



DOI:10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13984

Ahead of Print

Lara da Silva Sales¹ 0000-0003-3445-5364

Talita Silva de Lima Nogueira² 0000-0001-7420-184X

Anne Fayma Lopes Chaves³ 0000-0002-7331-1673

Emanuella Silva Joventino Melo⁴ 0000-0001-9786-5059

Thiago Moura de Araújo⁵ 0000-0002-3924-9570

^{1,2,3,4,5} Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, Ceará, Brasil.

AUTOR CORRESPONDENTE: Lara da Silva Sales

E-mail: enflarassales@hotmail.com

Recebido em: 19/05/2025

Aceito em: 15/09/2025

Como citar este artigo: Sales LS, Nogueira TSL, Chaves AFL, Melo ESJ, Araújo TM. Pobreza multidimensional e saúde infantil: análise das políticas públicas no Brasil e Moçambique. R Pesq Cuid Fundam (Online). [Internet]. 2025 [acesso em dia mês ano];17:e13984. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13984>.

POBREZA MULTIDIMENSIONAL E SAÚDE INFANTIL: ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL E MOÇAMBIQUE

MULTIDIMENSIONAL POVERTY AND CHILD HEALTH: ANALYSIS OF PUBLIC POLICIES IN BRAZIL AND MOZAMBIQUE

POBREZA MULTIDIMENSIONAL Y SALUD INFANTIL: ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN BRASIL Y MOZAMBIQUE

RESUMO

Objetivos: analisar como políticas públicas de saúde no Brasil e em Moçambique enfrentam a pobreza multidimensional que afeta crianças e adolescentes, considerando privações em educação, saúde, moradia e saneamento. **Método:** estudo

documental e qualitativo, com análise de atos normativos, relatórios ministeriais e dados de UNICEF e OMS no período de 36 anos (1988-2024). **Resultados:** no Brasil, políticas como o SUS, o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Bolsa Família e a PNAISC favoreceram redução da mortalidade infantil e melhoria no acesso a serviços, embora persistam desigualdades regionais. Em Moçambique, legislações de proteção infantil e a adesão aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável representam avanços, mas limitações estruturais, principalmente em áreas rurais, restringem resultados efetivos. **Conclusão:** enfrentar a pobreza multidimensional exige políticas intersetoriais e sustentáveis, articulando saúde, educação e assistência social, com protagonismo estratégico da enfermagem para reduzir desigualdades e fortalecer a equidade na saúde infantil.

DESCRITORES: Pobreza infantil; Saúde da criança; Determinação social da saúde; Política de saúde.

ABSTRACT

Objectives: to analyze how public health policies in Brazil and Mozambique address multidimensional poverty affecting children and adolescents, considering deprivations in education, health, housing, and sanitation. **Method:** qualitative and documentary study, analyzing legal acts, ministerial reports, and UNICEF and WHO data over 36 years (1988-2024). **Results:** in Brazil, policies such as SUS, the Statute of Children and Adolescents, Bolsa Família, and PNAISC contributed to reducing child mortality and improving access to services, although regional inequalities persist. In Mozambique, child protection laws and adherence to the Sustainable Development Goals indicate progress, but structural limitations, especially in rural areas, restrict effective outcomes. **Conclusion:** tackling multidimensional poverty requires intersectoral and sustainable policies, integrating health, education, and social assistance, with a

strategic role of nursing to reduce inequalities and strengthen equity in child health.

DESCRIPTORS: Child poverty; Child health; Social determination of health; Health policy.

RESUMEN

Objetivos: analizar cómo las políticas públicas de salud en Brasil y Mozambique enfrentan la pobreza multidimensional que afecta a niños y adolescentes, considerando privaciones en educación, salud, vivienda y saneamiento. **Método:** estudio cualitativo y documental, con análisis de actos normativos, informes ministeriales y datos de UNICEF y OMS durante 36 años (1988-2024). **Resultados:** en Brasil, políticas como el SUS, el Estatuto del Niño y del Adolescente, Bolsa Familia y la PNAISC favorecieron la reducción de la mortalidad infantil y el acceso a servicios, aunque persisten desigualdades regionales. En Mozambique, legislaciones de protección infantil y la adhesión a los Objetivos de Desarrollo Sostenible muestran avances, pero limitaciones estructurales, especialmente en áreas rurales, restringen resultados efectivos. **Conclusión:** enfrentar la pobreza multidimensional requiere políticas intersectoriales y sostenibles, que integren salud, educación y asistencia social, con participación estratégica de la enfermería para reducir desigualdades y promover la equidad en la salud infantil.

DESCRIPTORES: Pobreza infantil; Salud infantil; Determinación social de la salud; Política de salud.

INTRODUÇÃO

A pobreza, durante muito tempo, foi tida apenas como baixo nível de renda. Porém, na atualidade, adota -se o conceito de pobreza multidimensional, onde há a privação de direitos básicos individuais, como acesso à educação de qualidade, condições de saúde, moradia, água e saneamento básico e não apenas a renda

inadequada.¹

No Brasil, no que se refere a pobreza multidimensional na infância e na adolescência, antes mesmo da pandemia de covid-19, já alcançava seis em cada dez crianças e adolescentes de até 17 anos, o que corresponde a cerca de 32 milhões de meninos e meninas, do total de 50,8 milhões vivendo em situação de pobreza. Dados relacionados às dimensões de alimentação, educação e renda indicam que o número de crianças e adolescentes privados de seus direitos aumentou durante a pandemia, agravando ainda mais esse cenário.²

Nos últimos anos, o Brasil vem enfrentando inúmeros desafios para a garantia dos direitos de crianças e adolescentes, pois entre os oito indicadores que compõem a pobreza multidimensional, a saber: alimentação, renda, educação, trabalho infantil, moradia, água, saneamento e informação, os três primeiros tiveram piora significativa entre 2020 e 2022.²

Como resultado da pobreza multidimensional na infância e adolescência no Brasil, tem-se o agravamento da insegurança alimentar e da pobreza extrema, além da piora da alfabetização e as persistentes desigualdades raciais e regionais.²

No contexto dos países lusófonos, que são países participantes da Comissão de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e que dispõem de Políticas Públicas estruturadas e disseminadas, ainda, é visto inúmeros desafios relacionados à multidimensionalidade da pobreza em crianças e adolescentes.

O país de Moçambique conta com mais de 14 milhões de crianças, das quais cerca de 10 milhões vivem alguma forma de pobreza. As evidências apontam que 46% das crianças moçambicanas de 0-17 anos podem ser consideradas pobres em termos multidimensionais, 49% da população infantil é monetariamente pobre e 28% sofrem com a pobreza multidimensional e monetária. As zonas rurais e as províncias do norte

concentram a maior proporção desta população infantil mais vulnerável.³

No que se refere aos indicadores de pobreza multidimensional, 74% das crianças moçambicanas não têm acesso adequado ao saneamento e eletricidade e 43% não têm fontes de água potável e acessíveis. Cerca de 16% das crianças dividem o mesmo quarto com quatro ou mais pessoas e 57% vivem numa casa com o chão e o telhado feito com base em materiais naturais primitivos, propensos a danos graves aquando da ocorrência de desastres naturais. Grande parte (42%) das crianças moçambicanas menores de cinco anos sofrem de desnutrição crónica e 16% têm baixo peso. A maioria (68%) das crianças com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos não concluiu o ensino primário e 26% das crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos nem sequer frequentam a escola.³

A localização rural, o baixo nível de escolaridade dos pais e o tipo de emprego que estes possuem são os principais determinantes da pobreza infantil multidimensional em Moçambique. Além disso, os eventos climáticos extremos também são fatores que aumentam o risco de pobreza multidimensional.³

Com base nisto, o foco das políticas públicas em Moçambique deveria ser pautado numa abordagem integrada, particularmente na saúde, água, saneamento, higiene e nutrição, já que 25% das crianças apresentam vulnerabilidades simultaneamente em todas estas áreas.³

Logo, as políticas de combate ao fenômeno da pobreza multidimensional não podem ser voltadas apenas ao aumento da renda, uma vez que a pobreza está ligada a fatores sociais, políticos e econômicos.¹

Diante do exposto, tem-se como pergunta de pesquisa: existem estratégias de enfrentamento ou potencialização do conceito de pobreza multidimensional por meio das Políticas Públicas do Brasil e de Moçambique?

O objetivo deste estudo é analisar se há estratégias de enfrentamento ou potencialização do conceito de pobreza multidimensional por meio das políticas públicas de saúde de crianças e adolescentes no contexto de saúde do Brasil e de Moçambique.

MÉTODO

O desenho de pesquisa tem caráter documental e com abordagem qualitativa embasado nas políticas públicas voltadas à saúde da criança e do adolescente no contexto de países lusófonos.

O referencial teórico-metodológico deste estudo é baseado nas Políticas Públicas e Relatórios de Saúde publicados nos sites oficiais do Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) e Ministério da Saúde do Brasil. Após a pesquisa dos documentos publicados e análise das publicações oficiais, também foram coletados materiais de outras fontes como sites de organizações mundiais. O estudo foi desenvolvido entre agosto e setembro de 2024.

A busca foi realizada por dois pesquisadores distintos e de forma pareada com auxílio de um instrumento de coleta de dados, que continha variáveis como: ano do ato normativo, temática, e se havia estratégia de enfrentamento ou potencialização do conceito de pobreza infantil multidimensional.

Assim, buscou-se por atos normativos que pertencessem ao recorte temporal dos últimos 36 anos (1988-2024) compreendendo as primeiras políticas identificadas após o estabelecimento da Constituição Federal no âmbito brasileiro e o debate sobre saúde da criança no contexto internacional, visto que, neste período as nações priorizavam o tema e convergiam esforços para a promoção de condições para proteção, desenvolvimento infantil e, principalmente, enfrentamento da mortalidade infantil, até os atos normativos mais atuais⁴.

Assim, as buscas aconteceram nos sites oficiais do Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), Congresso Nacional, Senado Federal, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundação das Nações Unidas para Infância (UNICEF).

Para escolha dos atos normativos, utilizou-se como critérios de inclusão: atos publicados no Brasil e em Moçambique que tratassesem sobre a temática de saúde da criança e pobreza infantil no recorte temporal estabelecido, além de programas e projetos de combate à pobreza infantil. Os documentos foram extraídos e dispostos em formato de linha do tempo, para melhor organização do material.

A análise dos dados foi realizada de modo expositivo-narrativo, contemplando-se o contexto de evolução temporal das políticas e buscando encontrar neste fenômeno social a construção de respostas na perspectiva da intersetorialidade e integralidade da atenção entre os diferentes setores de políticas públicas de dois países pertencentes à CPLP, observadas as mudanças governamentais, expressando as convergências, divergências e contradições relacionadas à construção das políticas públicas para o enfrentamento da pobreza infantil.

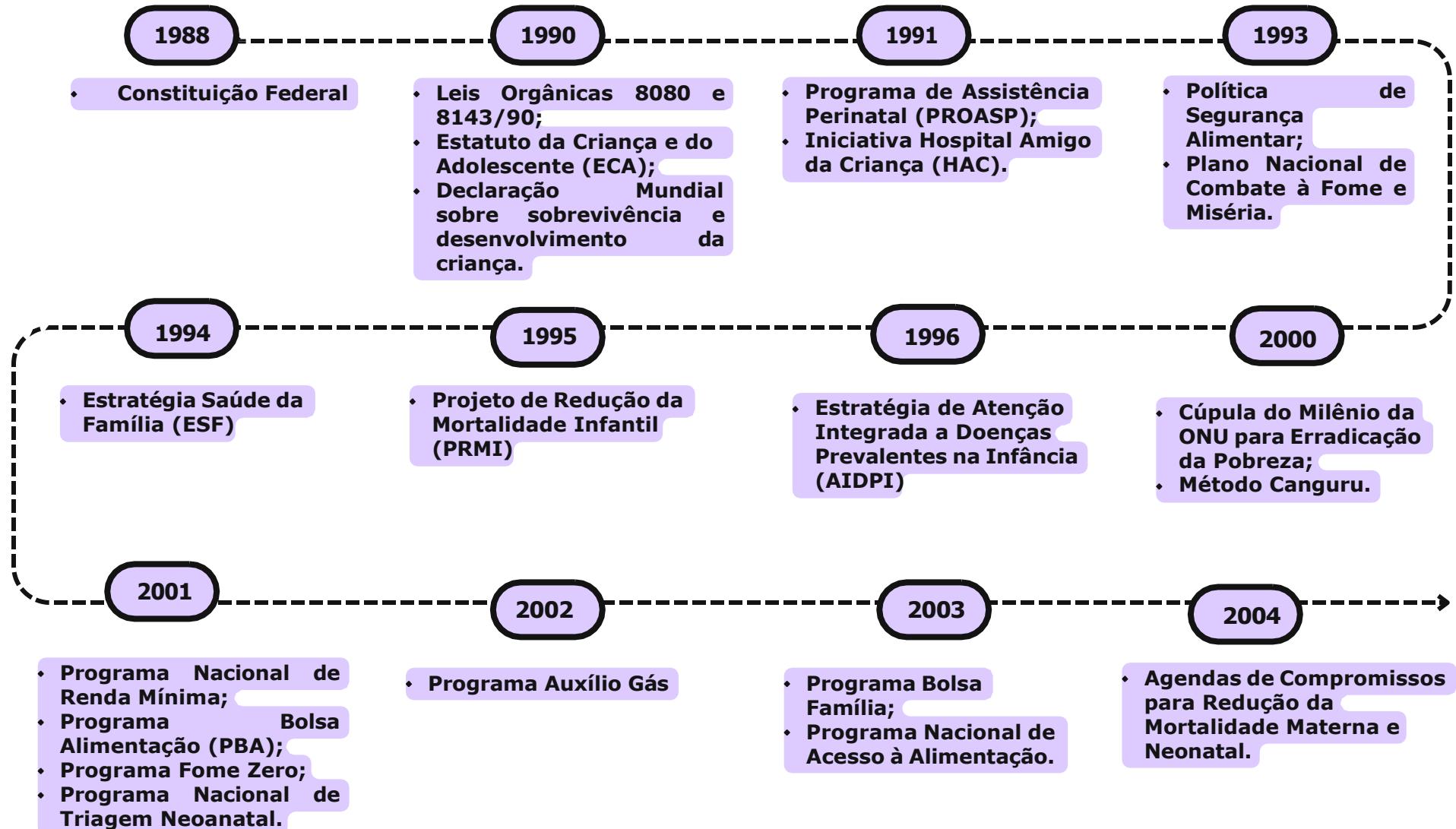
Dessa maneira, ressalta-se que o presente estudo não exigiu avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme previsto na Resolução CNS nº 510, de 7 de abril de 2016⁵, que estabelece as situações em que esse procedimento não é necessário, como o não envolvimento de seres humanos na pesquisa.

RESULTADOS

No cenário das políticas públicas brasileiras, foram analisados dezenove atos normativos, incluindo manuais, planos e projetos de trabalho, bem como políticas relacionadas ao acesso à renda, educação, alimentação e saúde, conforme o exposto na Figura 1. De forma semelhante, no contexto de Moçambique, foram avaliadas sete

políticas existentes, com foco nos aspectos sociais, econômicos e de saúde, dispostas na Figura 2.

Figura 1 - linha do tempo da construção de políticas públicas voltadas à saúde da criança e do adolescente no Brasil.



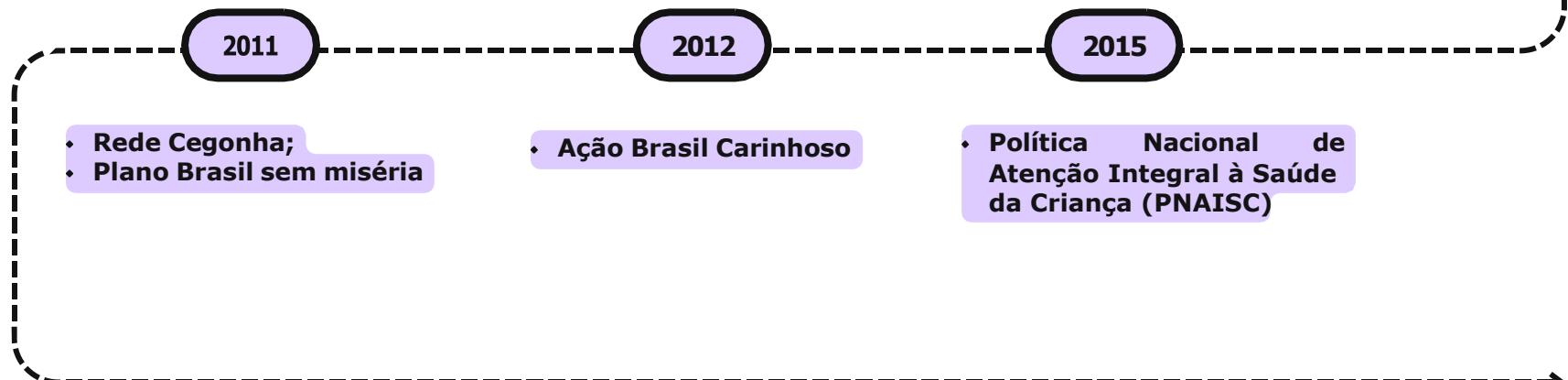


- Pacto pela Saúde;
- Política Nacional Atenção Básica (PNAB)

- Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).

- Rede Amamenta Brasil

- Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis



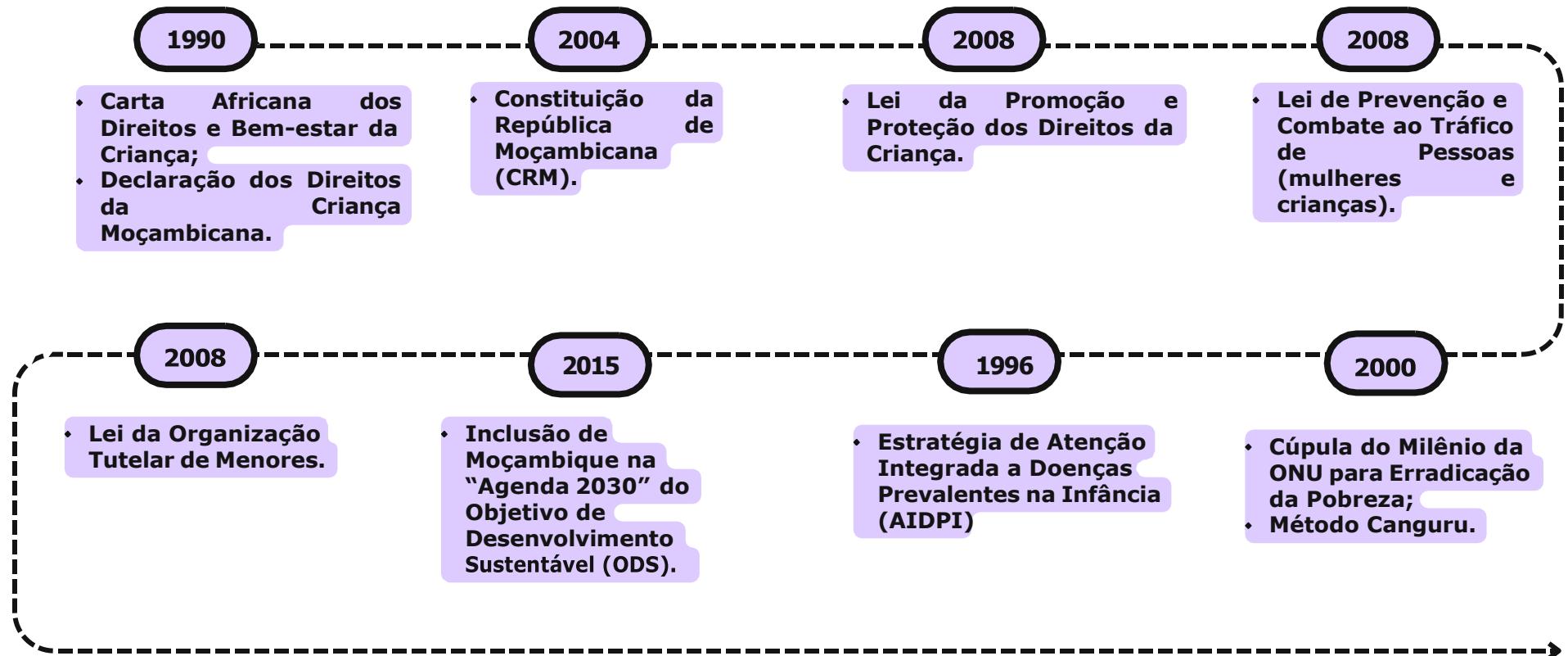
- Rede Cegonha;
- Plano Brasil sem miséria

- Ação Brasil Carinhoso

- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)

Fonte: próprios autores, 2025.

Figura 2 - Linha do tempo da construção de políticas públicas voltadas à saúde da criança e do adolescente em Moçambique.



Fonte: próprios autores, 2025.

As informações referentes às políticas públicas voltadas para a saúde de crianças e adolescentes no Brasil e em Moçambique foram organizadas em categorias, a saber: o panorama das políticas públicas e a saúde de crianças e adolescentes no Brasil; o panorama das políticas públicas e a saúde de crianças e adolescentes em Moçambique; e um comparativo entre políticas públicas de saúde e a pobreza infantil no Brasil e Moçambique.

DISCUSSÃO

Panorama das políticas públicas e a saúde de crianças e adolescentes no Brasil

O contexto brasileiro das décadas de 1980 e 1990 foi marcado por importantes avanços sociais na área da saúde, especialmente no combate à pobreza e suas consequências na saúde infantil. A Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (8.080 e 8.142, de 1990) promoveram transformações significativas no modelo de atenção à saúde no Brasil, incluindo um impacto direto na saúde das crianças. Como resultado, houve um declínio expressivo na mortalidade infantil, apesar de ainda persistirem desafios.⁶ Esses avanços destacam a relação entre políticas públicas de saúde e a redução de desigualdades sociais.

Durante a década de 1990, o Brasil aderiu a iniciativas internacionais, como a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança, reafirmando compromissos voltados para a saúde e proteção infantil. Internamente, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aprovado em 1990, assegurou direitos fundamentais para crianças e adolescentes, buscando promover sua integridade física e psicológica, além de garantir acesso a serviços essenciais, como saúde e alimentação.^{6,7}

Entre as políticas voltadas para a saúde infantil, destacam-se iniciativas como o

Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994. Essas ações contribuíram para melhorar o acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência em regiões vulneráveis, promovendo a redução da mortalidade infantil e fortalecendo a atenção básica.^{7,8}

O fortalecimento da segurança alimentar também teve papel crucial no combate à pobreza e na promoção da saúde infantil. A criação de programas como o Bolsa Alimentação e, posteriormente, o Bolsa Família, permitiu mitigar os efeitos da pobreza extrema, garantindo acesso a uma alimentação adequada para gestantes, nutrizes e crianças. Essas ações estão diretamente relacionadas à melhoria de indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil e do baixo peso ao nascer.^{9,10}

A década de 2000 foi marcada pelo avanço de estratégias intersetoriais que abordaram os determinantes sociais da saúde. O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), o Método Canguru e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) são exemplos de iniciativas que promoveram o cuidado integral à saúde infantil, combinando aspectos clínicos e sociais para reduzir morbimortalidade e promover o desenvolvimento pleno das crianças, com foco nas populações mais vulneráveis.^{11,12}

Ainda assim, a relação entre pobreza e saúde permanece evidente. A desigualdade social continua sendo um desafio que impacta negativamente o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, especialmente em regiões periféricas e rurais. A universalização de serviços essenciais, como saneamento básico e educação, permanece incompleta, o que reforça a necessidade de políticas públicas que combatam a pobreza de forma multidimensional e integrada. Estratégias como a Rede

Cegonha, o Programa Brasil Carinhoso e o Plano Brasil sem Miséria buscaram abordar essas lacunas, mas a fragmentação de algumas ações limitou seu alcance e eficácia.^{10,13}

Além disso, PNAISC caracteriza-se hoje como a principal política brasileira no contexto da saúde de crianças e adolescentes, pois visa, promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, com vistas à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.¹⁴

Assim, a trajetória brasileira demonstra que políticas públicas voltadas para a redução da pobreza têm impacto significativo na saúde infantil. No entanto, a superação das desigualdades exige esforços contínuos para integrar ações sociais e de saúde, promovendo o desenvolvimento sustentável e a equidade. A experiência brasileira ressalta a importância de considerar a pobreza como um determinante central na formulação de políticas voltadas para a saúde e o bem-estar da população infantil.

Panorama das políticas públicas e a saúde de crianças e adolescentes em Moçambique

Adentrando no contexto de Moçambique, em 1990, Moçambique aderiu à Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança, um marco jurídico fundamental para a proteção da infância no continente africano. Este documento reconhece as crianças como sujeitos de direitos, destacando a importância de promover sua proteção e bem-estar. Entre os direitos garantidos estão o direito à vida, à identidade, à saúde, à educação e à proteção contra todas as formas de violência, exploração e abuso. A Carta também assegura o direito das crianças de expressarem suas opiniões e

participar das decisões que as afetam, além de enfatizar o papel crucial do ambiente familiar e comunitário em seu desenvolvimento.¹⁵

Adicionalmente, a carta enfatiza a necessidade de atenção especial a crianças em situações de vulnerabilidade, como aquelas afetadas por conflitos armados, pobreza e doenças. Ela também incentiva a cooperação entre os países africanos na implementação dos direitos infantis.¹⁵

Em 2004, Moçambique consolidou seu compromisso com os direitos das crianças ao adotar uma nova Constituição da República, que estabelece os princípios fundamentais do Estado e os direitos dos cidadãos. No que diz respeito às crianças, a constituição garante direitos essenciais, como o acesso à saúde, educação e proteção contra abusos, criando uma base legal para políticas públicas voltadas à saúde infantil. O texto constitucional também impõe ao Estado a responsabilidade de promover o bem-estar das crianças, assegurando condições adequadas para seu desenvolvimento. Além disso, destaca a importância de oferecer serviços de saúde de qualidade como medida essencial para combater a pobreza multidimensional e melhorar a qualidade de vida das crianças.¹⁶

Apesar da independência conquistada em 1975, foi somente em 2008 que Moçambique aprovou leis específicas voltadas à promoção e proteção dos direitos das crianças. Entre estas, destaca-se a Lei de Promoção e Proteção dos Direitos das Crianças, considerada o principal estatuto voltado à infância no país. Essa legislação abrange diversos aspectos relacionados à proteção infantil, alinhando-se à Constituição moçambicana, à Convenção sobre os Direitos da Criança e à Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança. O principal objetivo dessa lei é promover e proteger os direitos infantis de maneira abrangente.¹⁷

Outra medida significativa foi a aprovação da Lei da Organização Jurisdicional

de Menores, que estabeleceu um sistema jurídico especializado para a proteção das crianças e adolescentes. Baseada em princípios como o melhor interesse da criança, a dignidade e a não discriminação, essa lei reconhece as pessoas com menos de 18 anos como vulneráveis e necessitadas de proteção especial. Ela introduziu tribunais de menores, com procedimentos adaptados às necessidades das crianças, além de medidas alternativas à detenção, priorizando a reintegração social e a reabilitação de jovens em conflito com a lei. A lei também garante acesso a apoio jurídico e psicológico, além de assegurar que as crianças sejam ouvidas em processos que as envolvem.¹⁷

Ainda em 2008, foi sancionada a Lei sobre o Tráfico de Pessoas, que define medidas para combater e prevenir o tráfico humano, com atenção especial às mulheres e crianças. Essa legislação criminaliza o tráfico e prevê proteção às vítimas, testemunhas e denunciantes. Além disso, a Lei da Família reforça os direitos das crianças, destacando entre os deveres familiares a promoção de seu desenvolvimento pleno, conforme expresso na alínea c), artigo 4º.¹⁷

Outro marco foi a inclusão de Moçambique na Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em 2015. O compromisso do país com os 17 ODS reflete sua intenção de erradicar a pobreza, promover igualdade de gênero e garantir saúde e educação de qualidade. A adesão à Agenda 2030 possibilita acesso a apoio técnico e financeiro internacional, ampliando as capacidades do país para implementar políticas públicas integradas. Os ODS reforçam uma abordagem de desenvolvimento que equilibra crescimento econômico, inclusão social e proteção ambiental, elementos essenciais para o futuro de Moçambique.¹⁸

Apesar dos avanços alcançados ao longo das últimas décadas, Moçambique ainda enfrenta desafios significativos para garantir assistência integral às crianças e

adolescentes. A persistência da pobreza extrema, um legado da colonização e das desigualdades históricas, continua a impactar negativamente o desenvolvimento infantil no país.

Assim, nota-se que embora de forma lenta, Moçambique vem avançando em busca de proporcionar uma assistência integral à saúde de crianças e adolescentes de forma a minimizar o estado de pobreza instalado no país, que está ligado ao contexto da colonização, marcado pela exploração dos povos e riquezas oriundos da terra e que perpetuam marcas negativas até os dias atuais.

Comparativo entre políticas públicas de saúde e a pobreza infantil no brasil e Moçambique

Tanto o Brasil quanto Moçambique enfrentaram desafios históricos relacionados à pobreza e à saúde infantil. No entanto, suas abordagens e contextos sociopolíticos moldaram os resultados e a eficácia das políticas públicas implementadas em cada país.

Ambos os países compartilham a luta contra a pobreza multidimensional, que afeta diretamente a saúde infantil. No entanto, enquanto o Brasil conseguiu estabelecer uma rede de proteção social abrangente, combinando saúde, educação e assistência social, Moçambique ainda busca fortalecer sua capacidade institucional para implementar políticas de impacto sustentável. Os dois contextos demonstram que o enfrentamento da pobreza exige não apenas políticas de saúde, mas também abordagens intersetoriais que lidem com as raízes da desigualdade.

CONCLUSÃO

A análise crítica e temporal das políticas públicas permite concluir que, apesar dos esforços empreendidos pelos países abordados, o combate à pobreza

multidimensional entre crianças e adolescentes exige uma abordagem mais ampla e integrada.

Uma vez que, políticas fragmentadas, que tratam apenas as consequências sem abordar as causas estruturais do empobrecimento social, demonstram limitações significativas. Ao longo dos anos, embora diversas estratégias tenham sido implementadas, tanto no Brasil quanto em Moçambique, ainda não se observa um plano eficaz de enfrentamento à pobreza multidimensional.

Além disso, as dificuldades na execução dessas políticas decorrem, em grande parte, de fragilidades relacionadas à universalização, integralização e descentralização das ações, pilares frequentemente destacados na formulação das políticas, mas que enfrentam barreiras substanciais na prática. Essas limitações estão profundamente enraizadas em fatores que transcendem a gestão da saúde pública, como a necessidade de uma educação básica de qualidade, melhor formação e capacitação profissional, redistribuição de riquezas e ampliação das oportunidades de geração de renda.

Assim, somente ao abordar essas questões estruturais será possível reconfigurar de forma eficaz as ações e serviços de saúde, garantindo uma resposta integral e sustentável à pobreza multidimensional. Assim, o enfrentamento desse desafio requer uma visão intersetorial e um compromisso duradouro que alie políticas sociais, econômicas e educacionais à promoção da saúde, construindo um futuro mais equitativo e inclusivo para crianças e adolescentes.

As principais limitações deste estudo estão na dependência exclusiva de fontes secundárias e na disponibilidade de documentos, o que deixa lacunas na análise devido à ausência de informações detalhadas, atualizadas e abrangentes em alguns dos documentos acessados, especialmente no caso de políticas não publicadas em formato oficial ou de difícil acesso.

Além disso, a interpretação das políticas é influenciada pelo contexto em que foram elaboradas, sendo que a análise documental pode não captar integralmente os impactos práticos dessas políticas, sua implementação efetiva ou os desafios enfrentados nos diferentes níveis governamentais. Por fim, diferenças nas estruturas sociais, econômicas e culturais entre Brasil e Moçambique tornam a comparação das políticas complexa, podendo levar a generalizações que não considerem adequadamente os contextos locais e específicos de cada país.

Assim, o presente estudo traz importantes contribuições para a enfermagem ao destacar como a pobreza multidimensional afeta a saúde de crianças e adolescentes. Esse conceito amplia a compreensão dos fatores que influenciam o estado de saúde, indo além da escassez de recursos financeiros e englobando aspectos como educação, moradia, acesso a serviços de saúde e condições sociais.

Nesse contexto, a enfermagem assume um papel crucial na promoção de cuidados integrados, realizando ações de prevenção, acompanhamento e educação em saúde, especialmente em comunidades vulneráveis. A atuação do enfermeiro, ao compreender a pobreza como um fator determinante para a saúde, permite uma abordagem mais ampla e sensível às necessidades dos pacientes, contribuindo para a implementação efetiva das políticas públicas de saúde, como o SUS no Brasil e as iniciativas em Moçambique.

REFERÊNCIAS

1. Marcelino GC, Cunha MS. Pobreza multidimensional no Brasil: evidências para as áreas rurais e urbanas. *Rev Econ Sociol Rural*. [Internet]. 2023 [acesso em 16 janeiro 2025];62:e266430. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9479.2023.266430>.
2. UNICEF (Brasil). As múltiplas dimensões da pobreza na infância e na adolescência no Brasil: estudo completo. [Internet]. Brasília: UNICEF; 2023 [acesso em 16 janeiro

- 2025]. Disponível em: https://omlpistrapi.appcivico.com/uploads/UNICEF_EPUB_POBREZA_WEB.pdf.
3. UNICEF (Moçambique). Pobreza infantil multidimensional em Moçambique. [Internet]. Maputo: UNICEF; 2020 [acesso em 16 janeiro 2025]. Disponível em: <https://www.unicef.org/mozambique/media/2671/file/Pobreza%20Infantil%20Multidimensional%20em%20Mo%C3%A7ambique.pdf>.
4. Albernaz ALG, Couto MCV. A puericultura no SUS: o cuidado da criança na perspectiva da atenção integral à saúde. Saude Debate. [Internet]. 2022 [acesso em 16 janeiro 2025];46(spe5). Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br>.
5. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União. [Internet]. Brasília; 2016 [acesso em 16 janeiro 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf>.
6. Perez JRR, Passone EF. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. Cad Pesqui. [Internet]. 2010 [acesso em 16 janeiro 2025];40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742010000200017>.
7. Marinho CSR, Ferreira MAF. Evolução das políticas públicas frente à redução da mortalidade infantil e na infância no Brasil. Res Soc Dev. [Internet]. 2021 [acesso em 16 janeiro 2025];10(11):e474101119584. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19584>.
8. Costa R, et al. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. Hist Enferm Rev Eletron. [Internet]. 2010 [acesso em 16 janeiro 2025];1(1). Disponível em: <https://doi.org/10.51234/here.2010.v.1.201>.

9. Silva ESA, Paes NA. Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do Semiárido brasileiro. Cienc Saude Colet. [Internet]. 2019 [acesso em 16 janeiro 2025];24(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.13672017>.
10. Guimarães LMB, Silva SJ. I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e o Bolsa Família em perspectiva intersetorial. Serv Soc Soc. [Internet]. 2020 [acesso em 16 janeiro 2025];138. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.202>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual técnico. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [Internet]. [acesso em 16 janeiro 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_baixo_peso_2ed.pdf.
12. Branquinho ID, Lanza FM. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. Rev Enferm Cent-Oeste Min. [Internet]. 2018 [acesso em 16 janeiro 2025];8. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2753>.
13. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Inovação no setor público: Plano Brasil sem Miséria. [Internet]. 2020 [acesso em 14 novembro 2024]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/labgov/inovacoes/cases/66-estrategia-de-monitoramento-analitico-do-plano-brasil-sem-miseria-e-programas-do-mds-2>.
14. Lima AMP, et al. Evolução das políticas relacionadas à saúde da criança no âmbito da atenção primária brasileira. [Internet]. 2022 [acesso em 16 janeiro 2025]. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/4524>.
15. Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (CADHP). Carta africana dos direitos e bem-estar da criança. [Internet]. 1990 [acesso em 16 janeiro 2025].

Disponível em: <https://reformar.co.mz/documentos-diversos/carta-africana-dos-direitos-e-bem-estar-da-crianca.pdf>.

16. Assembleia da República de Moçambique. Constituição da República. [Internet]. Maputo: Governo de Moçambique; 2004 [acesso em 16 janeiro 2025]. Disponível em: https://www.masa.gov.mz/wp-content/uploads/2018/01/Constituicao_republica_mocambique.pdf.

17. Francisco TXJ. História dos direitos da criança no mundo e em Moçambique: um estudo sobre a sua evolução. Rev Cienc Humanas. [Internet]. 2016 [acesso em 16 janeiro 2025];50(1). Disponível em: <https://doi.org/10.5007/2178-4582.2016v50n1p66>.

18. República de Moçambique. Relatório de progresso sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. [Internet]. 2019 [acesso em 19 novembro 2024]. Disponível em: <https://www.undp.org/mozambique/publications>.