

Síntese do informe:

UNICEF - Saúde das crianças e os impactos crescentes das ondas de calor
Organização Mundial da Saúde lança documento: O que todo médico precisa saber sobre saúde ambiental infantil?
Resumo de Política da OMS - Mudanças Climáticas, Saúde & Equidade Intergeracional
UNICEF - Relatório sobre violência contra a criança na América Latina e Caribe
OPAS - Zika Sete Anos Depois
OPAS - Dia Mundial da Poliomielite
UNFPA - Investindo em três resultados transformadores e obtendo retornos poderosos

“O Ano Mais Frio do Resto de Suas Vidas” e outras Ameaças à Saúde das Crianças

Maria Teresa Rossetti Massari
Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes
Karinne Marieta Carvalho

UNICEF - Saúde das crianças e os impactos crescentes das ondas de calor

A crise climática está se acelerando rapidamente e, com ela, as ondas de calor estão se tornando mais longas, mais fortes, mais difundidas e mais frequentes. Cerca de 559 milhões de crianças já estão expostas a alta frequência de ondas de calor e cerca de 624 milhões de crianças estão expostas a uma das três outras medidas de alto calor - alta duração das ondas de calor, alta gravidade das ondas de calor ou temperaturas extremamente altas.



O relatório publicado pela Lancet fornece ainda mais evidências de que as crianças estão na linha de frente da crise climática. Até 2050, praticamente todas as crianças na Terra – mais de 2 bilhões de crianças – deverão enfrentar ondas de calor mais frequentes, independentemente de o mundo atingir um cenário de baixa emissão de gases de efeito estufa com um aquecimento estimado de 1,7 graus em 2050 ou um 'cenário muito alto' cenário de emissão de gases de efeito estufa com um aquecimento estimado de 2,4 graus em 2050.

Essas descobertas ressaltam a necessidade urgente de adaptar os serviços dos quais as crianças dependem à medida que os impactos inevitáveis do aquecimento global se desenrolam. Também defende uma redução mais substancial das emissões, para evitar os piores impactos das outras medidas de calor extremo. Milhões de crianças a mais serão expostas à alta gravidade das ondas de calor e temperaturas muito altas, dependendo do grau de aquecimento global alcançado. As crianças nas regiões do norte enfrentarão os aumentos mais dramáticos na alta

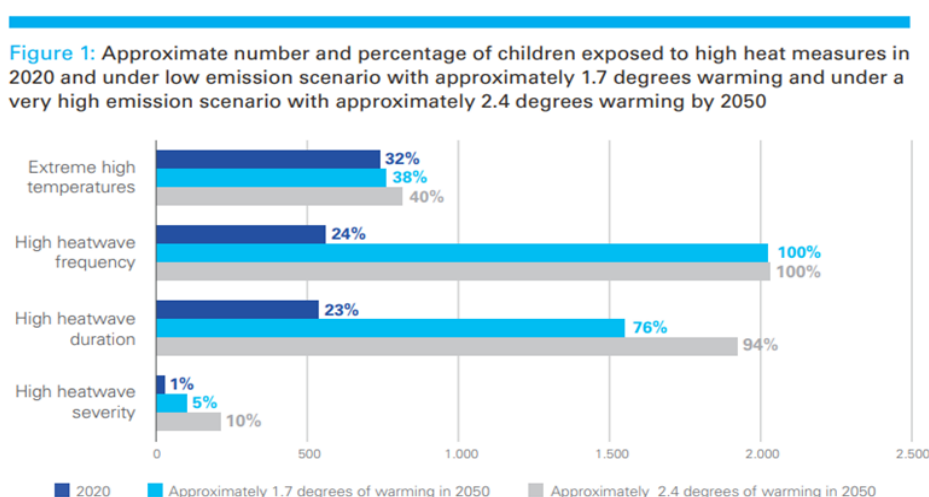
gravidade das ondas de calor, enquanto até 2050, quase metade de todas as crianças na África e na Ásia enfrentarão exposição sustentada a temperaturas extremamente altas.

O calor é especialmente prejudicial para a saúde das crianças e afeta sua educação e meios de subsistência futuros. Os países devem agir agora:

1. Proteger as crianças da devastação climática adaptando os serviços sociais;
2. Preparar as crianças para viver em um mundo de mudanças climáticas;
3. Priorizar crianças e jovens no financiamento de recursos climáticos;
4. Prevenir uma catástrofe climática reduzindo drasticamente as emissões de gases de efeito estufa e mantendo o objetivo do Acordo de Paris em aumentar o limite de 1,5°C.

Quase todos os países estão passando por aumento das ondas de calor. O que cada governo fizer agora determinará a sobrevivência das crianças e jovens.

Número aproximado e porcentagem de crianças expostas a medidas de alto calor em 2020 e sob cenário de baixas emissões com aproximadamente 1,7 graus de aquecimento e sob um cenário de emissões muito altas com aproximadamente 2,4 graus de aquecimento até 2050



Para acessar o relatório completo, [clique aqui](#).

Organização Mundial da Saúde lança documento: O que todo médico precisa saber sobre saúde ambiental infantil?

A preocupação com a saúde de bebês, crianças e adolescentes é crescente, especialmente com o aumento da prevalência de doenças não transmissíveis, como obesidade, doenças do neurodesenvolvimento e alergias. Na sociedade moderna, os seres humanos estão expostos a uma ampla variedade de contaminantes ambientais ao longo da vida, começando antes da concepção e estendendo-se pelo desenvolvimento fetal, infância e adolescência até a vida adulta.

Os estágios iniciais do desenvolvimento humano são particularmente sensíveis aos impactos dos poluentes, que podem interagir com o processo de plasticidade do desenvolvimento. A exposição tóxica pode induzir doenças mais tarde na vida. No entanto, os efeitos sobre a saúde de fetos e crianças decorrentes da exposição ambiental a poluentes não são bem reconhecidos na sociedade médica.

É necessário aumentar a conscientização entre os profissionais de saúde, por meio de informações personalizadas. O documento foi organizado a partir de uma série de reuniões de especialistas que a OMS ao longo de 2015-2018 sobre poluição e saúde ambiental infantil.

Fatos importantes:

- A exposição ao ambiente no início da vida afeta a saúde ao longo da vida e o risco de doenças - As ameaças ambientais durante a pré-concepção, pré-natal e a primeira infância podem ter consequências imediatas e consequências futuras para a saúde.
- Ambientes insalubres causam mortes - Em 2016, o meio ambiente foi responsável por cerca de 13,7 milhões (ou 24%) mortes em todo o mundo, incluindo 1 em cada 4 mortes de crianças com menos de 5 anos de idade e 23% de toda a carga de doenças.
- A prevenção funciona - Diminuir a exposição à poluição do ar, produtos químicos e resíduos perigosos, ao mesmo tempo em que garante o acesso a água, higiene e saneamento adequados, reduz as doenças.
- Ação para reduzir a exposição precoce pode proteger a saúde - Reduzir e eliminar a exposição de crianças a ameaças ambientais nos primeiros anos de vida, mesmo antes da concepção, pode proteger sua saúde e a das gerações futuras.

Risks to physical health include:



O papel dos médicos/profissionais de saúde pode ser comparado ao de sentinelas dos sinais de alerta precoce. Ter contato em primeira mão com mulheres grávidas e suas famílias, bem como bebês e crianças, são oportunidades importantes para um acompanhamento sentinela sobre o impacto dos contaminantes ambientais na saúde das pessoas. Essa é uma oportunidade de aumentar a conscientização e comunicar informações cruciais sobre a exposição a perigos, seus efeitos na saúde e o que pode ser feito para proteger as crianças. Ações específicas que podem ser desenvolvidas nesse sentido são:

- identificar ligações entre resultados de saúde e fontes ambientais e ocupacionais de exposição em crianças;
- disseminar conhecimento e educar famílias e comunidades sobre os mais comuns riscos ambientais e medidas para preveni-los;
- realizar ações de vigilância sanitária, defendendo medidas de proteção contra riscos ambientais e relatar casos de doenças ambientais;
- identificar riscos ambientais e levantar preocupações de saúde relacionadas para influenciar os tomadores de decisão a implementar ações para proteger as pessoas da poluição, produtos químicos perigosos e resíduos;
- manter-se a par das pesquisas e preocupações ambientais emergentes.

O documento foca ainda os temas de: poluição do ar; produtos químicos (metais pesados, poluentes orgânicos persistentes, pesticidas e químicos desreguladores endócrinos); água, saneamento e higiene. Para acessar o documento completo, [clique aqui](#). Materiais de apoio e treinamento para profissionais de saúde podem ser acessados [aqui](#), [aqui](#) e [aqui](#).

Resumo de Política da OMS - Mudanças Climáticas, Saúde & Equidade Intergeracional

Há 16 indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) vinculados à saúde de crianças, adolescentes e jovens que são impactados negativamente pelas mudanças climáticas. A OMS reconhece que a maioria dos 2,2 bilhões de crianças são desproporcionalmente afetadas por mudanças em seu ambiente, também no longo prazo, e reconhece a importância da estabilização e redução das concentrações atmosféricas de gases de efeito estufa para a saúde e o desenvolvimento de crianças e jovens, como ponto de equidade intergeracional.

Os estados têm obrigação de respeitar, proteger e cumprir os direitos humanos, incluindo os direitos à saúde e a um ambiente limpo, saudável e sustentável ao tomar medidas climáticas. O Preâmbulo do [Acordo de Paris](#) sobre as Mudanças Climáticas reconhece claramente essas obrigações e a necessidade de igualdade de gênero e equidade intergeracional. É necessário dar maior ênfase na equidade intergeracional e na saúde e bem-estar de crianças e adolescentes na implementação e avaliação do Acordo de Paris.

Resumo da exposição e vulnerabilidade das crianças a riscos ambientais, choques e estressores

Children who...	
Live in areas where air pollution PM _{2.5} exceeds 10 µg/m ³ **	2 billion (~90%)
Are highly exposed to water scarcity	920 million
Are highly exposed to heatwaves	820 million
Are highly exposed to vector-borne diseases, such as malaria and dengue, among others	600 million
Are highly exposed to riverine and coastal flooding	570 million

Fonte: OMS, 2022

A OMS é guardiã de 32 indicadores dos ODS, que são relacionados à saúde, 17 dos quais são negativamente impactados pelas mudanças climáticas ou seus *drivers*, e destes, 16 estão também ligados à saúde das crianças e adolescentes.

Mapeamento dos efeitos adversos das mudanças climáticas aos ODS associados à saúde e bem-estar das crianças e adolescentes

Evidence projects negative impacts	Evidence suggests negative impacts
<p>2.2.1 Stunting under 5 years</p> <p>2.2.2 Malnutrition under 5 years (wasting and overweight)</p> <p>2.2.3 Anaemia in women, 15-49 years</p> <p>3.3.3 Malaria incidence</p> <p>3.3.5 Interventions needed for neglected tropical diseases</p> <p>3.4.1 Mortality from cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory disease</p> <p>6.1.1 Use of safely managed drinking water services</p> <p>6.2.1 Use of safely managed sanitation</p>	<p>3.8.1 Coverage of essential health services</p> <p>3.8.2 Household health expenditures</p> <p>3.9.2 Mortality from unsafe WASH</p> <p>5.2.1 Ever-partnered women and girls 15+ years subject to physical, sexual, or psychological violence by a partner</p> <p>5.2.2 Women and girls 15+ years subject to sexual violence by other than an intimate partner</p> <p>6.3.1 Domestic and industrial wastewater flows safely treated</p>
<p>Evidence suggests negative impacts of the processes that drive climate change</p>	<p>3.9.1 Mortality from indoor and outdoor air pollution</p> <p>11.6.2 Mean levels of fine particulate matter in cities (e.g. PM2.5)</p>

Fonte: OMS, 2022

Para acessar o documento completo, [clique aqui](#).

UNICEF - Relatório sobre violência contra a criança na América Latina e Caribe

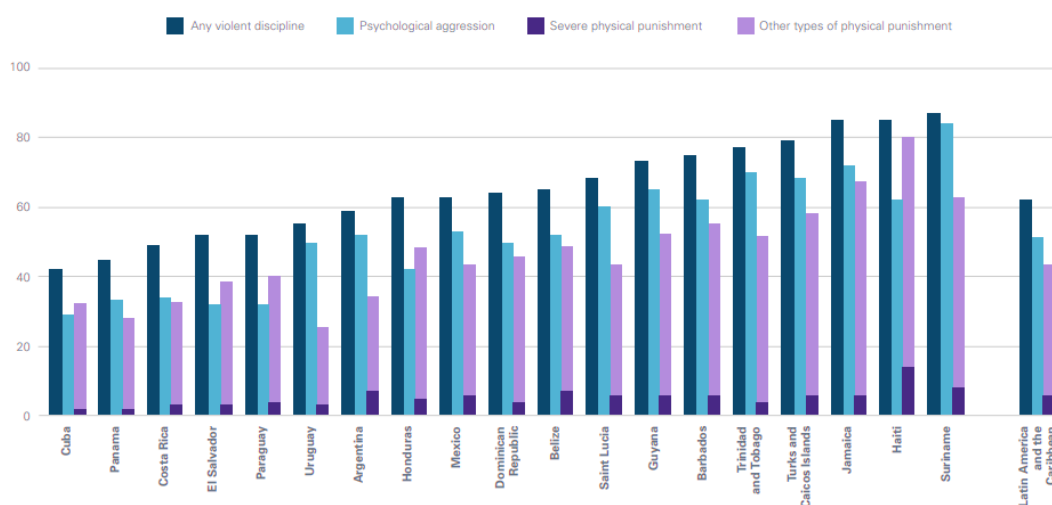
A partir de um ano de idade, as crianças da América Latina e do Caribe correm risco de sofrer violência em casa, na escola e na rua. Um perfil estatístico da violência contra crianças mostra que 2 em cada 3 crianças de 1 a 14 anos na região sofrem disciplina violenta em casa.

Junto com o castigo físico e a agressão psicológica na primeira infância, o abuso sexual e o homicídio perseguem milhões de crianças e adolescentes na América Latina e no Caribe. A

taxa regional de homicídios de crianças e adolescentes (12,6 por 100.000) é quatro vezes maior que a média global (3 por 100.000). E o homicídio é a principal causa de morte entre meninos adolescentes de 10 a 19 anos.

A maioria das crianças na América Latina e no Caribe são expostas à violência quase desde o nascimento e, muitas vezes, pelas pessoas em quem mais confiam: seus pais, cuidadores, colegas e vizinhos. Em muitas comunidades da região, a disciplina violenta é socialmente aceita e as crianças replicam esse padrão com seus próprios filhos quando adultos, perpetuando o ciclo de violência.

Porcentagem de crianças de 1 a 14 anos que sofreram disciplina violenta no último mês, por tipo



A violência afeta meninos e meninas na região de forma diferente. O relatório descobriu que os meninos são sete vezes mais propensos a morrer por homicídio do que as meninas. Enquanto isso, as meninas são particularmente vulneráveis à violência sexual após os 10 anos.

Na América Latina e no Caribe, a violência contra crianças é motivada não apenas por normas sociais negativas e baseadas em gênero, mas também por outros fatores, como desigualdades, insegurança, migração e crises humanitárias. Na região, 2 em cada 5 crianças também vivem em países sem proteção legal contra castigos corporais em casa, na escola e em locais de atendimento do Estado.

Os adultos recorrem à violência contra as crianças porque é o que eles conheceram e vivenciaram. Para quebrar esse ciclo, é preciso agir cedo promovendo alternativas. Com o compromisso de pais, cuidadores, professores, comunidades e governos, é possível criar filhos sem violência e construir sociedades mais seguras e prósperas para o benefício de todos.

Para acabar com todas as formas de violência contra crianças, o UNICEF insta os governos a:

1. Adotar leis que proíbam totalmente o castigo corporal em todos os ambientes;
2. Investir em programas para prevenir a violência, incluindo programas de parentalidade positiva que forneçam aos cuidadores o apoio e os recursos de que precisam.

3. Implementar intervenções de mudança social e de comportamento para abordar a normalização da violência contra crianças.
4. Fortalecer a capacidade da força de trabalho do serviço social para prevenir, reconhecer e responder à violência contra crianças.
5. Melhorar a coleta de dados sobre violência contra crianças, usando medidas padrão, para preencher lacunas de dados sobre diferentes questões, como violência sexual na infância.

Para acessar a notícia, [clique aqui](#). Para acessar o relatório completo, [clique aqui](#).

OPAS - Zika Sete Anos Depois

A comunidade científica ainda está aprendendo sobre o Zika e atualmente não há medicamento ou vacina específica para prevenir uma infecção pelo vírus. Embora existam algumas vacinas promissoras em andamento, a melhor prevenção ainda é evitar picadas de mosquito.

Em 2022, a OPAS relatou quase [30.000 casos](#) de zika nas Américas e quatro mortes. Até o momento, o Brasil é o país com maior incidência acumulada.

Embora o vírus esteja circulando em níveis baixos em toda a região, o surto de 2016 teve um impacto duradouro: os bebês nascidos com microcefalia durante o surto de 2015-2016 estão completando 6 e 7 anos. Seus desafios de desenvolvimento continuam à medida que pais e autoridades de saúde lidam com sua condição. É importante não baixar a guarda e manter os esforços de vigilância para garantir respostas rápidas e eficazes quando o vírus é detectado.

Devido à pandemia, recursos destinados a combater doenças arbovirais como o Zika foram redirecionados para lidar com a grande demanda por atendimento médico trazida pela Covid-19, atrasando o relógio do desenvolvimento de pesquisas sobre o Zika.

Como o Zika ainda é um desafio de saúde pública, é necessário permanecer atento. A pesquisa contínua é vital – à medida que surgem mais estudos sobre o entendimento de como o vírus da Zika funciona e afeta as células, ficamos mais próximos de encontrar uma vacina ou tratamento.

Retrospecto - Zika: a epidemia desconhecida

Em 2015 e 2016, a palavra Zika evocou medo em gestantes que moravam ou viajavam para áreas tropicais das Américas. Em países onde a doença transmitida por mosquitos se espalhou, bebês de algumas mães infectadas estavam nascendo com microcefalia, marcada por cabeças anormalmente pequenas, danos cerebrais e um futuro de problemas de desenvolvimento.

A infecção pelo vírus Zika é causada pela picada de um mosquito *Aedes aegypti* infectado, geralmente causando erupção cutânea, febre leve, conjuntivite e dores musculares.

Uma em cada quatro pessoas infectadas desenvolve sintomas e, entre as que apresentam, a doença costuma ser leve e pode durar de 2 a 7 dias. Mas um novo quadro surgiu no estado de Pernambuco, no nordeste do Brasil, em setembro de 2015, quando epidemiologistas suspeitaram que o Zika poderia estar por trás de uma onda de bebês nascidos com microcefalia.

O vírus foi isolado pela primeira vez em 1947 na floresta Zika de Uganda, dando-lhe o nome. Por décadas, permaneceu principalmente na África, com pequenos e esporádicos surtos na Ásia. Em 2007, uma grande epidemia foi relatada na ilha de Yap, na Micronésia, onde quase 75% da população foi infectada, e daí surgiu na América Latina, de forma aparentemente mais virulenta e prejudicial.

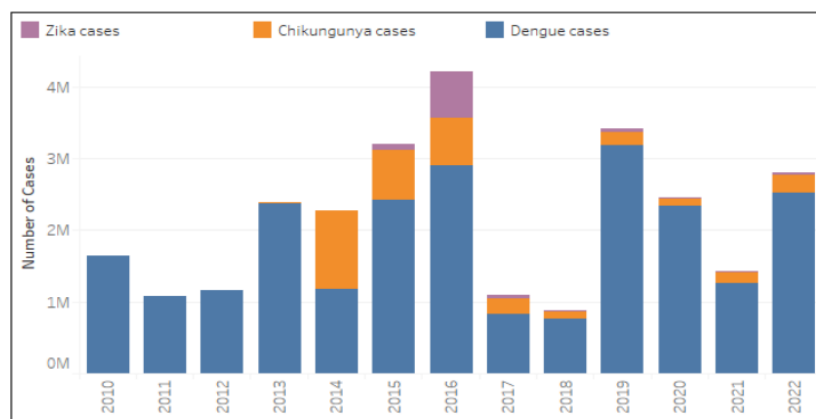
Assim que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos (GOARN) alertaram as autoridades brasileiras sobre uma associação altamente provável de Zika e microcefalia, a OPAS declarou emergência em 5 de dezembro de 2015. Posteriormente, a Organização Mundial da Saúde declarou o Zika uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em 1º de fevereiro de 2016, que duraria até novembro de 2016.

O desafio que o vírus trouxe para a região é imenso: até o final de 2016, 48 países e territórios nas Américas haviam relatado mais de 532.000 infecções suspeitas, incluindo 175.063 casos confirmados. Além disso, 22 países e territórios relataram 2.439 casos de síndrome congênita associada ao Zika, principalmente no Brasil.

A situação era especialmente preocupante devido ao grande número de populações vulneráveis. Em todos os estados membros da OPAS, mais de 500 milhões de pessoas vivem em áreas de risco de Zika, dengue ou Chikungunya, devido à presença do mosquito *Aedes aegypti*.

Distribuição dos casos notificados de dengue, chikungunya e Zika por ano. Região das Américas. 2010-2022

Figure 1. Distribution of reported cases of dengue, chikungunya, and Zika by year. Region of The Americas. 2010-2022



Source: Data entered into the Health Information Platform for The Americas (PLISA, PAHO / WHO) by the Ministries and Institutes of Health of the countries and territories of the Region. Available at: <https://www.paho.org/plisa>

O artigo ainda lembra que outro elemento importante no combate ao Zika foi a emissão de recomendações a todos os países das Américas sobre cuidados pré-natais e pós-natais e orientações para crianças afetadas por microcefalia, desde a estimulação precoce até o tipo de

exames e acompanhamento que devem ser seguidos. Além disso, a OPAS reconhece que a cooperação com parceiros, como os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e a Agência de Saúde Pública do Canadá (PHAC), o Instituto de Medicina Tropical Pablo Kouri (IPK), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e a Rede Internacional do Instituto Pasteur e ministérios da saúde, foram fundamentais ao lidar com a doença.

Para acessar a notícia completa, [clique aqui](#). Para outras informações sobre Zika em Crianças, [clique aqui](#).

OPAS - Dia Mundial da Poliomielite

Em 1994, a Região das Américas foi a primeira do mundo a ser certificada como livre da pólio pela Organização Mundial da Saúde (OMS), um marco alcançado após um esforço conjunto dos países com apoio da OPAS. Mas as taxas de vacinação em crianças com as três doses da vacina contra a poliomielite ficaram em 79% em 2021, colocando a região em risco de reintrodução da doença.

Recentemente, um homem de 20 anos não vacinado nos Estados Unidos, que apresentava paralisia, foi diagnosticado com poliovírus derivado da vacina (VDPV), uma cepa relacionada ao poliovírus enfraquecido contido na vacina oral contra a poliomielite (OPV). Em raras ocasiões, ao se replicar no trato gastrointestinal, a cepa pode se espalhar em comunidades que não estão totalmente vacinadas contra a poliomielite.

O dia 24 de outubro é considerado o Dia Mundial de combate a Poliomielite. A data foi estabelecida para celebrar o nascimento de Jonas Salk, líder da primeira equipe que desenvolveu uma vacina contra a Polio.

A fim de colocar foco sobre o tema, a OPAS divulgou um documento com perguntas e respostas sobre as implicações da Polio nesse momento. Segue alguns trechos do documento.

1. A região das Américas foi declarada livre da pólio em 1994 – por que estamos vendo novos casos?

Embora nossa região tenha sido certificada como livre da pólio em 1994, a terminologia mais correta é que eliminamos a transmissão do poliovírus selvagem nas Américas. A doença persiste em alguns países, principalmente no Afeganistão e Paquistão, onde há transmissão ativa do poliovírus selvagem tipo 1. Este é o tipo selvagem, que é o vírus em sua forma natural.

Houve um novo caso de poliomielite nas Américas recentemente devido a uma cepa de mutação derivada da vacina oral contra a poliomielite, que pode recuperar sua força para ganhar a capacidade de circular no meio ambiente, mais comumente em águas residuais. Isso é o que chamamos de “vírus da poliomielite derivado da vacina” (VDPV), o que é muito incomum. Esta foi a causa da paralisia no recente caso de poliomielite nas Américas, que foi relatado no início deste ano no Estado de Nova York, nos Estados Unidos. O caso ilustra por que precisamos fortalecer a capacidade dos países de detectar todos os casos prováveis em tempo hábil. É

importante identificar e impedir que o vírus se espalhe para que não tenhamos um surto de poliomielite. A única proteção contra a poliomielite é a vacinação.

2. O restante da Região das Américas deveria estar preocupado?

Sim, o risco de reintrodução da pólio é real. É preciso se preocupar porque milhões de crianças não são vacinadas e outros milhões são sub vacinadas, e isso abre uma oportunidade para o vírus. Esse “bolsão” de crianças não vacinadas vem crescendo nos últimos anos, e principalmente durante a pandemia, quando a cobertura da vacinação contra a poliomielite diminuiu ainda mais. Agora a cobertura regional de poliomielite nas Américas é de 79%, quando deverá ser 95% ou mais para evitar surtos. Isso significa que há muitas crianças suscetíveis e que podem estar infectadas com a poliomielite. Ao mesmo tempo, os sistemas de vigilância têm diminuído de qualidade, o que prejudica a detecção atempada dos casos. Como se sabe, a poliomielite causa paralisia muscular permanente, é irreversível, mas com um calendário completo de vacinação, é possível preveni-la.

3. Como a cepa da poliomielite encontrada nas águas residuais era um poliovírus derivado de uma vacina (VDPV), isso significa que as vacinas não são seguras?

Não, as vacinas são muito seguras e eficazes. Esta foi uma transmissão muito rara. O caso ocorrido no estado de Nova York no início deste ano envolveu um indivíduo não vacinado que pegou poliomielite de VDVP circulando em águas residuais. Isso é muito raro, e o indivíduo estava vulnerável porque não foi vacinado.

4. Qual é a diferença entre vacinas orais e injetáveis contra a poliomielite?

A vacina oral inclui uma versão do vírus muito fraca, que geralmente não causa a doença nas pessoas em que é aplicada. Confere uma proteção ao intestino, o que significa que, se essa criança for exposta, o vírus não vai progredir ou se multiplicar no sistema gastrointestinal. Apenas um caso em 7,6 milhões de doses administradas com esse tipo de vacina pode evoluir para poliomielite. Mas isso é muito improvável e não significa que seja transmissível. Do ponto de vista da saúde pública, a vacina oral aumenta a imunidade do rebanho.

A vacina injetada gera uma boa resposta de anticorpos, mas não produz proteção gastrointestinal. Então, se há comunidades com bolsões de crianças não vacinadas e o poliovírus infectou uma criança que foi vacinada com a vacina injetada, a criança estará protegida contra paralisia, mas o vírus ainda pode se replicar em seu sistema gastrointestinal e potencialmente se espalhar por fezes e águas residuais e, dessa forma, infectar outras pessoas.

5. O que a OPAS está fazendo após o recente ressurgimento da pólio?

A OPAS está trabalhando para fortalecer os programas de imunização nas Américas, e não apenas para a poliomielite, para aumentar a cobertura e atingir a meta de 95%. Estabeleceu-se um sistema de priorização, com alguns países com alto risco de ressurgimento ou surtos de poliomielite. Além disso, tem sido enfatizado o fortalecimento das capacidades de vigilância e o aumento da cobertura vacinal.

É importante ressaltar que alguns dos financiamentos para programas de imunização diminuíram durante a pandemia de COVID-19 e os estados-membro devem ter ações para aumentar o financiamento público para vacinação, porque a saúde das crianças é responsabilidade de todos.

6. Uma pessoa com poliomielite pode ser curada?

Não há cura para a poliomielite. Uma vez com paralisia, não há como regenerar os nervos que permitem que a pessoa ande ou recupere a função motora. A poliomielite é uma doença irreversível, mas é possível preveni-la certificando-se de que estão todos vacinados.

7. Qual é o tratamento para a poliomielite?

É possível oferecer fisioterapia para recuperar algumas das funções do músculo afetado, mas não é possível ter uma reversão completa. Em alguns casos, a paralisia é tão agressiva que pode paralisar os músculos respiratórios e a pessoa pode morrer por não conseguir respirar. Então, não é apenas a possibilidade de estar em uma cadeira de rodas que se está tentando evitar – algumas pessoas morrem de poliomielite devido a dificuldades respiratórias.

8. Qual é a idade limite para receber a vacina?

Em geral, a prioridade é vacinar crianças menores de 6 anos, porém, se houver crianças que não receberam o calendário vacinal completo, o programa pode estender a vacinação até os 10 ou 15 anos de idade. Também depende dos recursos disponíveis em diferentes países.

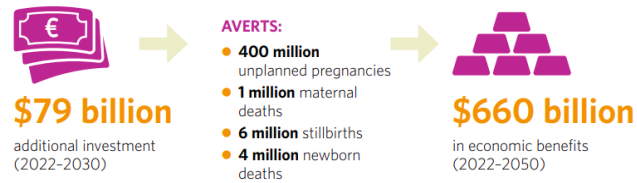
Para acessar a notícia, [clique aqui](#). Para acessar outras informações sobre Poliomielite no Portal de Boas Práticas do IFF/Fiocruz, [clique aqui](#).

UNFPA - Investindo em três resultados transformadores e obtendo retornos poderosos

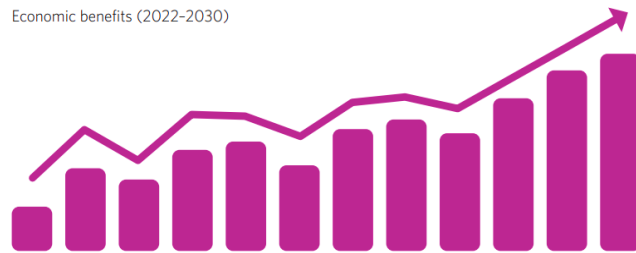
A UNFPA publicou uma pesquisa que aponta os retornos econômicos de investimentos em três eixos principais de ação da agência.

1) Acabar com a necessidade não atendida de planejamento familiar e acabar com as mortes maternas evitáveis

De 2022 a 2030, estima-se que os países precisarão gastar US\$ 79 bilhões adicionais para acabar com a necessidade não atendida de planejamento familiar e prevenção de mortes maternas. Isso implica ampliar a cobertura de intervenções de saúde para 95% em 2030.



BENEFIT-COST RATIO



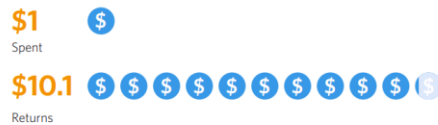
2) Acabar com a mutilação genital feminina

O impacto da programação é baseado na projeção número de casos de MGF evitados devido à implementação de intervenções para prevenir a mutilação genital feminina em 31 países com alta incidência. As estimativas foram convertidas em custos de saúde evitados, anos saudáveis de vida ganhos e custos econômicos associados, bem como benefícios sociais.

De 2022 a 2030, estima-se que esses países precisarão gastar US\$ 2,751 bilhões adicionais para acabar com a MGF.

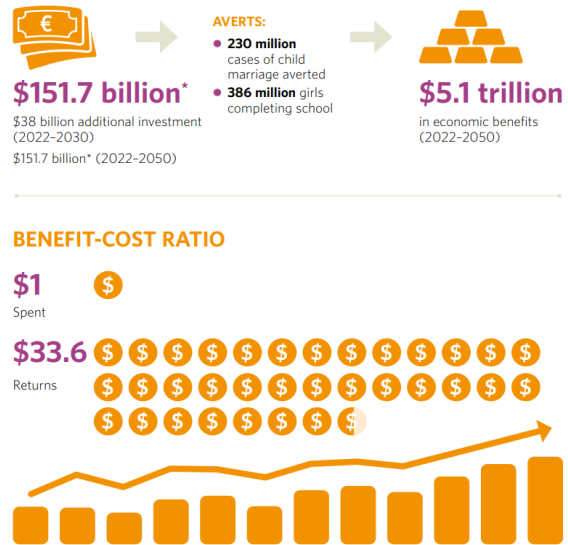


BENEFIT-COST RATIO



3) Acabar com o casamento infantil

Estima-se que os países precisarão gastar US\$ 38 bilhões adicionais de 2022 a 2030, com investimentos contínuos nessa área. No total, um adicional de US\$ 151,7 bilhões necessários de 2022 a 2050 para acabar com o casamento infantil até 2030, e para educar as crianças nesse sentido.



Para acessar o relatório completo, [clique aqui](#).