que o fator étnico-racial é um dos principais determinantes sociais da saúde no Brasil. Nas populações indígenas, estudos do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia) apontam que mais de 25% (um quarto) das crianças com menos de cinco anos apresentam déficit estatural (baixa estatura para a idade). Essa manifestação clínica indica desnutrição crônica prolongada e resulta em uma discrepância física severa: em média, uma criança indígena nasce e se desenvolve com 3,3 centímetros a menos de altura e 740 gramas a menos de peso se comparada a uma criança branca na mesma faixa etária. O cenário agrava-se pela transição nutricional e pelo isolamento geográfico que afetam comunidades tradicionais na região Norte, onde a persistência do nanismo e da anemia coexiste frequentemente com o avanço recente do sobrepeso infantil causado pelo consumo imposto de alimentos ultraprocessados.

Nas comunidades remanescentes de quilombos, a infância enfrenta uma realidade epidemiológica marcada pela vulnerabilidade histórica e pela ausência de direitos básicos. Embora os dados globais sobre a saúde quilombola sofram com a subnotificação, pesquisas empíricas estruturadas pelo mapeamento de segurança alimentar indicam que o déficit estatural

atinge de 14% a mais de 31% das crianças quilombolas menores de cinco anos, a depender da região, com os índices mais alarmantes concentrados nos territórios tradicionais da Amazônia paraense e do Nordeste brasileiro. Investigações da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) evidenciam que o risco de uma criança desenvolver desnutrição crônica nessas comunidades associa-se diretamente à falta de acesso à água potável tratada e à ausência de assistência médica contínua na Atenção Primária. A desnutrição infantil quilombola no Brasil não se explica apenas pelo consumo calórico insuficiente, mas por um ciclo patológico recorrente de diarreias e infecções parasitárias geradas pelo ambiente insalubre, que impede o desenvolvimento biológico adequado na primeira infância.

Múltiplos determinantes sociais influenciam a prevalência da desnutrição infantil nos âmbitos nacional e global. Conforme postulado por Silva *et al.* (2023), essa problemática perpassa dimensões estruturais que englobam a desigualdade socioeconômica, a dinâmica de oferta e demanda de alimentos, as políticas fiscais e monetárias, o desemprego, as barreiras de mobilidade e as disparidades culturais. A esse panorama associam-se fatores de ordem ético-social, como dogmas religiosos, sistemas de crenças e valores, vieses linguísticos, estereótipos raciais, discriminação, preconceito e assimetrias na distribuição de privilégios e no acesso à justiça.

Clinicamente, a desnutrição na infância configura-se como um agravo severo decorrente do aporte insuficiente de nutrientes essenciais, o que compromete as trajetórias de crescimento e o desenvolvimento pondero-estatural. Essa condição decorre de regimes alimentares com restrição calórica, proteica ou vitamínica, cujos impactos estendem-se aos domínios físico, imunológico e cognitivo. No contexto brasileiro, o fenômeno consolida-se como um dos principais desafios da saúde pública, concentrando-se endemicamente em estratos de elevada vulnerabilidade socioeconômica. Tal conjuntura restringe o potencial de desenvolvimento infantil e eleva a magnitude de complicações em longo prazo, a exemplo de déficits cognitivos persistentes e do incremento na suscetibilidade a patologias infecciosas (Xavier *et al.*, 2022).

Múltiplos fatores concorrem para a prevalência da desnutrição infantil no território brasileiro. Destacam-se a pobreza extrema, a insegurança alimentar, o acesso restrito aos serviços de saúde, o saneamento básico deficitário e a escassez de programas voltados à educação nutricional. A privação socioeconômica atua como um determinante central, visto que núcleos familiares de baixa renda enfrentam barreiras severas na aquisição de insumos alimentares de alto valor biológico, o que culmina em dietas caracterizadas pela baixa qualidade e reduzida diversidade. Essa insegurança alimentar obstaculiza o consumo contínuo de um

aporte nutricional equilibrado, elemento indispensável para o desenvolvimento biológico na infância. Dados históricos apontam que aproximadamente 10% da população brasileira vivia em condições de extrema pobreza. Esse cenário atuava como vetor direto no agravamento desse quadro epidemiológico (IBGE, 2018).

Além dos determinantes econômicos, as variáveis ambientais, representadas pela inadequação do saneamento básico e pela precariedade no acesso à água potável, exercem influência direta na etiologia da desnutrição infantil. A ausência de infraestrutura sanitária adequada eleva exponencialmente a incidência de patologias infecciosas, a exemplo de quadros diarreicos e enteropatias bacterianas. Tais morbidades comprometem a integridade da mucosa intestinal, prejudicam a absorção de micronutrientes e exacerbam a deterioração do estado nutricional pediátrico (Pereira *et al.*, 2017).

A desnutrição infantil é classificada fundamentalmente em três categorias: aguda, crônica e global. A desnutrição aguda, ou emaciação, configura-se como a manifestação mais severa do agravo, decorrente de uma perda ponderal abrupta ou da interrupção do ganho de peso em curto espaço de tempo. A desnutrição crônica, associada ao nanismo nutricional, manifesta-se como consequência de um déficit calórico-proteico prolongado, cujo impacto reflete-se no comprometimento do crescimento linear e no desenvolvimento da baixa estatura para a idade. A desnutrição global caracteriza-se pela intersecção dos indicadores antropométricos que definem as duas formas clínicas precedentes (Machado Pinto *et al.*, 2013).

Essa conjuntura epidemiológica e social agravou-se durante a pandemia de COVID-19, período que impôs um duplo impacto ao crescimento e ao desenvolvimento infantil. A execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) sofreu severas limitações operacionais, o que comprometeu o acesso contínuo a uma dieta adequada e saudável pelas populações assistidas. Concomitantemente, as prerrogativas ao ensino pré-escolar de crianças em estratos de vulnerabilidade socioeconômica foram restringidas, sobretudo devido às barreiras estruturais de acesso às plataformas de ensino remoto.

Sob a perspectiva dos determinantes socioespaciais, identificou-se um efeito estatisticamente significativo entre o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) das Unidades da Federação e as tendências de desnutrição infantil, o que evidencia assimetrias regionais na distribuição desse agravo. Diante desse diagnóstico, a literatura e as evidências institucionais apontaram para a necessidade premente de flexibilização de tetos fiscais rígidos, a exemplo da Emenda Constitucional 95 (EC 95), de modo a viabilizar a reorganização e o financiamento das políticas públicas voltadas à efetivação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN). Tal reestruturação orçamentária e programática visa mitigar os reflexos das crises

políticas, econômicas e sanitárias sobre os indicadores de desnutrição na infância, salvaguardando o desenvolvimento das gerações futuras e a seguridade social (Brasil, 2023).

A desnutrição permanece como um desafio estrutural de magnitude expressiva e exerce um impacto deletério sobre a qualidade de vida e o bem-estar da população brasileira, com especial centralidade nos segmentos que vivenciam a vulnerabilidade social. O cerceamento do acesso regular aos alimentos consolida-se como o vetor primordial na gênese desse quadro. Isso desencadeia disfunções multifacetadas que repercutem nas esferas biológica, educacional e familiar, afetando indistintamente o desenvolvimento de indivíduos em idade pediátrica e adulta (Silva *et al.*, 2023).

A deficiência de micronutrientes e macronutrientes consolida-se como um dos principais agravos à saúde pública, incidindo com maior severidade sobre segmentos populacionais imersos em contextos de vulnerabilidade social. No território brasileiro, a etiologia da desnutrição permanece multifacetada, reiteradamente influenciada pela persistência da pobreza extrema, pelas assimetrias socioeconômicas, pelas barreiras no acesso regular a alimentos seguros e por determinantes de ordem cultural. Não obstante os avanços normativos e institucionais observados nas últimas décadas, o agravo persiste como uma realidade epidemiológica. Dados reportados na literatura indicam que, em 2019, a prevalência de desnutrição crônica afetava cerca de 7% das crianças brasileiras menores de cinco anos. A forma aguda manifestava-se em patamares substanciais, exigindo vigilância contínua das redes de atenção à saúde (Silva *et al.*, 2023).

Na perspectiva histórico-comparativa, evidências científicas demonstram avanços significativos na redução desse panorama em períodos precedentes. Conforme Monteiro *et al.* (2008), a prevalência da desnutrição infantil no Brasil registrou um declínio expressivo de aproximadamente 13,5% (IC95%: 12,1%; 14,8%) em 1996 para 6,8% (IC95%: 5,4%; 8,3%) no biênio 2006/2007. A análise de decomposição estatística revelou que cerca de dois terços dessa retração histórica puderam ser atribuídos à evolução favorável de determinantes macroestruturais. Dentre esses fatores, o incremento da escolaridade materna respondeu por 25,7% do impacto total, seguido pelo aumento do poder aquisitivo e da renda real das famílias, que correspondeu a 21,7%. A expansão da cobertura da assistência primária à saúde e as melhorias na infraestrutura de saneamento básico contribuíram com 11,6% e 4,3% para o declínio do indicador, respectivamente (Monteiro *et al.*, 2008).

Constatou-se um declínio expressivo na prevalência da desnutrição infantil, com notável relevância no cenário brasileiro. No território nacional, essa retração decorreu de melhorias sinérgicas no perfil de consumo alimentar, na expansão da infraestrutura de

saneamento básico e higiene, na cobertura vacinal, no manejo preventivo de patologias infecciosas e no incremento real da renda média populacional. Infere-se que a etiologia da desnutrição associa-se, parcialmente, a fatores dietéticos, atrelando-se de forma preponderante às dinâmicas de privação socioeconômica.

Tanto no Brasil quanto em outras nações em desenvolvimento, os determinantes macroestruturais do estado nutricional registraram uma evolução favorável. Paralelamente a esse processo, a transição nutricional observada não se limita ao aumento linear do aporte calórico decorrente da maior disponibilidade de alimentos. Esse fenômeno vincula-se a modificações estruturais no sistema alimentar contemporâneo, caracterizado pela inserção massiva de produtos ultraprocessados na dieta e pela reconfiguração dos padrões de consumo (Monteiro *et al.*, 2008).

Tabela 8 - Perfil epidemiológico das hospitalizações por desnutrição infantil no Brasil (2020–2025). Fortaleza-CE, 2026.

Ano	Nº de Internações	Tendência / Contexto de Saúde Pública
2020	~3.900 hospitalizações	Início da instabilidade econômica devido à pandemia.
2021	4.312 hospitalizações	Alta expressiva; o Brasil retorna formalmente ao Mapa da Fome.
2022	4.754 hospitalizações	Pico de vulnerabilidade de bebês menores de 1 ano.
2023	4.910 hospitalizações	Estabilização em patamar elevado; registro de 200 óbitos diretos.
2024	~5.100 hospitalizações	Ápice das notificações do período; gargalos em municípios pequenos.
2025	~4.067 hospitalizações	Discreta redução impulsionada pela queda na insegurança alimentar.
TOTAL	27.043 internações	<i>Foco em Vigilância Alimentar e Nutricional</i>

Fonte: Ministério de Saúde, 2023; 2025.

A análise dos dados de morbidade hospitalar entre 2020 e 2025 revela a gravidade do impacto das crises sanitária e macroeconômica sobre a saúde infantil no Brasil. O período registrou 27.043 internações decorrentes de quadros severos de desnutrição. O aumento observado entre 2020 (cerca de 3.900 casos) e o ápice epidemiológico em 2024 (cerca de 5.100 casos) reflete o efeito tardio e cumulativo da insegurança alimentar grave, que atingiu criticamente os lactentes menores de um ano em 2022.

Esse cenário de alta morbidade culminou, em 2023, na ocorrência de 200 óbitos diretamente atribuídos à falência nutricional. Isso expõe falhas estruturais na rede de atenção e assistência primária, sobretudo em municípios de pequeno porte. Com as estratégias intersetoriais retomadas no biênio 2023-2024, o ano epidemiológico de 2025 sinalizou uma

inflexão na curva, com a redução das admissões para aproximadamente 4.067 casos. Esse declínio ratifica a eficácia da mitigação da vulnerabilidade social e reforça a centralidade do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) como instrumento essencial para bloquear o agravamento clínico antes da necessidade de suporte hospitalar.

Os indicadores de proteção social compilados de 2020 a 2025 revelam a volatilidade e a subsequente consolidação das redes de transferência de renda diante das crises macroeconômicas e sanitárias brasileiras. Conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua, do IBGE, o ano de 2020 registrou o patamar histórico de 31,4% de domicílios beneficiários, reflexo direto da universalização temporária provocada pelo Auxílio Emergencial. Nos anos subsequentes, a cobertura domiciliar apresentou retração gradual e estabilizou-se em 22,7% em 2025, impulsionada pelo aquecimento do mercado de trabalho e pela transição autônoma de renda de parcelas da população.

A Taxa de Cobertura das Famílias Habilitadas, estimada pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), demonstrou eficiência incremental a partir do biênio 2023-2024 e aproximou-se da totalidade do público-alvo elegível (cerca de 99,4% em 2024). Esse avanço resultou da reestruturação do Programa Bolsa Família e da aplicação de condicionalidades estritas de saúde, como o acompanhamento vacinal e o monitoramento antropométrico contra a desnutrição infantil. Isso garantiu que o aumento do poder aquisitivo familiar mitigasse diretamente os indicadores de insegurança alimentar domiciliar. Em 2025, as flutuações mensais da taxa de cobertura (entre 91,0% e 99,6%) evidenciam o funcionamento da Regra de Proteção, um mecanismo desenhado para atuar como amortecedor financeiro e evitar o desligamento abrupto de famílias em processo de inserção no mercado formal de trabalho.

7.2 Baixo peso ao nascer

Dados recentes da Agência (2025) indicam um cenário de declínio demográfico, com o registro de 2,38 milhões de nascimentos em 2024, uma redução de 5,8% em relação ao ano anterior. Esse resultado mantém a tendência de retração pelo sexto ano consecutivo. Nesse contexto, observa-se uma correlação significativa entre a prematuridade (32 a 36 semanas de gestação) e a incidência de baixo peso. Embora as regiões Norte e Nordeste concentrem altos índices em municípios de pequeno porte, identifica-se um paradoxo epidemiológico em centros urbanos desenvolvidos, como Ribeirão Preto e São Luís, que apresentam taxas elevadas de

BPN. A Tabela 10 consolidada a seguir apresenta os dados oficiais (2020-2023) e as projeções baseadas nas tendências recentes do Ministério da Saúde para 2024 e 2025.

Tabela 10 – Evolução do Baixo Peso e Natalidade no Brasil. Fortaleza-CE, 2026.

Ano	Nascidos Vivos (Total Est.)	Baixo Peso (<2,5kg)	Prematuridade
2020	2,73 milhões	8,5%	11,3%
2021	2,68 milhões	8,6%	11,5%
2022	2,56 milhões	8,7%	11,7%
2023	2,52 milhões	8,7%	11,8%
2024	2,38 milhões	8,6%	12,0%
2025	2,35 milhões	8,6%	11,9%

Fonte: DATASUS/SINASC. 2026.

Observa-se uma redução contínua no número total de nascimentos no Brasil, intensificada após 2020. Apesar desse declínio demográfico, a proporção de bebês com baixo peso manteve-se estagnada entre 8,5% e 8,7%. O aumento gradual na taxa de prematuridade é o principal fator que impede a queda nos índices de baixo peso ao nascer.

Os determinantes do baixo peso em bebês associam-se ao rendimento econômico dos pais e à localização geográfica, sobretudo em áreas nas quais a população enfrenta acesso restrito à saúde. Em estudo sobre os fatores determinantes desse agravo, Olinto *et al.* (1993, 2021) percebem que o problema da desnutrição infantil envolve a desigualdade social, a pobreza e a exploração, vinculados ao modo de produção capitalista e à distribuição desigual de recursos.

Existe uma diferença substancial entre as crianças nascidas de 32 a 36 semanas de gestação. As regiões Norte e Nordeste apresentam os maiores índices de crianças com baixo peso ao nascer, particularmente em municípios com menos de 50 mil habitantes. Em contrapartida, nas regiões Sudeste (como em Ribeirão Preto) e Nordeste (como em São Luís), nota-se uma dinâmica distinta: taxas significativamente maiores ocorrem em cidades mais ricas (Andrade; Szwarcwald; Castilho, 2008).

Esse paradoxo é parcialmente explicado por Andrade, Szwarcwald e Castilho (2008), que atribuem as menores taxas em municípios subdesenvolvidos a inconsistências metodológicas, como a determinação imprecisa da idade gestacional, o sub-registro de nascidos vivos e as falhas na notificação de óbitos fetais. Portanto, a prevalência de baixo peso em áreas mais ricas reflete não apenas fatores comportamentais, como o tabagismo gestacional e o

estresse ocupacional, mas também a maior eficiência dos sistemas de registro e vigilância em saúde nesses locais.

A desnutrição infantil (DI) no Brasil é condicionada por determinantes estruturais que evidenciam a persistência de vulnerabilidades sociais. Entre os principais fatores preditivos identificados mediante a Árvore de Classificação e Regressão (ACR), destacam-se o analfabetismo na população com idade igual ou superior a 15 anos, a prevalência de mulheres jovens (15 a 24 anos) que não estudam nem trabalham e a ocupação laboral precoce de crianças e adolescentes (10 a 17 anos) (Oliveira *et al.*, 2024).

A análise desses indicadores revela um impacto cumulativo na prevalência da desnutrição infantil, o que permite estratificar os municípios em distintos níveis de vulnerabilidade. Em cenários de baixa vulnerabilidade, com taxas de analfabetismo inferiores a 13%, a prevalência média de DI fixou-se em 1,73%. Nos contextos de alta vulnerabilidade, nos quais múltiplos indicadores socioeconômicos ultrapassaram os limiares críticos estabelecidos pela ACR, a prevalência média elevou-se significativamente para 15,1% (Oliveira *et al.*, 2024).

Embora a maioria dos municípios brasileiros tenha atingido as metas individuais para os indicadores selecionados, as disparidades regionais permanecem acentuadas. O estudo de Oliveira *et al.* (2025) aponta que o Brasil dificilmente alcançará a meta de redução da desnutrição infantil estabelecida para 2025. Esse cenário reforça a urgência de aportes estratégicos em saúde e educação, com foco prioritário no público materno-infantil das regiões Norte e Nordeste, nas quais a sobreposição desses determinantes sociais é mais crítica.

Os determinantes do baixo peso ao nascer (BPN) no Brasil configuram-se como um fenômeno complexo e multifatorial, que envolve disparidades socioeconômicas, níveis de escolaridade materna, modalidades de parto e a qualidade da assistência pré-natal. Conforme Valente (1986), a desnutrição infantil e o BPN estão intrinsecamente vinculados a condicionantes estruturais, como a pobreza e a distribuição desigual de recursos, típicos do modo de produção vigente.

7.3 Desnutrição crônica infantil no Brasil

Até a década de 1990, a desnutrição infantil prevalecia nos estratos populacionais de menor renda no Brasil, o que elevava a incidência de doenças infecciosas e impactava o histórico de mortalidade na infância. Conforme dados históricos do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), o país registrou redução expressiva na média nacional entre 1996 e 2006. A desnutrição crônica (baixa estatura para a idade) recuou pela metade, passando de

13,4% para 6,7%, enquanto a desnutrição aguda (baixo peso em relação à estatura) reduziu-se a 1,5%.

Apesar da tendência geral de declínio, os avanços não atingiram as populações de forma equânime. Aproximadamente 30% das crianças indígenas no Brasil sofrem de desnutrição crônica. Entre o povo Yanomami, a crise humanitária eleva esse índice a mais de 80% entre menores de cinco anos. Crianças indígenas apresentam risco de mortalidade antes do primeiro ano de vida duas vezes superior ao das demais crianças brasileiras (UNICEF, 2019, 2023).

A persistência desses indicadores nos territórios originários, segundo Leite (2024), decorre de determinantes sociais específicos: a insegurança alimentar severa provocada pela degradação dos recursos naturais, a contaminação por atividades ilegais, a exemplo do garimpo em bacias hidrográficas, e o acesso restrito à saúde, agravado por barreiras geográficas e logísticas na cobertura regular das equipes do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

A desnutrição configura-se como um grave problema de saúde pública em países de baixa e média renda, segundo Albuquerque, Ibelli e Sawaya (2023). Sua manifestação crônica, caracterizada pelo déficit de estatura nutricional e associada a vulnerabilidades socioeconômicas, com índice de estatura para a idade (E/I) menor ou igual a -2 escores-z, constitui a apresentação mais prevalente e se correlaciona com um incremento de 4,8 vezes na probabilidade de óbito por causas evitáveis. A forma aguda da patologia, delimitada pela magreza extrema com índice de massa corporal para a idade (IMC/I) menor ou igual a -2 escores-z, associa-se a aproximadamente metade da mortalidade em indivíduos menores de cinco anos em escala global. Estima-se que a baixa estatura (E/I menor ou igual a -1 escore-z) possa acometer até 25% da população nessa faixa etária. Crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) apresentam prevalência de baixa estatura 12% superior à dos pares não beneficiários.

Constata-se frequentemente a concomitância de ambos os quadros de desnutrição, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS). Ao estratificar a análise para crianças menores de cinco anos de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, verifica-se que tanto a desnutrição aguda (baixo peso para a estatura) quanto a crônica (baixa estatura para a idade) apresentam maior prevalência em comparação com os dados médios da população infantil brasileira (OMS, 2025).

A desnutrição permanece elevada em municípios de pequeno porte e grupos vulneráveis, concentrando-se nas regiões Norte e Nordeste. Dados do Ministério da Saúde apontam 253 municípios nos quais 10% ou mais das crianças menores de cinco anos apresentam

desnutrição aguda, o que representa 22.194 indivíduos acometidos (SISVAN/Ministério da Saúde, 2025).

A desnutrição crônica caracteriza-se pelo déficit de estatura para a idade e reflete um processo prolongado de privação energética e de micronutrientes, conforme Monteiro (2003). Diferentemente da desnutrição aguda, associada a episódios severos e imediatos de escassez alimentar, a cronicidade da patologia consolida-se nos primeiros mil dias de vida, período que compreende a gestação e os dois primeiros anos de idade.

No monitoramento populacional, a magnitude da deficiência energética e o estado nutricional imediato são aferidos pela relação entre peso e estatura. O percentual de indivíduos com inadequação nesse indicador, manifestada pelo emagrecimento acentuado, sinaliza vulnerabilidade decorrente de flutuações conjunturais (Monteiro, 2003).

Como a deficiência nutricional pode apresentar componente sazonal expressivo e variar entre períodos, em função de determinantes climáticos, oscilações na produção agrícola e disponibilidade local de alimentos, recomenda-se que a avaliação antropométrica em áreas vulneráveis seja contínua, estruturada por meio de sistemas de vigilância alimentar e nutricional (Monteiro, 2003).

Mais de 50% da mortalidade pediátrica em países de baixa e média renda sofre influência direta da desnutrição, independentemente de sua manifestação clínica. A taxa de letalidade hospitalar por desnutrição grave permanece estagnada há cinco décadas, o que consolida o cenário como um dos desafios mais prementes da saúde pública em nações em desenvolvimento. A insegurança alimentar severa em áreas críticas limita o sucesso terapêutico e a eficácia das políticas de prevenção (Titi-Lartey; Daley, 2025).

A análise de séries temporais sobre a desnutrição crônica infantil, mensurada pelo déficit de estatura para a idade no território brasileiro, explicita a rigidez na remissão desse indicador epidemiológico. Esse comportamento contrasta com os recuos mais céleres da fome estrutural e da desnutrição aguda no mesmo período, o que evidencia que o déficit estatural na infância demanda intervenções estruturais intersetoriais de longo prazo.

A Tabela 11 a seguir consolida a série temporal e a prevalência de baixa estatura para a idade (escore-z menor que -2) no Brasil, baseada em dados públicos do SISVAN, do Ministério da Saúde e de relatórios oficiais de monitoramento de políticas sociais.

Tabela 11 – Prevalência de desnutrição crônica em menores de 5 anos no Brasil (2020–2025). Fortaleza-CE, 2026.

Ano	Lactentes (0 a 23 meses)	Pré- Escolares (24 a 59 meses)	Média Nacional Consolidada (0 a 5 anos)	Cenário Epidemiológico do Período
2020	10,9%	11,9%	11,5%	Retração na busca por serviços preventivos e de puerpério no SUS no início da crise sanitária.
2021	11,4%	12,1%	11,8%	Pico da prevalência; reflexo da insegurança alimentar grave e da inflação sobre a cesta básica.
2022	11,1%	11,9%	11,6%	Estabilização dos índices em patamares elevados (efeito platô e rigidez do déficit estatural).
2023	10,5%	11,5%	11,1%	Início da tendência de queda sutil com a reformulação e busca ativa dos programas de transferência de renda.
2024	9,9%	11,1%	10,6%	Retomada gradual do crescimento linear infantil, persistindo vulnerabilidades regionais.
2025	9,6%	10,8%	10,3%	Consolidação de tendência de declínio, mantendo-se o agravamento em patamares estruturais (>10%).

Fonte: SISVAN/Ministério da Saúde, 2025.

Os dados demonstram que a prevalência de desnutrição crônica é sistematicamente maior na faixa de 24 a 59 meses (pré-escolares) do que na faixa de 0 a 23 meses (lactentes). Isso ocorre porque o déficit de estatura necessita de tempo de privação cumulativa para se manifestar fisicamente, registrando nos anos posteriores a cicatriz biológica do que a criança sofreu nos primeiros meses de vida. Enquanto os indicadores de desnutrição aguda (peso para estatura) respondem rapidamente a auxílios emergenciais, a desnutrição crônica (estatura para idade) apresenta resposta lenta, demandando anos de políticas públicas consolidadas de saneamento, nutrição materna e atenção básica para demonstrar quedas significativas.

7.4 Taxa de aleitamento materno exclusivo no Brasil

Segundo o Ministério da Saúde (2024), o aleitamento materno exclusivo no Brasil atingiu 45,8% entre as crianças de zero a seis meses. A ausência da amamentação pode afetar a saúde infantil de forma prejudicial, com impacto particular nos aspectos relacionados à desnutrição. O aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida atua como o principal fator de proteção biológica contra o déficit de estatura estrutural, pois garante o aporte de micronutrientes e anticorpos necessários para evitar episódios repetidos de diarreia e

infecções respiratórias, que constituem os principais gargalos clínicos para a interrupção do crescimento linear da criança.

A análise comparativa entre os indicadores do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) revela assimetria epidemiológica no perfil alimentar de lactentes no primeiro semestre de vida. Enquanto a prevalência nacional do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) atinge o patamar de 45,8%, observa-se concomitantemente uma taxa de incidência de 31,3% na introdução precoce de Alimentos Ultraprocessados (AUP) em crianças que ainda não completaram os 180 dias de vida pós-natal. Os indicadores de saúde materno-infantil demonstram acentuada heterogeneidade espacial na prevalência do AME entre as macrorregiões brasileiras. Essa variação geográfica atua como um determinante social crítico, correlacionando-se diretamente com a distribuição assimétrica dos agravos nutricionais no território nacional (ENANI, 2024).

A Tabela 12 a seguir apresenta os dados comparativos entre a evolução estimada da taxa de aleitamento materno exclusivo (zero a seis meses) no Brasil e a Meta Global da OMS para 2025.

Tabela 12 – Taxas de aleitamento maternos exclusivo (0 a 6 meses) no Brasil e a Meta Global da OMS para 2025. Fortaleza-CE, 2026.

Ano	Taxa Real do Brasil (%)	Meta Global OMS (%)
2020	45,8	50,0
2021	45,8	50,0
2022	45,9	50,0
2023	46,5	50,0
2024	47,2	50,0
2025	47,8	50,0

Fonte: ENANI/Ministério da Saúde e diretrizes da OMS (2025).

A linha de tendência mostra um crescimento gradual e contínuo a partir do dado oficial de 45,8% (ENANI), aproximando-se da meta estabelecida. A taxa de amamentação exclusiva decai de forma acentuada à medida que o lactente se aproxima do sexto mês de vida, sendo influenciada diretamente pelo término do período da licença-maternidade formal de 120 dias.

Tabela 13 – Descrição das taxas de prevalência e classificação do desempenho por faixa etária no Brasil. Fortaleza-CE, 2026.

Idade do Lactente	Taxa de Prevalência no Brasil	Classificação de Desempenho
Menores de 4 meses	60,0%	Bom / Alto
Menores de 6 meses (AME Geral)	45,8%	Moderado
Aos 12 meses (Aleitamento Continuado)	52,1%	Regular
Aos 24 meses (Aleitamento Continuado)	35,5%	Alerta

Fonte: ENANI/Ministério da Saúde e diretrizes da OMS (2025).

Esse fenômeno caracteriza uma sobreposição de agravos nutricionais. A inserção prematura dessas matrizes alimentares industrializadas rompe os protocolos clínicos de introdução alimentar segura. Biologicamente, a substituição calórica do leite humano por formulações ricas em açúcares refinados, aditivos químicos e sódio expõe o organismo infantil a uma densidade de nutrientes criticamente baixa, o que compromete a homeostase metabólica e atua como um determinante causal para o déficit no crescimento linear.

A análise do cruzamento epidemiológico entre a interrupção precoce do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e a introdução intempestiva de Alimentos Ultraprocessados (AUP) no primeiro semestre de vida revela um cenário de elevada vulnerabilidade nutricional e transição alimentar deletéria na população infantojuvenil brasileira. O declínio abrupto do aleitamento exclusivo atua como um fator preditor para a incorporação imediata de matrizes alimentares industrializadas e nutricionalmente inadequadas na dieta de lactentes.

Sob a perspectiva da fisiopatologia nutricional, a substituição do leite humano por AUP expõe o trato gastrointestinal imaturo a uma alta densidade energética proveniente de carboidratos simples, ácidos graxos saturados e aditivos químicos xenobióticos. Esse padrão alimentar inadequado induz a um estado de disbiose intestinal e injúria microinflamatória crônica na mucosa entérica. Como consequência, observa-se o comprometimento da integridade das vilosidades intestinais e a consequente má absorção de micronutrientes essenciais. Esse balanço metabólico negativo crônico culmina na supressão dos eixos endócrinos reguladores do crescimento somático, consolidando o déficit de estatura para a idade (desnutrição crônica) em períodos críticos do desenvolvimento ontogenético (ENANI, 2020).

Do ponto de vista fisiopatológico, o AME nos primeiros 180 dias de vida constitui a principal barreira de proteção biológica contra o estabelecimento do déficit de estatura estrutural. O leite humano assegura o aporte ideal de micronutrientes de alta biodisponibilidade

e fatores imunológicos ativos, como imunoglobulinas, principalmente a IgA secretória, lactoferrina e oligossacarídeos.

Essa composição imunobiológica é fundamental para mitigar a incidência e a gravidade de episódios repetidos de gastroenterites agudas e infecções do trato respiratório inferior. Na ausência dessa proteção, os quadros infecciosos recorrentes desencadeiam um estado inflamatório sistêmico e disbiose intestinal, resultando em má absorção de nutrientes. Clinicamente, esse balanço energético-proteico negativo crônico atua como o principal gatilho para a supressão do crescimento linear e o comprometimento do potencial genético de estatura da criança (ENANI, 2020).

7.5 Taxa de mortalidade por doenças preveníveis por imunização

A mortalidade por doenças imunopreveníveis tem ganhado destaque entre as causas de óbitos infantis nos últimos anos. Em 2024, dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) apontam um salto expressivo de mortes em crianças menores de cinco anos por patologias que possuem vacina gratuita no SUS. A análise epidemiológica desse indicador no Brasil revela um cenário recente de recrudescimento, marcado pela inversão da tendência histórica de queda. Esse crescimento no número absoluto de óbitos infantis é um reflexo direto das falhas acumuladas na cobertura vacinal.

Conforme o SIM, as mortes de crianças por doenças evitáveis por imunização são causas recorrentes da mortalidade na primeira infância. Esse panorama decorre, majoritariamente, de esquemas vacinais incompletos ou de assistência pré-natal inadequada, o que compromete a segurança biológica desses indivíduos. A Tabela 14 a seguir apresenta os dados de mortalidade em crianças de zero a cinco anos no período de 2020 a 2025. Na sequência, detalham-se as taxas de mortalidade específicas por doenças preveníveis por imunização, com as respectivas patologias e as porcentagens que originaram os óbitos.

Tabela 14 – Óbitos por doenças imunopreveníveis (0 a 5 anos) no Brasil, 2020-2025. Fortaleza-CE, 2026.

Doença Imunoprevenível	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total por Causa
Coqueluche	4	4	5	11	21	12	57
Tuberculose do Sistema Nervoso	5	5	6	9	13	10	48
Meningite Bacteriana	6	4	6	10	9	8	43
Tuberculose Miliar	1	1	1	2	2	1	8
Doenças Virais Congênitas	1	1	1	2	1	1	7
Difteria	0	0	0	1	1	1	3
Caxumba	0	0	1	0	1	1	3
Total absoluto por ano	17	15	20	35	48	34	195

Fonte: OMS2025, SISVAN, 2026.

O isolamento social derrubou temporariamente a transmissão comunitária de vírus e bactérias respiratórias, gerando o menor número de óbitos da série histórica, com 15 mortes em 2021. A retomada da convivência social encontrou bolsões de crianças suscetíveis devido à baixa cobertura vacinal acumulada, gerando uma escalada de 220% nos óbitos até o pico em 2024, quando foram registradas 48 mortes. A coqueluche consolidou-se como o maior gargalo sanitário da infância, respondendo sozinha por 29,23% do total de mortes do período devido a surtos concentrados em lactentes que não completaram o esquema vacinal da Pentavalente. Os dados mostram os primeiros reflexos positivos das estratégias de microplanejamento vacinal, desacelerando os óbitos gerais e iniciando a recuperação das coberturas acima de 90% para vacinas como a BCG e a Tríplice Viral.

A variação da mortalidade por doenças imunopreveníveis também foi analisada por Bollorini e Gomes (2025). Segundo os autores, a partir de 2020, a proporção de mortalidade por doenças preveníveis variou entre 57% em 2020 e 59,8% em 2021, período que coincidiu com a pandemia de Covid-19. Nos anos seguintes, correspondentes a 2022 e 2023, houve uma redução para 54,3% e 55,1%, respectivamente, o que sugere um retorno gradual ao padrão anterior à pandemia.

Os dados consolidados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), divulgados no final de 2025, apontam uma tendência recente de alta na mortalidade infantil por doenças evitáveis no Brasil, interrompendo décadas de declínio contínuo. O cenário epidemiológico do período revela indicadores críticos, com aumento nos óbitos de crianças menores de cinco anos, particularmente em bebês menores de um ano. O número de mortes nessa faixa etária por causas imunopreveníveis subiu para 48 óbitos em 2024. Esse total representa um crescimento de 220% em relação ao ano de 2021, quando foram registrados 15

óbitos na categoria. O indicador acumulou três anos seguidos de elevação, impulsionado pelos reflexos da queda histórica na cobertura vacinal iniciada na pandemia.

No que tange às patologias de maior impacto epidemiológico no período recente, destaca-se a coqueluche (*Bordetella pertussis*), consolidada como o principal fator de preocupação em saúde pública. O recrudesimento da enfermidade culminou em surtos expressivos, resultando no óbito de 14 crianças menores de cinco anos em 2024, dado que corrige estimativas anteriores e acomete de forma desproporcional os lactentes menores de um ano. Paralelamente, o sarampo permanece como objeto de estrita vigilância epidemiológica. Após um período de recrudesimento global e regional, a persistência de novos casos em anos anteriores intensificou o alerta sanitário quanto ao risco de letalidade decorrente de complicações respiratórias e neurológicas, sobretudo em bolsões populacionais caracterizados por baixa cobertura vacinal (UNICEF, 2025).

A despeito da recuperação nos índices de cobertura de imunobiológicos essenciais promovida pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), os patamares gerais de imunização permanecem aquém das metas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nesse cenário, a taxa de mortalidade na infância no Brasil fixou-se na estimativa de 14,9 óbitos por mil nascidos vivos. Na literatura e na prática em saúde coletiva, a estagnação desse indicador epidemiológico é diretamente associada às assimetrias na manutenção da cobertura vacinal homogênea nos territórios, bem como a entraves logísticos no abastecimento contínuo e oportuno de imunizantes na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

7.6 Taxa de mortalidade infantil no Brasil

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Brasil está estimada entre 12,3 e 12,6 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos. Embora o país registre uma das reduções históricas mais acentuadas do mundo, apresentando uma queda superior a 90% desde 1940, os dados recentes compilados pelo IBGE (2026) e pela Fundação Abrinq (2026) apontam para um cenário de estagnação e persistência de fortes assimetrias regionais.

O perfil epidemiológico atual mostra a estagnação dos indicadores, a mortalidade na infância e a prevalência de baixo peso ao nascer. O índice nacional estabilizou-se no patamar de 12,6 óbitos por mil. Essa marca interrompeu a trajetória de declínio acentuado observada nas décadas anteriores e distanciou o país do mínimo histórico registrado em 2020, que foi de 11,5 mortes por mil nascidos vivos. A taxa que monitora as crianças até o quinto ano de vida incompleto situa-se em 14,9 óbitos por mil nascidos vivos. Conforme relatórios do Unicef (2024), as mortes concentradas nos primeiros 28 dias de vida, correspondentes ao período

neonatal, constituem o principal gargalo desse indicador no país. Um dos determinantes biológicos que justifica a dificuldade de redução da TMI é o aumento na proporção de recém-nascidos com peso inferior a 2,5 kg, índice que alcançou o patamar crítico de 9,5% dos nascimentos.

7.7 Disparidades regionais e socioespaciais

A análise geoespacial da mortalidade infantil no território brasileiro revela profundas desigualdades estruturais entre as Unidades da Federação:

Tabela 15 – Descrição da mortalidade infantil no Brasil, segundo região. Fortaleza-CE, 2026.

Região	Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 NV)	Fatores Condicionantes Coerentes
Norte	15,7 a 15,9 óbitos	Maior índice de sub-registro de óbitos infantis (~26,5%) e barreiras geográficas de acesso à atenção primária.
Nordeste	13,5 a 13,8 óbitos	Histórico de vulnerabilidade socioeconômica, mitigado parcialmente pela expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF).
Centro-Oeste	12,6 óbitos	Alinhada à média nacional, com vazios sanitários em áreas rurais e indígenas.
Sudeste	11,7 óbitos	Ampla densidade tecnológica hospitalar, mas com bolsões de pobreza urbana que mantêm o indicador estável.
Sul	10,4 óbitos	Menor taxa do país, associada a melhores indicadores de saneamento básico e maior cobertura de pré-natal.

Fonte: Agência Brasil, 2026.

O avanço estrutural de longo prazo na redução desse indicador é atribuído à universalização da cobertura vacinal, à expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), à qualificação da assistência pré-natal e à consolidação das políticas de transferência condicionada de renda. Em contrapartida, a desaceleração no declínio da referida taxa correlaciona-se a falhas na cobertura vacinal de rotina, a lacunas na fixação de profissionais médicos na Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios de pequeno porte e à persistência da insegurança alimentar. Estimativas recentes reportadas pelo IBGE demonstram que o sub-registro de óbitos em menores de um ano recuou para 10,8% em âmbito nacional. Não obstante esse progresso, unidades federativas como o Amapá, com 43%, e o Pará, com 37,3%, exibem níveis críticos de subnotificação, fenômeno que oblitera a magnitude real da mortalidade infantil nas estatísticas oficiais do país.

A evolução temporal da taxa de mortalidade infantil (TMI) no Brasil, compreendida entre os anos de 2020 e 2025, expõe o impacto imediato da crise sanitária da COVID-19, seguido por um período de estagnação epidemiológica.

Os dados consolidados de exames censitários e institucionais dividem-se em duas vertentes metodológicas devido ao fenômeno do sub-registro. A primeira vertente engloba as projeções demográficas e tábuas de mortalidade calculadas pelo IBGE, enquanto a segunda compreende os registros consolidados de óbitos notificados mapeados pela Fundação Abrinq e pelo Ministério da Saúde.

Tabela 16 – Série histórica da taxa de mortalidade infantil no Brasil (2020–2025). Fortaleza-CE, 2026.

Ano	Projeção Demográfica Geral (Óbitos por 1.000 NV)	Taxa de Óbitos Notificados (Óbitos por 1.000 NV - Abrinq)	Dinâmica Sanitária e Contexto de Saúde Pública
2020	11,9 óbitos	11,5 óbitos	Menor patamar da série histórica nacional; subnotificação temporária devido ao isolamento social.
2021	11,8 óbitos	11,9 óbitos	Retrocesso nos indicadores assistenciais; reflexo do pico da pandemia e interrupções no pré-natal.
2022	12,4 óbitos	12,6 óbitos	Elevação e estabilização do indicador; retorno formal do país ao Mapa da Fome.
2023	12,4 óbitos	12,6 óbitos	Manutenção do patamar elevado; estabilização das causas de morte evitáveis na primeira infância.
2024	12,3 óbitos	12,6 óbitos	Interrupção oficial da trajetória histórica de queda de longo prazo examinada nas décadas anteriores.
2025	12,1 a 12,2 óbitos	12,5 a 12,6 óbitos	Início de uma discreta inflexão positiva impulsionada pela retomada de programas intersetoriais.

Fonte: IBGE, 2026.

A análise retrospectiva da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Brasil, no período compreendido entre 2020 e 2025, evidencia um comportamento atípico na série histórica do país, caracterizado pela ruptura da tendência secular de declínio. Conforme os dados das Tábuas Completas de Mortalidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2025) e os relatórios de monitoramento da Fundação Abrinq (2026), o ano epidemiológico de 2020 registrou o menor índice de mortalidade notificada da história nacional, com 11,5 óbitos por mil nascidos vivos. Essa variável, contudo, deve ser interpretada com cautela, haja vista o

incremento concomitante das taxas de sub-registro decorrentes do confinamento social imposto pelo cenário pandêmico.

Nos anos subsequentes, correspondentes ao período de 2021 a 2024, observou-se uma inflexão ascendente seguida de severa estagnação estatística. Essa conjuntura fixou as notificações no patamar de 12,6 óbitos a cada mil nascidos vivos. Esse platô epidemiológico reflete o desabastecimento das redes de proteção alimentar domiciliar e as falhas operacionais na cobertura vacinal de rotina, somados ao avanço expressivo no percentual de recém-nascidos com baixo peso ao nascer.

Em contrapartida, a análise do biênio final, entre 2024 e 2025, aponta para um cenário de estabilização técnica e discreta retração das internações e dos óbitos infantis por causas manejáveis, em consonância com as projeções do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef Brasil, 2025). Esse movimento de sutil recuperação consolida a eficácia do restabelecimento das condicionalidades de saúde atreladas às políticas de transferência de renda e ao fortalecimento do binômio mãe-filho no âmbito da Atenção Básica.

7.8 Políticas Públicas materno infantil no Brasil

Em relação às políticas públicas para desnutrição infantil, o Brasil tem apresentado avanços estruturais consistentes. O país adotou diversas estratégias que auxiliam as famílias a superarem a insegurança alimentar e a suprirem as necessidades biológicas e de desenvolvimento que surgem durante a infância.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi aprovada em 1999, consolidando o compromisso do Ministério da Saúde com o enfrentamento dos agravos relacionados à escassez de alimentos e à pobreza, sobretudo a desnutrição infantil e materna. A diretriz também considerou o complexo quadro de transição nutricional configurado no Brasil, caracterizado pela alta taxa de prevalência de sobrepeso e obesidade na população adulta (Ministério da Saúde, 2008).

Nesse contexto, programas governamentais como o Bolsa Família e a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável têm sido implementados visando combater a desnutrição e melhorar os indicadores de saúde infantil no país. Essas intervenções focam no fornecimento de assistência financeira a famílias em situação de vulnerabilidade e na promoção de práticas alimentares saudáveis. O Programa Bolsa Família, por exemplo, condiciona a transferência de renda ao cumprimento de compromissos na área de saúde, como a realização do acompanhamento pré-natal e a manutenção do calendário de vacinação atualizado. O programa realiza uma transferência condicional de renda

destinada a núcleos familiares considerados pobres ou em extrema pobreza que cumprem essas condicionalidades de saúde e educação (Ministério da Saúde, 2022).

Os impactos e as ações das políticas de alimentação e nutrição infantil permitem uma compreensão retrospectiva de sua trajetória de implementação, fornecendo subsídios para lidar com os desafios epidemiológicos contemporâneos. Além disso, a partir dos modelos teóricos das estratégias de Nutrição 2020-2030 do Unicef, configurou-se uma estrutura conceitual que ampara a análise dos determinantes sociais e biológicos da nutrição materna e infantil (Ministério da Saúde, 2022).

O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019) foi concebido com o intuito de produzir evidências científicas qualificadas para subsidiar a avaliação, a formulação e a reorientação das políticas públicas brasileiras na área de saúde e nutrição pediátrica. O ENANI-2019 foi financiado pelo Ministério da Saúde, por meio de edital público, e forneceu dados diagnósticos robustos após 13 anos de ausência de estatísticas nacionais sobre o tema, cuja última atualização de grande porte havia ocorrido na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006 (PNDS-2006) (Ministério da Saúde, 2008).

De acordo com o relatório do Brasil para a Cúpula Mundial de Alimentação, realizada em Roma, a elaboração da PNAN contou com a participação direta de atores sociais e de instituições governamentais e não governamentais atuantes no campo da segurança alimentar. Essa política, além de servir como marco conceitual para a ação governamental, assume importância estratégica frente às prioridades políticas de combate à fome no país. A decisão de aprofundar a atenção do Governo Federal na erradicação da vulnerabilidade social requer a articulação sinérgica das melhores iniciativas setoriais. Isso significa que, para alcançar o desenvolvimento social, é indispensável a colaboração intersetorial entre órgãos governamentais, entidades privadas e a sociedade civil, visando o bem-estar coletivo (Ministério da Saúde, 2008).

Sendo assim, foram elaboradas sete diretrizes programáticas que fundamentam os direitos humanos à alimentação e à segurança alimentar e nutricional. São elas: estimular ações intersetoriais com vista ao acesso universal com objetivo de assegurar o acesso universal aos alimentos, garantir a segurança e qualidade dos alimentos, monitorar a situação alimentar e nutricional, incentivar práticas alimentares e estilos de vida saudável, prevenir e controlar distúrbio e doença nutricionais, promover o desenvolvimento de linha de investigação e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição. Isso demonstra que, para alcançar o êxito no que diz respeito ao desenvolvimento, é necessário um investimento extremamente concentrado no capital humano” (Brasil, 2000, p. 104).

Houve uma edição da Política Nacional de Alimentação e Nutrição com o intuito de contribuir para os debates sobre a luta contra a fome e a pobreza. A medida buscou também a construção de uma agenda política voltada à prevenção da obesidade e de outras doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, constituindo-se em uma contribuição concreta do setor da saúde para a política de segurança alimentar e nutricional (Revista Saúde Pública, 2000).

Posta como alternativa teórica, a política "holística" representa, sem dúvida, a formulação ideal das propostas de combate aos problemas de desnutrição (5, 6). A restrição do modelo consiste, justamente, na dificuldade de sua implementação, por razões bem evidentes. No estágio econômico, social, político e administrativo em que se encontra a maioria dos países subdesenvolvidos, a hipótese mais realista de trabalho a curto prazo consistiria em exercitar, de forma adequada, alguns instrumentos previstos na concepção intervencionista. Destaca-se, de modo especial, a otimização das ações básicas de saúde. Ao mesmo tempo, deve-se trabalhar no plano político para apressar as mudanças do processo econômico e social, construindo as bases para que a desnutrição endêmica seja controlada pela supressão completa de sua cadeia de fatores causais (Batista Filho; Bleil; Eysden, 1989).

Sendo assim, nesta contingência, estão em andamento medidas como a formação de bancos de alimentos, a distribuição de cestas básicas, o cartão de alimentos e a ampliação do Programa de Alimentação do Trabalhador, que atualmente atende a 7.800.000 comensais por dia. Há também o Programa Nacional de Alimentação Escolar, que já atinge 38 milhões de alunos com mais de 30 anos de existência. Este programa deve ser urgentemente revisado, incorporando novos objetivos no contexto do Fome Zero e adequando-se ao perfil epidemiológico dos problemas de alimentação e nutrição dos escolares, no nível de trabalhar com pressupostos e apriorismos que podem e devem ser superados (Batista Filho, 2003).

Há quase 60 anos, com a promissora emergência de ideias, movimentos e estatutos que se seguiram à Segunda Guerra Mundial, a luta contra a fome e a concepção de um estado de segurança alimentar e bem-estar nutricional passaram a figurar como grandes desafios no ideário das sociedades civis e na agenda dos poderes públicos. Sendo assim, é notório o movimento em direção à prática da segurança alimentar como um referencial obrigatório dos direitos de cidadania. Esse direito está estabelecido no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, mas o Brasil representa antecedentes históricos valiosos que, agora na grande mobilização do chamado Projeto Fome Zero, devem ser resgatados (Batista Filho, 2003).

De acordo com os postulados de Leavell e Clark, as medidas preventivas seriam categorizadas em níveis primário, secundário e terciário. O nível primário representa o primeiro

estágio, composto por medidas de promoção e proteção específicas da saúde, o que reflete o conceito da profilaxia tradicional. A limitação do dano e a reabilitação física e social seriam ações preventivas, uma vez que evitam o agravamento do processo mórbido ou reduzem as consequências tardias de sua evolução patogênica (Batista Filho; Bleil; Eysden et al., 1989).

A abordagem preventiva da desnutrição energético-proteica (DEP), como de outros problemas de saúde, muda de enfoque e, por consequência, de proposição programática em função da perspectiva conceitual que se assume. Na prática, porém, o que se constata é o discurso dos governos e das instituições internacionais apoiando-se na posição estruturalista, enquanto os programas e ações tendem a se limitar ao setor de saúde e, muito frequentemente, às medidas de prevenção secundária do esquema de Leavell e Clark (Batista Filho; Bleil; Eysden et al., 1989).

Além dessas políticas, a constituição do campo da nutrição conta com a participação de diversos pesquisadores, destacando-se três eminentes cientistas. Por um lado, Josué de Castro (1908–1973), na época em que era deputado federal por Pernambuco, presidiu em 1955 o Primeiro Congresso Camponês de Pernambuco, ocasião em que foi criada a estrutura orgânica e eleita a primeira diretoria do movimento das Ligas Camponesas. O cientista fundou em 1957 a Associação Mundial de Luta Contra a Fome (ASCOFAM) e realizou o Seminário de Endemias e Desnutrição do Nordeste em junho de 1958, no município de Garanhuns, PE. No Brasil, as ideias de Josué de Castro foram fundamentais para a instituição do salário mínimo, que estabeleceu uma cesta de 12 alimentos essenciais que comprometeria 50% da estimativa salarial e atenderia a 100% das recomendações de calorias, proteínas, sais minerais e vitaminas (Batista Filho, 2003).

O conceito e as estratégias de prevenção da desnutrição variam em função das doutrinas dominantes em termos de pensamento e política de saúde, assumindo, em razão de cada posicionamento, espaços e sentidos diferentes dentro do modelo causal do problema. Em que pese o caráter reducionista do chamado enfoque intervencionista, a lógica epidemiológica e os resultados de algumas experiências bem concebidas e aplicadas indicam tratar-se de uma alternativa de considerável eficácia no combate à desnutrição (Batista Filho, 2003).

Nelson Chaves foi o fundador do Instituto de Fisiologia e Nutrição em 1956. Atualmente, o Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) originou o curso de graduação na área. Chaves também coordenou, em 1963, uma investigação nutricional denominada *Northeast Brazil Nutrition Survey*, financiada pelo *Interdepartmental Committee on Nutrition for National Development* (ICNND) dos Estados Unidos da América, entre outras contribuições (Vasconcelos, 2000).

Malaquias Batista Filho contribuiu de forma flagrante para o Inquérito Alimentar em Área Urbana da Paraíba. Era um estudo voluntário, que não utilizava técnicas rígidas de amostragem. O pesquisador percorria a chamada Rua da Pedra, em Cruz das Armas, portando uma quantidade de piperazina, um composto utilizado para combater o áscaris. Como a grande maioria da população sofria com a parasitose e o tratamento da verminose era bem aceito, ele entrava nas residências, realizava um inquérito de consumo alimentar semanal e distribuía os comprimidos para o tratamento da ascaridíase (Vasconcelos, 2000).

Conforme ilustrado na Figura 1, verificou-se uma trajetória decrescente do indicador entre 2003 e 2008, com redução de 12,5% para 4,8%. A análise espacial revela que as áreas inicialmente concentradas nas categorias de maior magnitude foram progressivamente substituídas por classes de menor intensidade ao longo dos anos.

Figura 1 – Distribuição de baixo peso por idade entre crianças menores de 5 anos no Brasil (2003-2008). Fortaleza-CE, 2026.

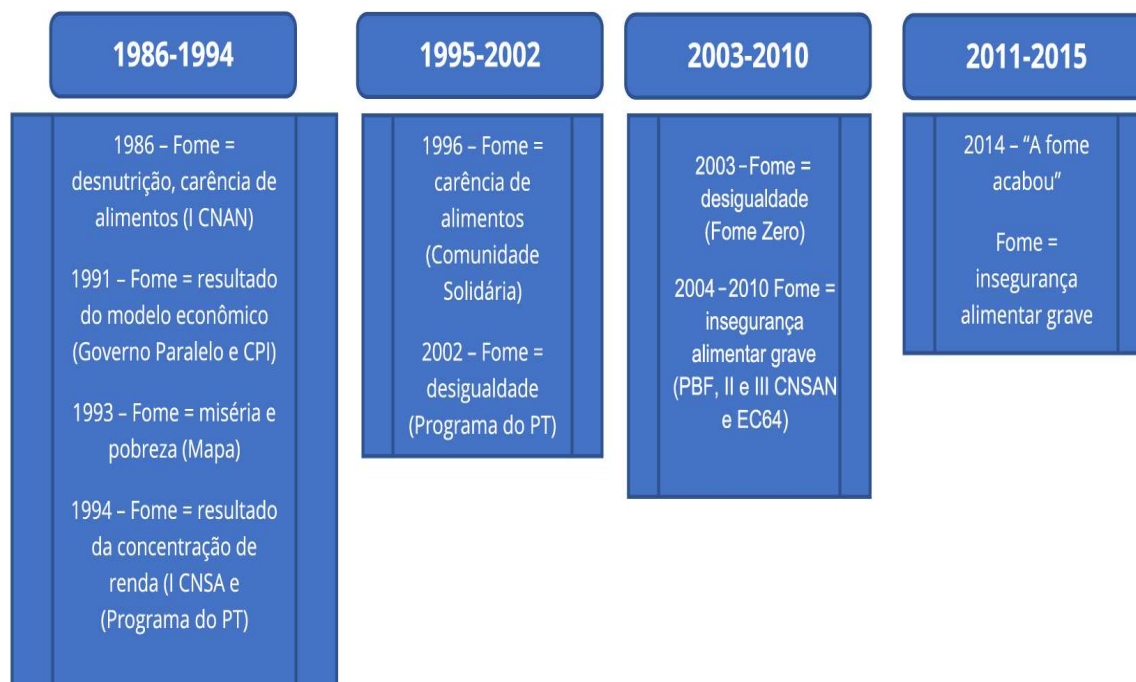


Fonte: Ministério da Saúde (SISVAN).

Em 2003 predominavam valores superiores a 11,0%, enquanto, em 2008, a maior parte das unidades espaciais passou a apresentar valores inferiores a 8,0%, especialmente na faixa de até 5,0%. Tal comportamento evidencia uma redução expressiva do indicador e uma distribuição territorial mais homogênea no período analisado.

A Figura 2 demonstra a transformação das interpretações sobre a fome no Brasil entre 1986 e 2015. Inicialmente associada à desnutrição, à carência de alimentos, à pobreza e à concentração de renda, a fome passou a ser compreendida, a partir dos anos 2000, como expressão das desigualdades sociais e da insegurança alimentar grave, especialmente no contexto das políticas implementadas pelo Programa Fome Zero.

Figura 2 - Linha do tempo das políticas de nutrição no Brasil (1986-2015). Fortaleza-CE, 2026.



No período mais recente, destaca-se a percepção de redução expressiva do problema, embora a insegurança alimentar grave tenha permanecido como indicador central para sua mensuração e acompanhamento. Essa trajetória reflete a ampliação do entendimento da fome para além da disponibilidade de alimentos, incorporando dimensões sociais, econômicas e de direitos humanos.

A Tabela 17 apresenta a evolução das principais políticas e programas relacionados à segurança alimentar e nutricional implementados no Brasil entre 1976 e 2024. Observa-se que as iniciativas mais antigas concentravam-se em ações assistenciais voltadas ao combate da desnutrição e ao fornecimento direto de alimentos a grupos vulneráveis, como o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), instituído em 1976, e o Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes, de 1986. A partir da década de 1990, verifica-se a ampliação das estratégias governamentais, incorporando programas de combate às carências nutricionais, distribuição

emergencial de alimentos e formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

Tabela 17 – Principais políticas e programas relacionados à segurança alimentar e nutricional no Brasil (1976–2024). Fortaleza-CE, 2026.

Ano	Instrumento legal	Política/Programa
1976	Lei nº 6.321/1976	Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT)
1986	Lei nº 9.130/1986	Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes
1994	Decreto nº 9844/1994	Programa de Distribuição Emergencial de Alimentos (PRODEA)
1997	Lei nº 13.171/1997	Programa de Atendimento aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional (Programa Leite é Saúde)
1998	Lei nº 2.409/1998	Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN)
1999	Lei nº 710/1999	Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)
2001	Não se aplica	Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Saúde (Bolsa Alimentação)
2009	Lei nº 11.947/2009	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC)
2010	Lei nº 7.272/2010	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN)
2013	Lei nº 12.873/2013	Programa Nacional de Apoio à Captação de Água de Chuva e Outras Tecnologias Sociais de Acesso à Água (Programa Cisternas)
2023	Lei nº 14.628/2023	Programa Cozinha Solidária
2023	Lei nº 14.628/2023	Programa de Aquisição de Alimentos (PAA)
2024	Lei nº 14.935/2024	Política Nacional de Agricultura Urbana e Periurbana

Fonte: SISVAN, 2026.

Nos anos 2000 e 2010, as ações passaram a integrar uma abordagem mais abrangente de segurança alimentar, destacando-se a criação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), o Programa Cisternas e iniciativas de transferência de renda e inclusão social. Mais recentemente, observa-se a retomada e fortalecimento das políticas voltadas à garantia do direito humano à alimentação adequada, evidenciada pela recriação do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), pela implementação do Programa Cozinha Solidária e pela instituição da Política Nacional de Agricultura Urbana e Periurbana em 2024. Esses marcos demonstram a progressiva consolidação de uma agenda pública voltada à promoção da segurança alimentar e nutricional no país.

7.9 Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2024), o contingente de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Brasil atinge 402.777 profissionais. Com uma trajetória de mais de 30 anos, essa categoria é essencial para a democratização do

acesso à saúde, servindo como ponte entre a comunidade e o sistema público. A relevância dos ACS é potencializada em territórios vulneráveis e regiões remotas, onde suas ações de educação em saúde e incentivo a práticas saudáveis consolidam a vigilância sanitária e o engajamento social (Ministério da Saúde, 2024).

Abaixo está a evolução da cobertura populacional e do quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Brasil. Os dados refletem o período de transição entre o modelo de financiamento anterior e o novo sistema estabelecido para 2025 pelo Ministério da Saúde.

Tabela 18 – Evolução da cobertura de ACS (2020–2025). Fortaleza-CE, 2026.

Ano	Quantitativo de ACS (Aprox.)	Cobertura Populacional Estimada (%)
2020	265.000	61,0%
2021	267.000	63,5%*
2022	269.000	65,2%*
2023	278.000	68,4%
2024	286.000	73,0%
2025	300.000+ (Meta)	75,0% (Projeção)

Fonte: Milistéreo da Saúde, 2023.

A evolução dos dados entre 2020 e 2025 demonstra uma clara transição de um período de estagnação para uma fase de expansão acelerada, onde o aumento de cerca de 13% no quantitativo de agentes, saltando de 265 mil para a meta de 300 mil, impulsionou a cobertura populacional de 61% para 75%. Esse avanço reflete a eficácia da atualização dos tetos municipais com base no Censo 2022 e o impacto direto do novo modelo de financiamento e do piso salarial nacional, que juntos permitiram reduzir vazios assistenciais e fortalecer a Estratégia Saúde da Família como porta de entrada prioritária do SUS.

A cobertura de agentes comunitários de saúde, descrita no item 5.7, evoluiu para um indicador estratégico de equidade e saúde preventiva, avaliando a capilaridade com foco no parâmetro de um ACS para até 750 pessoas. A análise destaca disparidades regionais, com alto impacto no financiamento municipal e a necessidade de ajustar o contingente populacional com base nos dados do Censo 2022 para aumentar a eficiência.

7.10 Cobertura de Programa Saúde da Família no Brasil

No âmbito socioeconômico, as intervenções devem priorizar a escolaridade materna e a geração de renda, visto que tais fatores ocupam o topo da hierarquia causal e influenciam as demais variáveis. Programas de transferência de renda e de capacitação profissional feminina exercem impacto direto na segurança nutricional infantil. No nível

ambiental, investimentos em saneamento básico, habitação adequada e acesso à água potável são determinantes intermediários cruciais, pois reduzem a incidência de infecções e favorecem o crescimento estatural.

No que tange às variáveis reprodutivas, políticas de planejamento familiar e o acompanhamento pré-natal rigoroso são fundamentais para evitar intervalos interpartais curtos, os quais elevam o risco de baixo peso ao nascer e desnutrição. Paralelamente, no nível biológico e de morbidade, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), com foco na prevenção e no tratamento precoce de patologias, é essencial para reduzir hospitalizações e seus impactos deletérios sobre o estado nutricional.

No nível de desfecho da desnutrição, as ações integradas de monitoramento nutricional, a promoção do aleitamento materno e a suplementação alimentar devem ser direcionadas prioritariamente às famílias identificadas como mais vulneráveis nos níveis anteriores. Portanto, este modelo teórico demonstra que o combate à desnutrição infantil transcende o fornecimento de alimentos, exigindo o rompimento do ciclo de pobreza e vulnerabilidade estrutural (Olinto; Victora et al., 1993).

A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal indicador de eficiência da Atenção Primária, pois mede a parcela da população assistida por equipes completas, formadas por médico, enfermeiro, técnico e ACS. Diferente da cobertura de ACS, que foca na atuação isolada do agente, o indicador da ESF reflete a capacidade real de atendimento clínico e resolutividade no território.

Tabela 19 – Cobertura das Equipes Saúde da Família (2020–2025). Fortaleza-CE, 2026.

Ano	Equipes de Saúde da Família (eSF)	Cobertura Populacional (%)	Observação Técnica
2020	43.400	63,7%	Impacto do início do Previnhe Brasil.
2021	45.100	65,2%	Foco em cadastramento digital.
2022	47.300	66,9%	Expansão de equipes multiprofissionais.
2023	49.800	70,1%	Retomada do Mais Médicos.
2024	53.200	73,5%	Reajuste com base no Censo 2022.
2025 (Est.)	56.000	76,0%	Meta de universalização do modelo.

Fonte: CNES 2024, IBGE, 2022; 2024.

O aprofundamento da cobertura da Estratégia Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde revela uma transição estrutural do modelo de assistência brasileiro, que migra de uma expansão quantitativa para uma abordagem resolutiva e monitorada

tecnologicamente. Esse avanço é sustentado por um novo modelo de financiamento que combina o repasse per capita, baseado no Censo 2022, com bônus por desempenho em indicadores críticos, como vacinação e pré-natal. Adicionalmente, garante-se a fixação de profissionais em áreas vulneráveis por meio do piso salarial de R\$ 3.242,00. A convergência entre o trabalho de campo dos ACS e o suporte clínico das equipes médicas, auditada em tempo real por ferramentas digitais, visa eliminar vazios assistenciais e garantir que a alta capilaridade do sistema resulte em maior acesso e qualidade no atendimento à população.

O impacto social da ampliação da cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) manifesta-se na redução direta da mortalidade evitável e na promoção da equidade, ao garantir que populações em situação de vulnerabilidade tenham acesso contínuo ao sistema público de saúde. Segundo dados do Ministério da Saúde e estudos sobre a Atenção Primária, o acompanhamento domiciliar é determinante para a queda de internações por condições sensíveis à atenção básica, a exemplo de hipertensão e diabetes, e para a melhoria dos índices de saúde materno-infantil por meio do pré-natal qualificado. Além do benefício clínico, essa estrutura fortalece o vínculo comunitário e a cidadania, uma vez que o ACS, amparado pela Lei nº 11.350/2006, atua como mediador entre as necessidades locais e a rede de proteção social, transformando a prevenção em uma ferramenta de economia pública e justiça social.

7.11 Cobertura da população com políticas de transferência de renda

A cobertura da população por políticas de transferência de renda no Brasil, especialmente por meio do Programa Bolsa Família, atingiu patamares históricos de universalização em 2025 e 2026. Atualmente, cerca de 25% da população brasileira é beneficiada por esses programas (Brasil, 2025). As políticas de transferência de renda constituem uma das principais estratégias de proteção social e combate à desnutrição infantil adotadas na administração pública contemporânea. Na literatura científica de saúde coletiva e economia política, essas intervenções são conceituadas como mecanismos estatais de redistribuição financeira que visam aliviar a pobreza imediata e romper o ciclo intergeracional de privação social.

No âmbito das políticas públicas, essas ações estruturam-se fundamentalmente em duas categorias operacionais. A primeira compreende as transferências incondicionais de renda, caracterizadas pela concessão do benefício financeiro sem a exigência de contrapartidas por parte do núcleo familiar beneficiário. Essas medidas são desenhadas prioritariamente como ações assistenciais emergenciais ou de garantia de renda básica de cidadania. A segunda

categoria envolve as Transferências Condicionadas de Renda (TCR), que subordinam o recebimento dos recursos financeiros ao cumprimento de condicionalidades estritas pelas famílias assistidas, concentradas nos eixos de educação e saúde. O modelo do Programa Bolsa Família (PBF) consolidou-se internacionalmente como referência nesta modalidade (Brasil, 2025).

A literatura epidemiológica demonstra que o impacto positivo das políticas de transferência de renda sobre os indicadores de desnutrição pediátrica opera-se por meio de três vias concomitantes: o incremento do poder aquisitivo domiciliar, o efeito de proteção das condicionalidades de saúde e o fortalecimento do capital humano e da escolaridade materna.

A injeção direta de renda mitiga a insegurança alimentar grave, permitindo que famílias em estratos de vulnerabilidade socioeconômica adquiram insumos alimentares de maior densidade calórica e valor biológico, o que diversifica a dieta infantil. Para a manutenção do benefício, os programas de TCR exigem o cumprimento do calendário de imunização e o monitoramento antropométrico periódico, envolvendo peso e estatura, de crianças menores de sete anos na Atenção Primária. Essa exigência vincula a assistência financeira diretamente às redes de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), propiciando o diagnóstico precoce e o bloqueio de agravos nutricionais antes que demandem hospitalização. Ao exigir a frequência escolar de crianças e adolescentes, o programa induz o aumento da escolaridade de longo prazo das futuras gerações. Conforme evidenciado por Monteiro et al. (2008), o incremento da escolaridade materna é o principal determinante macroestrutural isolado para a redução histórica das taxas de desnutrição crônica.

O sucesso metodológico das políticas brasileiras de transferência de renda atua como arcabouço referencial para discussões sobre segurança alimentar em nações em desenvolvimento, fundamentando iniciativas de cooperação técnica internacional, a exemplo da cooperação Sul-Sul. A integração entre a transferência monetária condicionada e uma rede universal de saúde pública demonstra que a erradicação da fome infantil requer a articulação sinérgica entre o alívio imediato da pobreza e os investimentos estruturais em infraestrutura social.

Tabela 20 - Taxa da cobertura da família beneficiária do Programa Bolsa Família (2020–2025). Fortaleza-CE, 2026.

Ano	Famílias Beneficiadas (Aprox.)	Taxa de Cobertura (PBF)	Contexto de Gestão
2020	14,2 milhões	90%	Período de transição e Auxílio Emergencial.
2022	21,6 milhões	96%	Implementação do Auxílio Brasil.
2024	20,8 milhões	99%	Foco na redução da desigualdade e renda recorde.
2025	20,6 milhões	100%*	Universalização do atendimento da fila de espera.

Fonte: Neto, Façanha, 2023.

A cobertura é mensurada pela relação entre o total de famílias atendidas e a estimativa de famílias em situação de pobreza ou baixa renda.

7.12 Discussão: análise comparativa

A desnutrição infantil configura-se como um agravamento de saúde global, com reflexos severos na população da Guiné-Bissau. O sistema de saúde pública guineense enfrenta graves limitações estruturais decorrentes do número reduzido de centros de saúde. O principal hospital de referência nacional localiza-se na capital, o que centraliza as internações e gera episódios recorrentes de superlotação. Devido ao fluxo elevado de pacientes, prioriza-se o manejo dos casos de maior gravidade, enquanto indivíduos com quadros estáveis aguardam atendimento em áreas de circulação. Adicionalmente, a escassez de leitos obstétricos faz com que muitas gestantes fiquem desassistidas no setor de triagem e espera durante o trabalho de parto.

O desabastecimento de medicamentos essenciais para o período gestacional afeta a maioria das regiões do país africano, obrigando as mulheres a se deslocarem até a capital em busca de assistência médica. Em decorrência das grandes distâncias e das condições precárias de transporte, registram-se intercorrências graves ao longo do trajeto, como perdas fetais e partos imprevistos em veículos. A desnutrição constitui o principal fator determinante para o incremento da mortalidade infantil nas regiões de Gabu e Bafatá, áreas que concentram a maior prevalência do agravamento no país. Nesses territórios, de maioria muçulmana, práticas culturais associadas à mendicância ritual expõem as crianças a longos períodos de jejum diurno, o que compromete o aporte calórico necessário antes do retorno ao domicílio.

A instabilidade política crônica aponta-se como uma das causas primordiais da crise na saúde pública da Guiné-Bissau. Desde a independência nacional, sucessivos golpes de

Estado têm obstaculizado o desenvolvimento socioeconômico e o progresso institucional. A destituição do primeiro presidente da República, Luís Cabral, por meio do golpe liderado pelo general João Bernardo Nino Vieira, inaugurou um período de frequentes rupturas governamentais. Essa conjuntura resultou na suspensão reiterada de auxílios e financiamentos internacionais destinados a projetos de proteção à infância.

Em anos recentes, o Estado elaborou diretrizes para o atendimento de mulheres e crianças em situação de vulnerabilidade nutricional. As ações de imunização foram estendidas a todas as regiões, sendo as campanhas vacinais viabilizadas por organismos internacionais, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Programa Mundial de Alimentos (PMA). Essas agências atuam conjuntamente no suporte às áreas com maior escassez de insumos, fornecendo recursos para o fortalecimento da agricultura local e o combate à desnutrição. Observa-se que a Guiné-Bissau depende substancialmente da cooperação técnica e financeira internacional para mitigar a problemática nutricional em sua sociedade.

No Brasil, o sistema de saúde apresenta avanços estruturais significativos, amparado por políticas públicas de proteção social e saúde coletiva direcionadas a grupos em vulnerabilidade social. A população dispõe do Sistema Único de Saúde (SUS), que assegura atendimento universal, gratuito e integral, incluindo o monitoramento terapêutico continuado. No âmbito do terceiro setor, instituições como o Instituto da Primeira Infância (Iprede) dedicam-se à reversão do quadro de desnutrição infantil por meio do tratamento clínico e do acompanhamento do desenvolvimento pondero-estatural.

A maior parte da população brasileira em situação de extrema pobreza é assistida pelo Programa Bolsa Família. Esse mecanismo de transferência de renda auxilia os núcleos familiares na aquisição de alimentos, vestuário e materiais escolares, suprimindo necessidades básicas de subsistência. Paralelamente, estratégias nacionais de incentivo ao aleitamento materno e diretrizes de alimentação e nutrição compõem a agenda governamental, integrando as discussões estruturais sobre o enfrentamento da fome e da pobreza no território nacional.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das evidências apresentadas, é possível concluir que a desnutrição infantil nos dois países permanece significativa entre as crianças de zero a cinco anos. O combate a esse agravo requer a ampliação de programas e políticas públicas voltadas ao atendimento de gestantes, assegurando-lhes assistência integral, suporte nutricional e acompanhamento durante a gestação, o parto e o pós-parto, período de maior vulnerabilidade materna. Mostra-se necessária, outrossim, a realização de estudos epidemiológicos e sociais que identifiquem a situação socioeconômica das mães por região e município, a fim de subsidiar intervenções direcionadas à melhoria da condição financeira de mulheres em situação de privação material.

A desnutrição infantil configura-se como um problema de saúde global. No caso da Guiné-Bissau, a população é fortemente afetada por essa patologia. O sistema de saúde pública do país enfrenta graves limitações estruturais devido ao número reduzido de centros de saúde. O maior hospital de referência nacional localiza-se na capital, o que sobrecarrega a unidade e gera episódios recorrentes de superlotação. Em decorrência do fluxo elevado, priorizam-se os casos de maior gravidade, enquanto pacientes estáveis aguardam atendimento em áreas de circulação. Adicionalmente, a escassez de leitos obstétricos faz com que muitas parturientes fiquem desassistidas no local de espera.

A maioria das regiões do país vizinho enfrenta desabastecimento de medicamentos essenciais para o período gestacional, obrigando as mulheres a se deslocarem até a capital em busca de assistência médica. Devido às precárias condições de transporte e às grandes distâncias, registram-se intercorrências graves durante o trajeto, como perdas fetais e partos imprevistos nos veículos. A desnutrição constitui o principal fator determinante para o incremento da mortalidade infantil nas regiões de Gabu e Bafatá, áreas de maior prevalência do agravo. Nesses territórios, de maioria muçulmana, práticas culturais e religiosas associadas à mendicância ritual expõem as crianças a longos períodos de jejum diurno, comprometendo o aporte calórico diário antes do retorno ao domicílio.

A instabilidade política crônica aponta-se como uma das causas primordiais da crise na saúde pública da Guiné-Bissau. Desde a independência nacional, sucessivos golpes de Estado têm obstaculizado o desenvolvimento socioeconômico e o progresso institucional. A destituição do primeiro presidente da República, Luís Cabral, por meio do golpe liderado pelo general João Bernardo Nino Vieira, inaugurou um período de frequentes rupturas governamentais. Essa conjuntura resultou na suspensão reiterada de auxílios e financiamentos internacionais destinados a projetos de proteção à infância.

Em anos recentes, o Estado elaborou diretrizes para o atendimento de mulheres e crianças em situação de vulnerabilidade nutricional. As ações de imunização foram estendidas a todas as regiões, sendo as campanhas vacinais viabilizadas por organismos internacionais, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Programa Mundial de Alimentos (PMA). Essas agências atuam conjuntamente no suporte às áreas com maior escassez de insumos, fornecendo recursos para o fortalecimento da agricultura local e o combate à desnutrição. Observa-se que a Guiné-Bissau depende substancialmente da cooperação técnica e financeira internacional para mitigar a problemática nutricional em sua sociedade.

No Brasil, o sistema de saúde apresenta avanços estruturais significativos, amparado por políticas públicas de proteção social e saúde coletiva direcionadas a grupos em vulnerabilidade social. A população dispõe do Sistema Único de Saúde (SUS), que assegura atendimento universal, gratuito e integral, incluindo o monitoramento terapêutico continuado. No âmbito do terceiro setor, instituições como o Instituto da Primeira Infância (Iprede) dedicam-se à reversão do quadro de desnutrição infantil por meio do tratamento clínico e do acompanhamento do desenvolvimento pondero-estatural.

A maior parte da população brasileira em situação de extrema pobreza é assistida pelo Programa Bolsa Família. Esse mecanismo de transferência de renda auxilia os núcleos familiares na aquisição de alimentos, vestuário e materiais escolares, suprimindo necessidades básicas de subsistência. Paralelamente, estratégias nacionais de incentivo ao aleitamento materno e diretrizes de alimentação e nutrição compõem a agenda governamental, integrando as discussões estruturais sobre o enfrentamento da fome e da pobreza no território nacional.

REFERENCIAS

- ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>. Acesso em: 25 mar. 2022.
- ALMEIDA FILHO, N. *et al.* (org.). **Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 256 p. (Série Epidemiológica, n. 2). Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8g2mz>. Acesso em: 10 fev. 2026.
- ANDRADE, M. C. Nordeste Semi-Árido: limitações e potencialidades. In: BATISTA FILHO, M.; BARBOSA, N. P. **Pró-Memória: Alimentação e Nutrição no Brasil 1974-1984**. Brasília: Ministério da Saúde, INAN, 1985.
- BANCO MUNDIAL. **Guiné-Bissau: análise de capital humano**. Washington: The World Bank, 2024. Disponível em: <https://documents.worldbank.org>. Acesso em: 08 maio 2026.
- BARATA, R. B. Epidemiologia e saber científico. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 14-27, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X1998000100003&lng=en. Acesso em: 15 jan. 2026.
- BARATA, R. B. Ética e epidemiologia. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 735-753, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000300006&lng=en. Acesso em: 05 mar. 2026.
- BATISTA FILHO, M. Saúde e nutrição. In: ROUQUAYROL, Z. M. **Epidemiologia & Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1986.
- BATISTA FILHO, M. *et al.* **Prevenção da desnutrição energético-proteica**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1989.
- BATISTA FILHO, M. (org.). **Viabilização do Semi-Árido Nordestino**. Recife: IMIP, 2001. p. 12-18. (Série de Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco, n. 6).
- BATISTA FILHO, M.; BARBOSA, N. P. **Alimentação e Nutrição no Brasil**. Pró-Memória: 1974-1984. Brasília: Canadá Gráfica e Editora, 1985.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. Deficiências nutricionais: ações específicas do setor saúde para o seu controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 130-135, 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000200004>. Acesso em: 18 abr. 2026.
- BISSAU. Hospital Nacional Simão Mendes. **Pediatria do Hospital Nacional Simão Mendes**. Bissau, 15 abr. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde como direito e condição para a qualidade de vida: bases conceituais do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. (Documento fundamental que introduz a discussão sobre os determinantes sociais da saúde e a iniquidade no contexto da saúde pública brasileira e da saúde coletiva).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nutri SUS**: caderno de orientação, estratégias de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nutri_sus_caderno_orientacoes.pdf. Acesso em: 12 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Setor Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 104-108, fev. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000100018>. Acesso em: 18 jan. 2026.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Portal do Governo**: Embaixada do Brasil em Guiné-Bissau. Brasília, DF: Associação Portuguesa de Nutrição, 2021.

BREILH, J. Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 965-974, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000400972. Acesso em: 02 fev. 2026.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. (Obra central na epidemiologia crítica latino-americana, que fornece a base teórica para a análise das iniquidades em saúde como produto de processos sociais e econômicos, indo além da abordagem biomédica tradicional).

BRYDON, R. *et al.* The effect of cash transfers on health in high-income countries: a scoping review. **The Lancet Public Health**, v. 9, n. 1, p. e45-e55, 2024. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00262-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00262-1). Acesso em: 19 mar. 2026.

CARDOSO, C. **A formação da elite política na Guiné-Bissau**. Lisboa: ISCTE-IUL, 2002. Disponível em: <https://bit.ly/2Lwjm1b>. Acesso em: 16 set. 2020.

CARDOSO, C. Formação e recomposição da elite política moderna na Guiné-Bissau: continuidades e rupturas (1910-1999). In: CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 8., 2004, Coimbra. **Anais [...]**. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 2004. Disponível em: <https://bit.ly/2FCq9nh>. Acesso em: 16 set. 2020.

CHINEM, V. P.; MIOT, H. A. Epidemiologia do carcinoma in situ da pele: retrato de 5 anos das taxas de mortalidade no Brasil. **Revista FT, Ciências da Saúde**, v. 29, n. 144, mar. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10000>. Acesso em: 15 abr. 2026.

COSTA, I. G. M. *et al.* Desnutrição infantil no Brasil em 2024: análise atual da morbidade hospitalar e seus impactos. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, 2024. Disponível em: <https://bjihis.emnuvens.com.br/bjihis/article/view/2636>. Acesso em: 04 fev. 2026.

DIAS, I. J. V. **Malnutrição e patologia cardíaca na população infantil de Bafatá, Guiné-Bissau**. 2009. 65 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2009. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt>. Acesso em: 20 maio 2026.

DJALÓ, T. Lições e legitimidade dos conflitos políticos na Guiné-Bissau. **Soronda, Revista de Estudos Guineenses**, Bissau, número especial, 7 jun. 2000.

GUINÉ-BISSAU. Ministério da Saúde Pública (MINSAP). **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II**. Bissau: MINSAP, 2007.

GUINÉ-BISSAU. Ministério da Saúde Pública. **Inquérito Nacional de Nutrição SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions)**. Bissau: MINSAP, UNICEF, WFP, OMS, [20--]. (Documentos periódicos que fornecem os dados epidemiológicos mais precisos sobre a situação nutricional no país, desagregados por região rural ou urbana, essenciais para demonstrar as iniquidades geográficas).

GUINÉ-BISSAU. **Roteiro para redução da mortalidade materna e neonatal na Guiné-Bissau**. Bissau: Ministério da Saúde Pública, 2006.

GUNES, P. M.; TSANEVA, M. The effect of Brazil's Family Health Program on cognitive skills. **Health Economics**, v. 31, n. 1, p. 110-128, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hec.4442>. Acesso em: 19 jan. 2026.

INSTITUTO DE SAÚDE DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Estratégias para alcançar um desenvolvimento infantil integral. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 90-97, 2015. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33945>. Acesso em: 22 mar. 2026.

LISBOA, C. S. *et al.* Impact of cash transfer programs on birth and child growth outcomes: systematic review. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, n. 81, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004071>. Acesso em: 10 abr. 2026.

LOPES, M. S. V.; VIEIRA, N. F. C. Cuidando da criança desnutrida. *In*: M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. **Saúde da família II: espaço de incerteza e possibilidades**. Fortaleza: Sociedade Brasileira de Enfermeiros Escritores, 2005. p. 43-56.

MARTINS, A. P. B. *et al.* Cash transfer in Brazil and nutritional outcomes: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1159-1171, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004456>. Acesso em: 14 fev. 2026.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). **Relatório de MSF**. Bissau: Escritório MSF, mar. 2017. Consulta local.

MENEZES, L. G. *et al.* A criança e sua família na atenção primária em saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 1, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i1a238053p1-8-2019>. Acesso em: 18 maio 2026.

MONTEIRO, C. A. **A Saúde Coletiva articula-se em um tripé interdisciplinar composto pela Epidemiologia, Administração e Planejamento em Saúde e Ciências Sociais em Saúde, com um enfoque transdisciplinar**. São Paulo: USP, [20--].

MONTEIRO, C. A. *et al.* Nutritional status of Brazilian children: trends from 1975 to 1989. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 70, n. 5, p. 657-666, 1992. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2393386/>. Acesso em: 28 abr. 2026.

MUÑOZ, S. A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 319-324, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000200010>. Acesso em: 20 abr. 2026.

NEXO JORNAL. **Carlos Augusto Monteiro: o excesso de peso como o novo normal**. São Paulo: Nexo Jornal, 13 maio 2024. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/externo/2024/05/13/carlos-augusto-monteiro-o-excesso-de-peso-como-o-novo-normal>. Acesso em: 10 maio 2026.

POU-RUIZ, O. *et al.* Desnutrição infantil na Guiné-Bissau: um problema de saúde pública e desenvolvimento. [S. l., s. n.], [20--]. (Estudos e artigos publicados em revistas de saúde pública que analisam os fatores de risco associados à desnutrição no contexto específico do país, validando a ligação entre determinantes sociais e o estado nutricional).

PRETO, C. *et al.* **Avaliação dos fatores associados à desnutrição infantil na Guiné-Bissau**. [S. l., s. n.], 2018.

RAMOS, F. L. P. *et al.* As contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 7, n. esp., p. 221-229, dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S2176-62232016000500025>. Acesso em: 25 abr. 2026.

REIS, A. R. R. MSF faz apelo por maiores fundos para a desnutrição infantil. **MSF Notícias**, 11 nov. 2009. Disponível em: <https://www.msf.org.br>. Acesso em: 16 fev. 2026.

REIS, J. G. *et al.* Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3431-3442, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.23192019>. Acesso em: 11 mar. 2026.

RIBEIRO, G. R. O casamento: uma imposição para meninas e jovens da Guiné-Bissau. *In: Ao redor do mundo: leituras em português*. [S. l.: s. n.], 2013.

RODRIGO, N.; GUIMARÃES, R. A.; MAMED, S. **Epidemiologia, indicadores de saúde e os sistemas de informação**. [S. l.: s. n., 20--].

SAÚDE e nutrição: os grandes desafios. **Revista do IMIP**, Recife, v. 9, n. 1, jun. 1995.

SOUZA, R. A. *et al.* Family health and conditional cash transfer in Brazil and its effect on tuberculosis mortality. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 23, n. 11, p. 1152-1159, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5588/ijtld.18.0772>. Acesso em: 12 jan. 2026.

TAUIL, P. L. Controle de agravos à saúde: consistência entre objetivos e medidas preventivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 55-58, 1998. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200006&lng=pt. Acesso em: 04 abr. 2026.

TAVARES, Y. **Prática de casamento forçado e precoce na Guiné-Bissau: uma aproximação desde a etnia fula**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado). Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unilab.edu.br>. Acesso em: 20 fev. 2026.

UNDP. United Nations Development Programme. **Guinea-Bissau: a land of potential**. Bissau: UNDP Guinea-Bissau, 2025. Disponível em: <https://www.undp.org>. Acesso em: 15 maio 2026.

UNICEF. **Guinea Bissau Annual Report 2024**. Bissau: UNICEF, 2024. Disponível em: <https://www.unicef.org>. Acesso em: 02 abr. 2026.

UNICEF; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); WORLD BANK. **Levels and trends in child malnutrition**: key findings. Washington: World Bank, [2025]. (Relatórios anuais que fornecem dados epidemiológicos cruciais sobre a prevalência de desnutrição na Guiné-Bissau, permitindo o monitoramento das tendências). Disponível em: <https://data.unicef.org>. Acesso em: 05 maio 2026.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Nutrição. [Título desconhecido]. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 533-544, abr./jun. 2000.

VASCONCELLOS, M. T. L. *et al.* Sampling plan of the Brazilian National Survey on Child Nutrition (ENANI-2019): a population-based household survey. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, e00037221, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037221>. Acesso em: 09 mar. 2026.

VICTORA, C. Equidade para toda a vida. **Radis: Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, n. 235, p. 12-15, 2022. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br>. Acesso em: 08 mar. 2026.

VICTORA, C. G. Mortalidade infantil, desnutrição e condições socioeconômicas: os casos de São Paulo e do Ceará. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2., 1992, Belo Horizonte. **Anais [...]**. Belo Horizonte: ABRASCO, 1992.

VICTORA, C. G. *et al.* Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: variable progress towards an unfinished agenda. **The Lancet**, London, v. 397, n. 10282, p. 1388-1399, 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00394-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00394-9). Acesso em: 12 maio 2026.

VITULLO, G. E. Transitologia, consolidologia e democracia na América Latina: uma revisão crítica. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 17, p. 53-60, 2001. Disponível em: <https://bit.ly/2OZ88YB>. Acesso em: 06 fev. 2020.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>. Acesso em: 07 mar. 2026. (Artigo clássico que define e diferencia claramente os conceitos de desigualdade, iniquidade e equidade em saúde, oferecendo o referencial teórico para a discussão aplicada à Guiné-Bissau).

ZORZETTO, R. **Excesso de peso como o novo normal**: estudo dos efeitos de nutrição sobre saúde, epidemiologista da USP atribuiu a obesidade à transformação do sistema alimentar. São Paulo: USP, 2024.

ZORZETTO, R. Victora: a saúde por trás das estatísticas. **Revista Pesquisa Fapesp**, São Paulo, ed. 208, jun. 2013. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br>. Acesso em: 25 abr. 2026.

APÊNDICE A - ENTREVISTAS

Em seguida, apresento três entrevistas realizadas com as mães contempladas pelo programa, tendo cada um dado a sua contribuição sobre como conheceu o programa e o que tem beneficiado a vida do filho.

Entrevistado: Família 1

Idade: 23 anos

Criança: 6 anos, sexo masculino

Situação: desnutrida

Tive informação do IPREDE no posto de saúde com o Dr. Rafael. Ao agendar uma consulta, ele indicou-me para instituto da primeira infância (IPREDE). Na ocasião, meu filho tinha 4 anos de idade e estava desnutrido, pesando 11.600 gramas. Ali fui orientada sobre como cuidar da alimentação dele. A partir daí, sigo as orientações dos profissionais do (IPREDE). A nutricionista sempre foi bastante paciente comigo, demonstrando paciência e amizade, mas também sendo rigorosa em termos de acompanhamento e seguimento das orientações fornecidas. Através do IPREDE descobrimos que meu filho tem problema de lado esquerdo do pulmão. Na época, ele tinha 4 anos. Ainda estava na fila por alguns dias, mas graças a Deus, conseguimos entrar e fizemos exames de sangue. Atualmente tudo está dando certo e a equipe de lá é composta por ótimos profissionais. Recomendo que as outras mães procurem o serviço de IPREDE para solucionar qualquer problema das crianças devido aos cuidados coletivos dos profissionais e à dinâmica.

Entrevistado: Família 2

Idade: 34 anos

Criança: 6 anos, sexo feminino

Situação: desnutrida

Conheci o IPREDE através do Doutor da maternidade Rodolfo. Estou neste momento, graças a Deus, ao ter aceite as orientações de nutricionista e outras profissionais daqui tudo para bem-estar da minha filha, que, neste momento, está desenvolvendo melhores condições nutricionais. Enquanto mãe, sinto-me contente com a recreação da minha filha e também estou cumprindo todas as recomendações dos profissionais para o bem-estar dela.

Recomendo às minhas parceiras mães que procurem auxílio para os filhos, especialmente aqui no (IPREDE), uma vez que os profissionais oferecem atendimento excepcional.

Entrevistado: Família 3

Mae: 33 anos

Criança: 7 anos, sexo feminino

Pai: 34 anos

Situação: baixo peso

Fiquei sabendo do IPREDE através da minha prima. Ela é atendida no IPREDE. Quando cheguei com minha filha, fizeram triagem. Na época, ela estava com baixo peso. Desta forma, aprendi muita coisa com os profissionais. Sendo assim, sempre prestei atenção nas orientações, pois anteriormente, minha filha apresentava diversos problemas, como intolerância à lactose, refluxo, enxaqueca e dores de cabeça. No entanto, atualmente, ela já pesa mais 2 kg, o que significa que situação tem melhorado significativamente. Neste momento, sinto-me contente e aliviada pelo progresso da minha filha.

Recomendo a todas as mães que procurem os motivos dos problemas dos filhos, no IPREDE, eles acompanham e seguem tudo de forma direitinho.

Ao analisar o resultado durante o estágio à docência no instituto da primeira infância IPREDE, constatamos que a relação entre os familiares e os profissionais é baseada na inclusão e superação da vulnerabilidade das crianças e das mães. Dessa forma, foram elaborados mecanismo para resolver de forma dinâmica o bem-estar social da comunidade, ou seja, de parcelas do povo brasileiro. Dessa forma, os valores sociais de uma nação são construídos através dos esforços do Estado e organização não governamentais, ou seja, organização sem fins lucrativos.

O relatório a que se refere o mesmo estágio de docência é relevante para a transmissão de valores e conhecimento, o que contribui para o progresso nesta área de saber. É uma das grandes aprendizagens interativa positiva que permite a transição de conhecimento de geração em geração.

Dessa forma, é relevante e crucial aprender as diferentes teorias no campo de saberes, com objetivo de colocar em ação novas práticas com potencial transformador. Sendo assim, a dinâmica conjugada nesse estágio à docência servirá para mim como outra experiência que, a qualquer momento, pode ser aplicada para outras comunidades de crianças, ou seja, a família, devido à ligação com minha linha de pesquisa. A interação durante estágio permitiu a abertura

de uma nova perspectiva de conhecimento e relações com diferentes profissionais, famílias, e conhecer melhor o espaço físico e estrutural que compõe a instituição denominada instituto da primeira infância IPREDE.

Contudo, trouxe uma nova perspectiva e contribuiu para as políticas de desnutrição infantil. a presença dessa demanda pode diminuir diversas dinâmicas da população brasileira, o que pode servir também de exemplo para população guineense, que sofre com diversos problemas e os sucessivos governos não conseguiram ainda melhorar o sistema de saúde pública.

No meu ponto de vista e nas análises feitas, percebe-se que, independentemente da instituição da primeira infância com caráter social e visão social, a esperança de que as mudanças e o desenvolvimento socioeconômico sejam promovidos, no que diz respeito aos cuidados oferecidos para crianças e formação das mães para que, no futuro, sejam independentes e capazes de melhorar as suas condições de vida sem depender de outra pessoa.

Dessa forma, a partir da minha observação e análise técnica, bem como das informações obtidas durante o meu estágio, percebi que a interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e dinâmica de diferentes áreas de conhecimento são extremamente importantes e fundamentais para responder às demandas das famílias, uma vez que as mães e as crianças são beneficiárias das formações e outras atividades de inclusão social, assim como as crianças recebem tratamento adequado para o desenvolvimento, sendo que a maioria delas são beneficiadas pelo bolsa família, para superar a vulnerabilidade. Com base nessa informação, é possível compreender com clareza as diversas dificuldades enfrentadas pelas famílias, que estão sendo superadas a cada dia devido ao atendimento e cuidado prestados pelos profissionais de IPREDE.