

Relatório das \_\_\_\_\_

# PATERNIDADES BRASILEIRAS

Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP)



Instituto Promundo

Relatório das  
**PATERNIDADES  
BRASILEIRAS**  
Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP)

2026

© 2026 Instituto Promundo

Todos os direitos reservados. Esta publicação pode ser reproduzida, no todo ou em parte, desde que citada a fonte.

Instituto Promundo  
SCN Quadra 01 Bloco E, Sala 202 – Edifício Central Park  
Asa Norte – Brasília/DF  
Tel.: +55 (61) 9 9913-6868  
www.promundo.org.br

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Relatório das paternidades brasileiras : índice de desenvolvimento das paternidades (IDP) / Instituto Promundo. -- 1. ed. -- Brasília : Instituto Promundo, 2026.

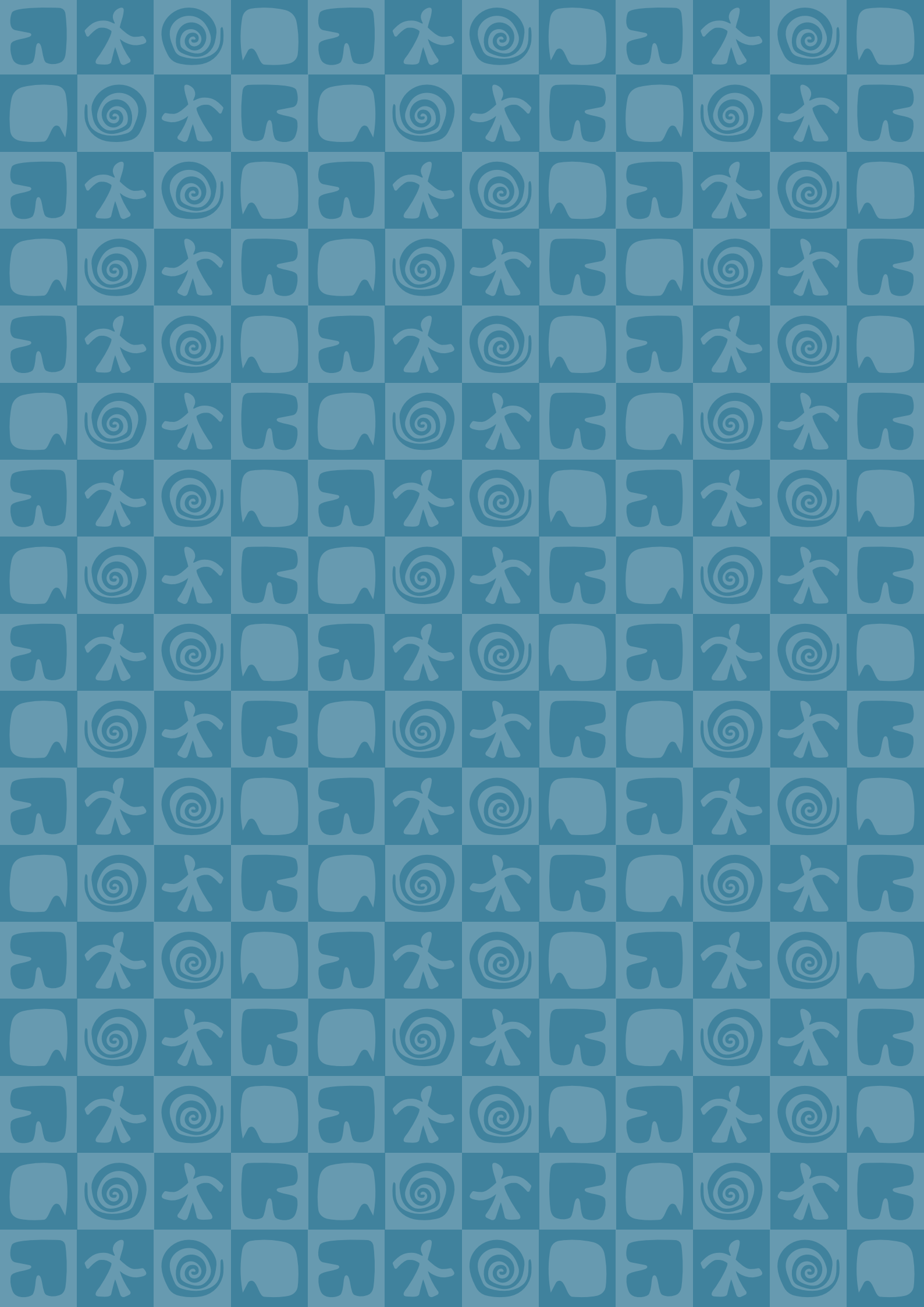
Bibliografia  
ISBN 978-65-84523-18-0  
EISBN 978-65-84523-21-0

1. Criança - Desenvolvimento 2. Equidade de gênero 3. Paternidade 4. Paternidade - Comportamento 5. Políticas públicas - Brasil 6. Relatórios

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Paternidade : Sociologia 306.87

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964



# Equipe Técnica

## Editor e metodologia

Miguel Fontes, PhD; Instituto Promundo.

## Colaboração técnica *Análise de dados e metodologia*

Alexandre Garcia; Opinião Consultoria.

## Colaboração técnica e redação *Capítulo Violência contra Crianças e Adolescentes e IDP*

Daniel Lessa Dimas

## Colaboração técnica e redação *Capítulo Violência contra Crianças e Adolescentes e IDP*

Giovani Soares Dimas

## Colaboração técnica e redação *Capítulos Amamentação e IPD e Vacinação e IDP*

Marcus Renato de Carvalho

## Colaboração técnica e redação *Capítulo Mortalidade Infantil e IDP*

Angelita Herrmann

## Revisão e projeto gráfico

Isabella de Farias Sampaio

# Lista de Figuras

Figura 1 - Eixos do Cuidado Integral	29
Figura 2 - Análise Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) a partir dos Eixos do Cuidado Integral	30
Figura 3 - IDP x Taxa de Mortes Violentas Intencionais contra crianças e adolescentes no Brasil	31
Figura 4 - Tipos de violência definidos pela Lei 13431/2017 (Lei Da Escuta Protegida)	32
Figura 5 - Notificações de casos de violência contra crianças de 0 a 4 anos	33
Figura 6 - Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde	34
Figura 7 - Estilos parentais	36
Figura 8 - Regulação emocional e bem-estar do cuidador	40
Figura 9 - Benefícios da Amamentação	45
Figura 10 - IDP x Taxa de amamentação	47
Figura 11 - Amamentação é a base da vida	49
Figura 12 - IDP x Taxa de mortalidade infantil	58
Figura 13 - IDP x Taxa de Cobertura Vacinal por Estado - UFs com IDP $\geq$ 0,43 (n = 17)	68

# Lista de Tabelas

Tabela 1 - Variáveis, fontes, períodos de referência e observações metodológicas	15
Tabela 2 - Componentes do IDP, direção desejável e tratamento na padronização	16
Tabela 3 - Percentual de tempo em trabalho doméstico não remunerado e cuidados	21
Tabela 4 - Proporção de nascimentos sem filiação paterna por estado	22
Tabela 5 - Taxas de acompanhamento no pré-natal por estado	23
Tabela 6 - Percentual de domicílios com mulher responsável por UF	24
Tabela 7 - IDP - Índice de Desenvolvimento das Paternidades (4 componentes) - Ranking das 27 UFs	25
Tabela 8 - Relação entre Tipos de Paternidade e Níveis de Participação Paterna	35
Tabela 9 - Principais programas de fortalecimento familiar	39
Tabela 10 - Resultados das regressões OLS (IDP, 4 componentes)	81
Tabela 11 - Magnitude dos efeitos para as associações significativas	81

# Sumário

<b>Introdução</b>	12
<b>Capítulo 1 - Metodologia</b>	15
1.1 Objetivo e desenho do estudo	15
1.2 Fontes de dados, período de referência e unidade geográfica	15
1.3 Definição operacional dos componentes do IDP	16
1.3.1 Componentes e direção esperada	16
1.4 Padronização dos componentes e cálculo do IDP	17
1.4.1 Padronização min–max direta (indicadores “maior é melhor”)	17
1.4.2 Padronização min–max invertida (indicadores “menor é melhor”)	17
1.4.3 Agregação dos componentes (pesos e composição)	17
1.4.4 Tratamento de ausências e valores extremos	17
1.5 Apresentação do IDP e ranking das UFs	18
1.6 Base analítica para as regressões	18
1.7 Especificação econométrica e estimação	18
1.8 Limitações do estudo	19
1.9 Reprodutibilidade, transparência e documentação dos procedimentos	19
<b>Capítulo 2 - Resultados do IDP para as Unidades Federativas</b>	20
IDP-1 Trabalho doméstico não remunerado e cuidados	21
IDP-2 Nascimentos sem filiação paterna	22
IDP-3 Acompanhamento paterno no pré-natal	23
IDP-4 Mulher responsável pelo domicílio	24
IDP - Ranqueamento Final	25
<b>Capítulo 3 - Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) e Violência Contra Crianças e Adolescentes</b>	27
3.1 A Primeira Infância	28
3.2 Atenção e Cuidado Integral - Nurturing Care	28
3.3 O Índice de Desenvolvimento das Paternidades e a Violência contra Crianças e Adolescentes	29
3.3.1 Análise Multifatorial do IDP em Relação à Violência Infantil	30
3.3.2 Correlação Negativa entre o IDP e a Taxa de Mortes Violentas Intencionais contra Crianças e Adolescentes no Brasil	31
3.4 Tipos de Violência contra Crianças e Adolescentes	32
3.5 Ciclos de Vida da Criança e o IDP	33
3.6 A Lei n.º 13.010/2014 - Lei Menino Bernardo	33
3.7 Paternidade Ativa: Evidências de Pesquisa	34
3.8 A Estratégia do Pré-Natal do Parceiro (EPNP) como Fator de Proteção	34
3.9 Dimensões de Participação Paterna e Níveis do IDP	35
3.10 Parentalidade Positiva	36
3.11 A Utilização de Práticas Violentas com os Filhos	36
3.12 Políticas Públicas e Iniciativas de Enfrentamento à Violência	37
3.12.1 Marco Legal	37
3.12.2 Programas e Ações Governamentais	38

3.12.3 Terceiro Setor e Iniciativas de Pesquisa	38
3.13 O IDP nos Programas de Fortalecimento Familiar	39
3.14 Regulação Emocional e Bem-estar do Cuidador	40
Considerações Finais	40
Referências Bibliográficas	41

#### **Capítulo 4 - Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) e Amamentação** 44

---

4.1 Benefícios do leite materno e da amamentação	45
4.2 Desmame precoce é ainda significativo	46
4.3 IDP é uma lupa que nos auxilia a ver a realidade	46
4.3.1 Índice de Desenvolvimento das Paternidades e Aleitamento	46
4.4 O papel dos homens na amamentação	47
4.5 Políticas públicas e iniciativas para o envolvimento dos pais	48
4.5.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH)	48
4.5.2 Ações anuais de sensibilização à paternidade ativa	48
4.5.3 Iniciativas municipais integradas à atenção primária e maternidades	48
4.5.4 Materiais técnicos regionais	48
4.5.5 Iniciativas da sociedade civil e de conselhos técnicos	49
4.6 Discussão - Desafios e Recomendações	49
4.6.1 Principais desafios	50
4.6.2 Recomendações estratégicas	50
Considerações Finais	51
Referências Bibliográficas	51

#### **Capítulo 5 - Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) e Mortalidade Infantil: Para Além dos Indicadores** 53

---

5.1 A Mortalidade Infantil	54
5.2 Evolução dos Indicadores de Mortalidade Infantil no Brasil	55
5.3 Sobre o Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP)	58
5.4 O que estamos fazendo enquanto Instituto Promundo	60
5.4.1 Projeto Programa P: Paternidade e Cuidado	60
5.5 Recomendações para as Políticas Públicas Brasileiras	61
5.5.1 Fortalecimento da Estratégia Pré-Natal do Parceiro em Todo Território Nacional	61
5.5.2 Estímulo à participação paterna no momento do nascimento	62
5.5.3 Ampliação e Proteção da Licença-Paternidade	63
5.5.4 Promoção de Boas Práticas de Cuidado Paterno durante os Primeiros Mil Dias	64
5.5.5 Fomento às pesquisas, estudos epidemiológicos, revisões de currículos e formação de profissionais	65
Considerações Finais	65
Referências Bibliográficas	66

#### **Capítulo 6 - Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) e Cobertura Vacinal (Pentavalente)** 67

---

6.1 O IDP e a compreensão do cuidado paterno	68
6.2 IDP e coberturas vacinais	68
6.3 Vacinas salvam vidas	69
6.3.1 Cobertura vacinal	70
6.3.2 Os desafios continuam	70

6.4 A figura paterna e o potencial de ampliação da cobertura vacinal	71
6.4.1 Participação paterna associada a maior completude das imunizações	71
6.4.2 Conhecimento e atitude paterna como influenciadores da cobertura	71
6.4.3 Contexto brasileiro: hesitação e decisão parental como determinantes	71
6.5 Intervenções educativas e de comunicação com cuidadores como estratégias para ampliar a cobertura	72
6.5.1 Implicações para políticas e intervenções baseadas em evidências	72
6.5.2 Ações comunitárias e mobilização masculina	73
6.5.3 Estudos recentes sobre participação paterna e impacto na cobertura vacinal	73
6.5.4 O engajamento paterno nas estratégias de vacinação	73
6.6 O papel central de mães e pais	73
6.6.1 Mensagem central para a sociedade	74
6.7 Desafios e recomendações	74
6.7.1 Principais desafios	74
6.7.2 Recomendações estratégicas	75
Considerações Finais	76
Referências Bibliográficas	76

## **Capítulo 7 - Validação do Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP)** 78

---

7.1 Objetivos da validação	79
7.2 Objetivos práticos da validação	79
7.3 Validação do cálculo do IDP	79
7.3.1 Integridade da base e completude	79
7.3.2 Reprodutibilidade das padronizações	80
7.3.3 Reprodutibilidade da agregação	80
7.4 Consistência interna do IDP	80
7.4.1 Estatísticas descritivas e distribuição	80
7.4.2 Coerência entre componentes	80
7.5 Análises de sensibilidade do índice	80
7.5.1 Leave-one-out de componentes	80
7.5.2 Padronização alternativa e mitigação de extremos	81
7.6 Validação estatística das associações	81
7.6.1 Reprodutibilidade dos resultados OLS	81
7.6.2 Interpretação de magnitude dos efeitos em escala do IDP	81
7.6.3 Qualidade de ajuste e variabilidade dos desfechos	82
7.7 Diagnósticos e robustez das regressões	82
7.7.1 Colinearidade entre IDP e PIB per capita	82
7.7.2 Pontos influentes e alavancagem	82
7.7.3 Erros-padrão robustos e especificação alternativa do PIB	82
7.8 Validação de coerência substantiva e limitações por desfecho	82
7.8.1 Coerência com a hipótese teórica	82
7.8.2 Atenção especial ao desfecho de amamentação	83
7.8.3 Atenção especial ao desfecho de cobertura vacinal	83
7.8.4 Atenção especial ao desfecho de morte violenta intencional de 0 a 19 anos	83
7.9 Síntese da validação	83

## **Carta do Instituto Promundo** 85

---



# Introdução

Ao longo das últimas três décadas, o Instituto Promundo consolidou-se como uma das principais organizações brasileiras e internacionais dedicadas à promoção da equidade de gênero, à prevenção das violências e ao engajamento dos homens no cuidado. Desde sua fundação em 1997, o Promundo tem produzido evidências, metodologias e políticas inovadoras que desafiam modelos tradicionais de masculinidade e ampliam a compreensão pública sobre o papel dos pais na vida das crianças. Um marco importante dessa trajetória foi o relatório “A Situação da Paternidade no Brasil” (2016), que sistematizou dados nacionais sobre cuidado, saúde, trabalho, violência e políticas públicas, oferecendo um panorama inédito sobre como os homens participam, ou deixam de participar, da vida cotidiana de seus filhos.

Nos anos seguintes, o Instituto aprofundou essa agenda com estudos temáticos, avaliações de programas e iniciativas de advocacy. Entre essas contribuições, destaca-se o relatório “Paternidades Negras no Brasil” (2022), primeiro estudo nacional dedicado a compreender as experiências, desafios e potências do paternar vivido por homens negros. O documento evidenciou como o racismo estrutural, a violência letal e a discriminação cotidiana moldam profundamente a vivência do paternar negro, afetando desde o acesso a serviços até a construção de vínculos afetivos e redes de apoio. Ao revelar que 65% dos pais entrevistados já sofreram discriminação ao exercer o cuidado de seus filhos, o relatório reforça a urgência de políticas públicas que reconheçam desigualdades raciais e promovam condições dignas para que todos os homens possam cuidar.

É nesse percurso de produção de conhecimento, incidência política e defesa do cuidado como direito que se insere o presente relatório: o Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP). O IDP representa um avanço metodológico e conceitual ao propor uma medida sintética, comparável entre Unidades da Federação, capaz de captar dimensões estruturais e comportamentais associadas à participação paterna. Construído a partir de quatro indicadores públicos: igualdade de gênero no trabalho doméstico, nascimentos sem filiação paterna, acompanhamento no pré-natal pelos pais e proporção de domicílios com mulher responsável. Assim, o índice oferece uma leitura integrada das condições que favorecem ou dificultam o exercício da paternidade no Brasil.

Os resultados revelam desigualdades expressivas entre os estados. Enquanto Santa Catarina apresenta o maior IDP (0,9484), Sergipe ocupa a última posição (0,2367). Essa variação reflete diferenças profundas na corresponsabilidade doméstica, na presença paterna desde o nascimento, na participação dos homens no pré-natal e na configuração familiar. Em alguns estados, como Amapá e Roraima, observa-se forte contraste entre componentes: alto desempenho em um indicador convive com resultados muito baixos em outro, evidenciando que a paternidade é um fenômeno multidimensional e sensível a contextos sociais, econômicos e culturais distintos. Além de apresentar o ranking das Unidades Federativas, o relatório analisa a associação entre o IDP e quatro desfechos de desenvolvimento infantil: cobertura vacinal, amamentação, mortalidade infantil e mortes violentas intencionais entre crianças e adolescentes. Embora trate de uma análise observacional e agregada, os resultados sugerem que contextos mais favoráveis às paternidades tendem a se associar a melhores indicadores de saúde e proteção na infância. Essa relação reforça evidências internacionais de que a presença paterna engajada contribui para o desenvolvimento cognitivo, emocional e físico das crianças, além de fortalecer vínculos familiares e reduzir fatores de risco ao longo do ciclo de vida.

A contribuição deste relatório para o campo das políticas públicas é dupla. Primeiro, ao oferecer um instrumento de monitoramento simples, transparente e replicável, o IDP permite que gestores, pesquisadores e organizações da sociedade civil identifiquem desigualdades territoriais, acompanhem tendências e priorizem ações. Segundo, ao demonstrar empiricamente que o engajamento dos homens no cuidado está associado a melhores resultados para crianças e adolescentes, o estudo reforça a necessidade de políticas integradas que promovam a responsabilidade desde a gestação. Isto inclui ações de mobilização para engajamento dos homens no pré-natal e acompanhamento do parto, ampliação de licenças parentais, campanhas de comunicação, formação de profissionais e programas comunitários.

A primeira infância, período em que o cérebro humano se desenvolve mais rapidamente e em que vínculos afetivos têm impacto duradouro, é especialmente sensível à presença de figuras cuidadoras diversas. Políticas que incentivam a participação dos pais nesse período, como a estratégia do pré-natal do parceiro, Programa P, visitas domiciliares, grupos de paternidade e ambientes de trabalho que apoiem o cuidado, têm potencial de transformar trajetórias individuais e coletivas. Ao evidenciar desigualdades e apontar caminhos, o IDP e o Instituto Promundo contribuem para fortalecer essa agenda e ampliar o compromisso público com uma sociedade em que homens cuidam, paternam, compartilham responsabilidades e participam ativamente da vida de suas crianças.



# Capítulo 1

## Metodología

# Metodologia

## Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP)

### 1.1 Objetivo e desenho do estudo

Este capítulo descreve a construção do Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) e os procedimentos analíticos empregados para explorar sua associação com indicadores selecionados de desenvolvimento infantil no Brasil. O estudo é observacional e de corte transversal, com unidade de análise em nível de Unidade da Federação (UF), totalizando 27 observações.

O IDP foi concebido como um índice sintético em escala contínua, derivado de quatro indicadores públicos que capturam dimensões complementares relacionadas à presença, à participação paterna e à estrutura familiar. As análises estatísticas subsequentes estimam associações entre o IDP (variável explicativa principal), o PIB per capita (variável de controle) e quatro desfechos relacionados ao desenvolvimento infantil (variáveis dependentes). Como se trata de uma análise observacional, transversal e agregada por UF, as estimativas do modelo devem ser interpretadas como associações condicionais — não como efeitos causais — pois podem existir fatores não observados que influenciem simultaneamente o IDP e os desfechos, além de limitações de temporalidade e do risco de inferências indevidas do nível agregado para o individual.

### 1.2 Fontes de dados, período de referência e unidade geográfica

As variáveis utilizadas na construção do índice e nas análises estatísticas foram obtidas a partir de fontes públicas de natureza heterogênea, incluindo registros administrativos, censo demográfico, inquéritos populacionais e painéis governamentais. A unidade geográfica adotada é a Unidade da Federação (UF). Em função das características e periodicidade das fontes, os indicadores apresentam anos de referência distintos, conforme especificado na Tabela 1.

Tabela 1 - Variáveis, fontes, períodos de referência e observações metodológicas

Bloco	Variável	Fonte	Ano	Nível Geog.	Definição Operacional	Observações
IDP (comp. 1)	Trabalho doméstico não remunerado (razão M/H)	IBGE – PNAD Contínua Tabela 9519	2022	UF	Razão entre % de tempo feminino e masculino em trabalho doméstico não remunerado	Maior assimetria = pior desempenho no componente (ver Seção 3)
IDP (comp. 2)	Nascimentos sem filiação paterna	Portal da Transparência – Registro Civil "Pais Ausentes"	2025	UF	Proporção de nascimentos sem nome do pai	Numerador e denominador conforme extração do portal
IDP (comp. 3)	Acompanhamento paterno no pré-natal	Fiocruz – Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)	2019	UF	Percentual de participação paterna no pré-natal	Disponibilidade por UF conforme painel PNS/Fiocruz
IDP (comp. 4)	Domicílios com mulher responsável	IBGE – Censo Demográfico Tabela 9880	2022	UF	Proporção de domicílios cujo responsável é mulher (proxy de corresponsabilidade)	Maior proporção = pior desempenho (ver Seção 3). Antes IDP-5 na versão anterior.
Controle	PIB per capita	IBGE – Censo Demográfico	2022	UF	PIB / População	Dados do Censo 2022

continua

Bloco	Variável	Fonte	Ano	Nível Geog.	Definição Operacional	Observações
Desfecho 1	Cobertura vacinal	Ministério da Saúde / SEIDIGI	2023	UF	Média de coberturas vacinais por UF	Calendário nacional de vacinação
Desfecho 2	Amamentação	ENANI – Fiocruz	2019	Região - imputação por UF	Taxa de amamentação regional atribuída às UFs	Aproximação por UF dado granularidade regional do indicador
Desfecho 3	Mortalidade infantil	Fundação Abrinq / Observatório da Criança	2023	UF	Taxa de mortalidade infantil por UF	—
Desfecho 4	Taxa de morte violenta intencional (0–19 anos)	UNICEF – Panorama da violência letal e sexual	2022	UF	Mortes violentas intencionais por 100 mil crianças e adolescentes (0–19 anos)	Substitui o desfecho "Denúncias de maus-tratos" da versão anterior

Fonte: Elaboração dos autores.

### 1.3 Definição operacional dos componentes do IDP

O IDP é composto por quatro componentes, calculados em nível de UF, que representam dimensões distintas associadas às paternidades. Para fins de padronização e comparabilidade, cada indicador é classificado quanto à direção desejável:

Indicador positivo: valores maiores representam melhor desempenho (maior é melhor).

Indicador negativo: valores maiores representam pior desempenho (menor é melhor), exigindo inversão na etapa de padronização.

#### 1.3.1 Componentes e direção esperada

A direção dos quatro componentes segue a lógica operacional definida na construção do índice:

IDP-1 (diferença no trabalho doméstico): menor é melhor - maior assimetria entre sexos indica pior desempenho.

IDP-2 (nascimentos sem filiação paterna): menor é melhor.

IDP-3 (acompanhamento paterno no pré-natal): maior é melhor.

IDP-4 (domicílios com mulher responsável): menor é melhor - utilizado como proxy de aspectos da configuração de corresponsabilidade no domicílio.

Tabela 2 - Componentes do IDP, direção desejável e tratamento na padronização

Componente	Variável	Direção Desejável	Padronização Aplicada
IDP-1	Diferença no trabalho doméstico não remunerado (razão M/H)	Menor é melhor	Min–max invertida
IDP-2	Nascimentos sem filiação paterna	Menor é melhor	Min–max invertida
IDP-3	Acompanhamento paterno no pré-natal	Maior é melhor	Min–max direta
IDP-4	Domicílios com mulher responsável (ex-IDP-5)	Menor é melhor	Min–max invertida

Fonte: Elaboração dos autores.

## 1.4 Padronização dos componentes e cálculo do IDP

Os quatro componentes do IDP são originalmente medidos em escalas diferentes (percentuais, proporções ou razões). Para que possam ser comparados e combinados, cada componente é convertido para uma escala comum de 0 a 1 por meio de padronização min–max, calculada considerando o conjunto das 27 UFs. Após a padronização:

- Valores mais próximos de 1 indicam melhor desempenho relativo naquele componente;
- Valores mais próximos de 0 indicam pior desempenho relativo naquele componente.

### 1.4.1 Padronização min–max direta (indicadores “maior é melhor”)

Para indicadores em que valores maiores representam melhor desempenho, o valor padronizado para a UF  $i$  é:

$$Z(i) = [ X(i) - \min(X) ] / [ \max(X) - \min(X) ]$$

A UF com o menor valor recebe  $Z = 0$ , a UF com o maior valor recebe  $Z = 1$ , e as demais ficam proporcionalmente entre esses extremos.

### 1.4.2 Padronização min–max invertida (indicadores “menor é melhor”)

Para indicadores em que valores menores representam melhor desempenho, aplica-se a forma invertida:

$$Z(i) = [ \max(X) - X(i) ] / [ \max(X) - \min(X) ]$$

Nessa versão, a UF com o maior valor (pior desempenho) recebe  $Z = 0$ , e a UF com o menor valor (melhor desempenho) recebe  $Z = 1$ .

### 1.4.3 Agregação dos componentes (pesos e composição)

Após padronizar os quatro componentes na escala  $[0,1]$ , o IDP final de cada UF é calculado pela média aritmética simples dos quatro valores padronizados (pesos iguais):

$$IDP(i) = (1/4) * \text{SUM}[ Z(ik), k=1..4 ]$$

Assim, o IDP também varia de 0 a 1.

### 1.4.4 Tratamento de ausências e valores extremos

Neste estudo, não foi aplicado nenhum ajuste adicional aos dados antes da padronização:

- Valores eventualmente ausentes não foram preenchidos por estimativas;
- Valores muito altos ou muito baixos não foram limitados ou substituídos;
- Todos os componentes mantiveram o mesmo peso no cálculo final.

Assim, o procedimento de construção do IDP consiste em: (1) definir a direção desejável de cada indicador; (2) padronizar cada componente por min–max (direta ou invertida); e (3) calcular a média simples dos quatro componentes padronizados.

## 1.5 Apresentação do IDP e ranking das UFs

Após a padronização e agregação, cada UF recebe um valor final de IDP na escala [0,1]. Para facilitar a leitura e comparação, os resultados são apresentados em formato de ranking, do maior para o menor IDP.

A interpretação do ranking é relativa ao conjunto das 27 UFs analisadas: UFs com valores mais altos apresentam, em média, melhor desempenho nos quatro componentes do índice. Para fins de transparência e reprodutibilidade, a apresentação inclui:

- O valor do IDP por UF;
- Os valores padronizados dos quatro componentes por UF;
- Estatísticas descritivas do IDP (mínimo, máximo, média e dispersão).

## 1.6 Base analítica para as regressões

Para estimar as associações entre o IDP e os desfechos de desenvolvimento infantil, foi construído um banco analítico em nível de UF, combinando:

- IDP (valor final por UF);
- PIB per capita do Censo 2022 (controle); e
- Quatro variáveis dependentes: cobertura vacinal (2023), amamentação (2019), mortalidade infantil (2023) e taxa de morte violenta intencional (0–19 anos) (2022).

Cada variável foi incorporada conforme sua definição operacional e ano de referência. No caso específico da amamentação, como o indicador estava disponível apenas em nível regional, foi atribuída a cada UF a taxa correspondente à sua região.

As variáveis dependentes foram obtidas a partir de bases públicas oficiais, conforme detalhado a seguir: (i) cobertura vacinal (2023), proveniente do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), disponibilizado pelo Ministério da Saúde/SEIDIGI; (ii) amamentação (2019), a partir do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); (iii) mortalidade infantil (2023), com base em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sistematizados pelo Observatório da Criança e do Adolescente da Fundação Abrinq; e (iv) taxa de morte violenta intencional (0–19 anos) (2022), a partir de dados do UNICEF, construídos com base no SIM/DATASUS.

Ressalta-se que, devido à indisponibilidade de dados em nível de Unidade da Federação, o indicador de amamentação foi atribuído com base em médias regionais, o que pode reduzir a variabilidade interestadual e limitar comparações mais finas entre UFs.

## 1.7 Especificação econométrica e estimação

As associações entre o IDP e os desfechos foram estimadas por regressões lineares por mínimos quadrados ordinários (OLS), com intercepto e unidade de análise em nível de UF (N = 27). O IDP é a variável explicativa principal e o PIB per capita é incluído como variável de controle.

Para cada desfecho  $Y(i)$ , foi estimado o seguinte modelo:

$$Y(i) = \beta_0 + \beta_1 * IDP(i) + \beta_2 * PIBpc(i) + \varepsilon(i)$$

onde:

$\beta_1$  representa a associação entre o IDP e o desfecho, controlando por PIB per capita;  
 $\beta_2$  representa a associação entre o PIB per capita e o desfecho, controlando pelo IDP;  
 $\varepsilon(i)$  é o termo de erro.

As estimativas foram realizadas sem ajustes adicionais nos erros-padrão (sem correções robustas ou clusterizadas) e sem exclusões de UFs. Os resultados são apresentados com coeficientes estimados, erros-padrão e  $R^2$ . A interpretação de  $\beta_1$  é a associação entre o IDP e o desfecho Y, condicionada ao PIB per capita.

## 1.8 Limitações do estudo

As análises apresentadas devem ser interpretadas à luz das seguintes limitações:

**Desenho observacional transversal:** os resultados das regressões descrevem associações condicionais (não causais), sujeitas a fatores não observados que possam influenciar simultaneamente o IDP e os desfechos.

**Heterogeneidade temporal das fontes:** os indicadores derivam de fontes com anos de referência distintos (Censo 2022, vacinação 2023, PNS 2019, UNICEF 2022), limitando comparações estritamente contemporâneas.

**Análise em nível agregado:** o uso de medidas por UF pode introduzir limitações na extrapolação para o nível individual (famílias/pais).

**Granularidade da amamentação:** o indicador de amamentação está disponível em nível regional e foi atribuído às UFs de cada região, reduzindo artificialmente a variação entre estados.

## 1.9 Reprodutibilidade, transparência e documentação dos procedimentos

A construção do IDP e a execução das análises foram documentadas para permitir a reprodutibilidade por terceiros. O relatório explicita:

As fontes públicas utilizadas e seus períodos de referência;  
As definições operacionais de cada variável;  
A direção desejável de cada componente (maior é melhor vs. menor é melhor);  
As fórmulas de padronização min–max (direta e invertida);  
A regra de agregação do índice (média simples com pesos iguais para os 4 componentes).

As regressões são apresentadas com especificação explícita (OLS com intercepto, IDP como variável explicativa principal e PIB per capita como controle), permitindo replicação a partir do banco analítico em nível de UF. A transparência metodológica é reforçada por modelo de reprodução analítica, que consolida todos os cálculos, validações e análises de sensibilidade em abas documentadas.



## Capítulo 2

# Resultados do IDP para as Unidades Federativas

Os resultados apresentados nesta seção sintetizam o desempenho das 27 Unidades Federativas nos quatro subíndices que compõem o Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP). Cada subíndice reflete uma dimensão específica da participação paterna e das dinâmicas familiares no Brasil. A combinação padronizada desses indicadores gera o IDP final, permitindo comparar os estados em termos de desenvolvimento das paternidades.

## IDPI - Trabalho doméstico não remunerado e cuidados

Com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), a média nacional da razão Mulher/Homem no tempo dedicado ao trabalho doméstico não remunerado e aos cuidados é de 2,1. Isso significa que, para cada hora dedicada pelos homens, as mulheres dedicam em média 2,1 vezes mais, evidenciando uma sobrecarga feminina superior a 100%.

A análise por Unidade Federativa revela desigualdades expressivas. O Amapá apresenta a menor razão (1,61), alcançando o melhor desempenho no indicador (IDPI = 1,0). No extremo oposto, Sergipe registra a maior razão (2,65), resultando no menor valor padronizado (IDPI = 0,0). Esse contraste e a constatação que este indicador está significativamente maior do que 1,0 em todas as Unidades Federativas reforçam a persistência de desigualdades de gênero na divisão do trabalho doméstico.

Tabela 3 - Percentual de tempo em trabalho doméstico não remunerado e cuidados

Unidade Federativa	Homens	Mulheres	Razão M/H	IDP-1 (padronizado)
Amapá	5,5	8,9	1,6182	1,0000
Roraima	4,8	8,0	1,6667	0,9529
Rio de Janeiro	6,3	10,9	1,7302	0,8912
Rio Grande do Sul	6,0	10,6	1,7667	0,8557
Santa Catarina	5,9	10,6	1,7966	0,8266
Amazonas	6,1	11,0	1,8033	0,8201
Distrito Federal	5,5	10,4	1,8909	0,7349
São Paulo	6,0	11,6	1,9333	0,6937
Paraná	5,4	10,6	1,9630	0,6649
Mato Grosso do Sul	5,4	10,6	1,9630	0,6649
Acre	4,5	8,9	1,9778	0,6505
Rondônia	5,6	11,1	1,9821	0,6463
Tocantins	5,5	11,0	2,0000	0,6289
Espírito Santo	5,9	11,9	2,0169	0,6124
Goiás	5,3	10,7	2,0189	0,6106
Pará	5,4	11,8	2,1852	0,4489
Maranhão	5,0	11,0	2,2000	0,4345
Minas Gerais	5,7	12,7	2,2281	0,4072
Paraíba	5,5	12,9	2,3455	0,2931
Pernambuco	5,5	12,9	2,3455	0,2931
Mato Grosso	4,3	10,1	2,3488	0,2899
Alagoas	5,7	13,6	2,3860	0,2538
Piauí	5,2	12,6	2,4231	0,2177
Ceará	5,3	13,0	2,4528	0,1888
Rio Grande do Norte	5,3	13,2	2,4906	0,1521
Bahia	4,9	12,5	2,5510	0,0933
Sergipe	5,1	13,5	2,6471	0,0000

Fonte: Elaboração dos autores, com base em IBGE, PNAD Contínua, 2022.

## IDP2 - Nascimentos sem filiação paterna

Segundo o Portal de Transparência do Registro Civil (2025), a proporção média nacional de certidões de nascimento emitidas sem o nome do pai é de 7,67%. Esse indicador apresenta grande variação entre os estados.

O Paraná registra o menor percentual (5,02%), correspondendo ao melhor desempenho (IDP2 = 1,0). Já o Amapá apresenta a maior proporção (13,3%), resultando no menor valor padronizado (IDP2 = 0,0). Em termos práticos, isso significa que, enquanto no Paraná aproximadamente uma em cada vinte crianças nasce sem o registro paterno, no Amapá essa relação é de uma em cada oito.

Tabela 4 - Proporção de nascimentos sem filiação paterna por estado

Unidade Federativa	Nascimentos sem nome do pai	Total de nascimentos	Proporção (%)	IDP-2 (padronizado)
Paraná	2.190	43.576	5,0257	1,0000
Santa Catarina	1.100	21.823	5,0406	0,9982
Minas Gerais	8.098	151.857	5,3326	0,9628
Distrito Federal	1.067	18.393	5,8011	0,9060
Paraíba	2.061	34.762	5,9289	0,8905
São Paulo	8.527	140.335	6,0762	0,8726
Rio Grande do Sul	3.793	59.400	6,3855	0,8351
Rio Grande do Norte	2.148	33.336	6,4435	0,8281
Pernambuco	7.111	105.341	6,7505	0,7908
Goiás	3.291	48.136	6,8369	0,7803
Espírito Santo	2.096	30.279	6,9223	0,7700
Sergipe	1.497	21.593	6,9328	0,7687
Tocantins	1.353	19.090	7,0875	0,7499
Ceará	5.028	68.454	7,3451	0,7187
Piauí	2.003	27.236	7,3542	0,7176
Rondônia	1.695	22.367	7,5781	0,6904
Mato Grosso do Sul	1.651	21.443	7,6995	0,6757
Bahia	9.150	118.548	7,7184	0,6734
Rio de Janeiro	16.695	215.599	7,7435	0,6704
Alagoas	3.605	46.431	7,7642	0,6679
Pará	5.978	76.240	7,8410	0,6586
Mato Grosso	2.699	33.844	7,9748	0,6423
Amazonas	2.274	23.989	9,4793	0,4599
Maranhão	4.765	43.978	10,8350	0,2955
Acre	1.735	15.538	11,1662	0,2553
Roraima	2.104	16.581	12,6892	0,0706
Amapá	1.835	13.827	13,2711	0,0000

Fonte: Elaboração dos autores, com base em Portal da Transparência do Registro Civil, 2025.

## IDP3 - Acompanhamento paterno no pré-natal

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (Fiocruz, 2019), 77,7% dos homens no Brasil acompanharam o pré-natal da gravidez atual ou da última gestação. Entre as Unidades Federativas, o desempenho varia de forma significativa.

Santa Catarina apresenta a maior taxa de acompanhamento (89,3%), alcançando o valor máximo padronizado (IDP3 = 1,0). No outro extremo, Alagoas registra a menor taxa (65,5%), resultando no menor valor padronizado (IDP3 = 0,0). Esses resultados evidenciam diferenças regionais importantes no engajamento paterno durante a gestação.

Tabela 5 - Taxas de acompanhamento no pré-natal por estado

Unidade Federativa	Acompanhamento pré-natal (%)	IDP-3 (padronizado)
Santa Catarina	89,3	1,0000
São Paulo	88,3	0,9580
Distrito Federal	88,2	0,9538
Rio Grande do Sul	86,8	0,8950
Paraná	85,8	0,8529
Rio de Janeiro	85,7	0,8487
Mato Grosso do Sul	85,4	0,8361
Minas Gerais	84,1	0,7815
Amapá	82,0	0,6933
Ceará	81,2	0,6597
Roraima	81,1	0,6555
Espírito Santo	78,5	0,5462
Goiás	77,7	0,5126
Amazonas	75,5	0,4202
Pernambuco	75,5	0,4202
Rondônia	75,5	0,4202
Piauí	75,1	0,4034
Tocantins	74,3	0,3697
Maranhão	73,3	0,3277
Mato Grosso	71,9	0,2689
Paraíba	71,4	0,2479
Rio Grande do Norte	70,9	0,2269
Acre	70,8	0,2227
Pará	68,8	0,1387
Sergipe	67,9	0,1008
Bahia	66,8	0,0546
Alagoas	65,5	0,0000

Fonte: Elaboração dos autores, com base em FIOCRUZ, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2019.

## IDP4 - Mulher responsável pelo domicílio

O Censo 2022 do IBGE indica que 49,2% dos domicílios brasileiros têm uma mulher como responsável. Embora esse percentual reflita transformações sociais relevantes, ele também pode sinalizar contextos de ausência paterna ou sobrecarga feminina. É importante destacar que domicílios chefiados por mulheres refletem realidades diversas — viuvez, separação, migração laboral masculina e monoparentalidade por escolha — que nem sempre indicam baixo engajamento paterno. O componente funciona como proxy estrutural do desequilíbrio de corresponsabilidade no nível agregado das UFs, mas deve ser interpretado com cautela em análises comparativas entre estados com perfis socioeconômicos muito distintos.

Para este indicador, as diferenças entre os estados são marcantes. Rondônia apresenta o menor percentual (44,3%), obtendo o melhor desempenho (IDP4 = 1,0). Já Pernambuco registra o maior valor (53,9%), resultando no menor índice padronizado (IDP4 = 0,0).

Tabela 6 - Percentual de domicílios com mulher responsável por UF

Unidade Federativa	Mulher responsável pelo domicílio (%)	IDP-4 (padronizado)
Rondônia	44,29	1,0000
Santa Catarina	44,59	0,9687
Espírito Santo	45,46	0,8779
Paraná	45,56	0,8674
Mato Grosso	45,88	0,8340
Minas Gerais	45,88	0,8340
Goiás	46,67	0,7516
Mato Grosso do Sul	46,87	0,7307
Tocantins	47,24	0,6921
Rio Grande do Sul	48,63	0,5470
Roraima	48,88	0,5209
Pará	48,92	0,5167
Acre	49,13	0,4948
São Paulo	49,21	0,4864
Rio Grande do Norte	49,28	0,4791
Distrito Federal	49,45	0,4614
Amazonas	50,01	0,4029
Piauí	50,36	0,3664
Bahia	51,03	0,2965
Alagoas	51,67	0,2296
Paraíba	51,67	0,2296
Rio de Janeiro	52,26	0,1681
Ceará	52,60	0,1326
Amapá	52,88	0,1033
Maranhão	52,98	0,0929
Sergipe	53,13	0,0772
Pernambuco	53,87	0,0000

Fonte: Elaboração dos autores, com base em IBGE, Censo Demográfico, 2022.

## IDP - Ranqueamento Final

A partir da média padronizada dos quatro subíndices, foi calculado o Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) para cada Unidade Federativa. O ranking final revela diferenças estruturais importantes entre os estados.

Santa Catarina apresenta o maior IDP do país (0,9484), destacando-se como a Unidade Federativa com melhor desempenho geral nas dimensões analisadas. No extremo oposto, Sergipe registra o menor índice (0,2367), indicando maiores desafios no desenvolvimento das paternidades.

Tabela 7 - IDP - Índice de Desenvolvimento das Paternidades (4 componentes) - Ranking das 27 UFs

Unidade Federativa	IDP-1	IDP-2	IDP-3	IDP-4	IDP (final)	Rank
Santa Catarina	0,8266	0,9982	1,0000	0,9687	0,9484	1
Paraná	0,6649	1,0000	0,8529	0,8674	0,8463	2
Rio Grande do Sul	0,8557	0,8351	0,8950	0,5470	0,7832	3
Distrito Federal	0,7349	0,9060	0,9538	0,4614	0,7640	4
São Paulo	0,6937	0,8726	0,9580	0,4864	0,7527	5
Minas Gerais	0,4072	0,9628	0,7815	0,8340	0,7464	6
Mato Grosso do Sul	0,6649	0,6757	0,8361	0,7307	0,7269	7
Espírito Santo	0,6124	0,7700	0,5462	0,8779	0,7016	8
Rondônia	0,6463	0,6904	0,4202	1,0000	0,6892	9
Goiás	0,6106	0,7803	0,5126	0,7516	0,6638	10
Rio de Janeiro	0,8912	0,6704	0,8487	0,1681	0,6446	11
Tocantins	0,6289	0,7499	0,3697	0,6921	0,6102	12
Roraima	0,9529	0,0706	0,6555	0,5209	0,5499	13
Amazonas	0,8201	0,4599	0,4202	0,4029	0,5258	14
Mato Grosso	0,2899	0,6423	0,2689	0,8340	0,5088	15
Amapá	1,0000	0,0000	0,6933	0,1033	0,4492	16
Pará	0,4489	0,6586	0,1387	0,5167	0,4407	17
Piauí	0,2177	0,7176	0,4034	0,3664	0,4263	18
Ceará	0,1888	0,7187	0,6597	0,1326	0,4249	19
Rio Grande do Norte	0,1521	0,8281	0,2269	0,4791	0,4215	20
Paraíba	0,2931	0,8905	0,2479	0,2296	0,4153	21
Acre	0,6505	0,2553	0,2227	0,4948	0,4058	22
Pernambuco	0,2931	0,7908	0,4202	0,0000	0,3760	23
Alagoas	0,2538	0,6679	0,0000	0,2296	0,2878	24
Maranhão	0,4345	0,2955	0,3277	0,0929	0,2877	25
Bahia	0,0933	0,6734	0,0546	0,2965	0,2795	26
Sergipe	0,0000	0,7687	0,1008	0,0772	0,2367	27

Fonte: Elaboração dos autores.

Com base nos resultados apresentados, os capítulos seguintes examinam a relação entre o IDP e quatro indicadores essenciais do desenvolvimento infantojuvenil no Brasil:

- Taxa de cobertura vacinal (%)
- Taxa de amamentação (%)
- Taxa de mortalidade infantil (por 100 mil)
- Taxa de morte violenta intencional entre 0–19 anos (por 100 mil)

Essa etapa busca compreender como o desenvolvimento das paternidades se associa a condições de saúde, proteção e bem-estar de crianças e adolescentes no país.



## Capítulo 3

# Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) e Violência Contra Crianças e Adolescentes

# Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) e Violência Contra Crianças e Adolescentes

## 3.1 A Primeira Infância

A primeira infância constitui um período singular do desenvolvimento humano, marcado por transformações físicas, neurológicas, afetivas e sociais de extraordinária intensidade e relevância. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), a população entre 0 e 6 anos representa 8,92% dos habitantes do Brasil, totalizando 18.117.158 crianças em um universo de 203.080.756 indivíduos. Quanto à composição racial dessa faixa etária, os dados do Censo Demográfico de 2022 revelam a seguinte distribuição: pardos (47,48%), brancos (44,65%), pretos (6,57%), indígenas (1,07%) e amarelos (0,22%).

Nesse período, ocorrem mudanças fundamentais que influenciam todo o ciclo de vida humano. Entre as transformações de maior relevância, destacam-se: o desenvolvimento cerebral, a aquisição da linguagem e a formação das relações e do comportamento social (Shonkoff; Phillips, 2000); o desenvolvimento das habilidades motoras e a formação de vínculos afetivos, conforme sistematizado por Piaget (1971); o desenvolvimento socioemocional, analisado por Bowlby (1984); e a aprendizagem básica, a construção da identidade e da autoestima, bem como a capacidade de estabelecer relações interpessoais ao longo da vida, segundo as contribuições de Vygotsky (1991).

As experiências vivenciadas nessa fase exercem influências determinantes sobre o desenvolvimento integral da criança, tornando imprescindível a oferta de ambientes seguros, estímulos adequados, cuidado, afeto e proteção. Configura-se, assim, um período estratégico para a promoção do desenvolvimento saudável e para a prevenção de adversidades futuras, conforme estabelecido pelo Marco Legal da Primeira Infância (Brasil, 2016).

## 3.2 Atenção e Cuidado Integral - Nurturing Care

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Banco Mundial e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) preconizam que a Atenção e o Cuidado Integral às crianças estão alicerçados em cinco eixos interdependentes: boa saúde, nutrição adequada, segurança e proteção, cuidados responsivos e oportunidades de aprendizado (WHO et al., 2018).

As políticas públicas desempenham papel central na garantia desse cuidado integral, provendo serviços e programas que habilitam comunidades e cuidadores a promoverem a saúde, a nutrição e a proteção das crianças contra violências e ameaças. O envolvimento afetivo e responsivo dos cuidadores com as crianças, traduzido em apoio emocional e em oportunidades de aprendizagem mútua, constitui dimensão indissociável desse cuidado.

Figura 1 - Eixos do Cuidado Integral



Fonte: WHO; UNICEF; World Bank Group, 2018.

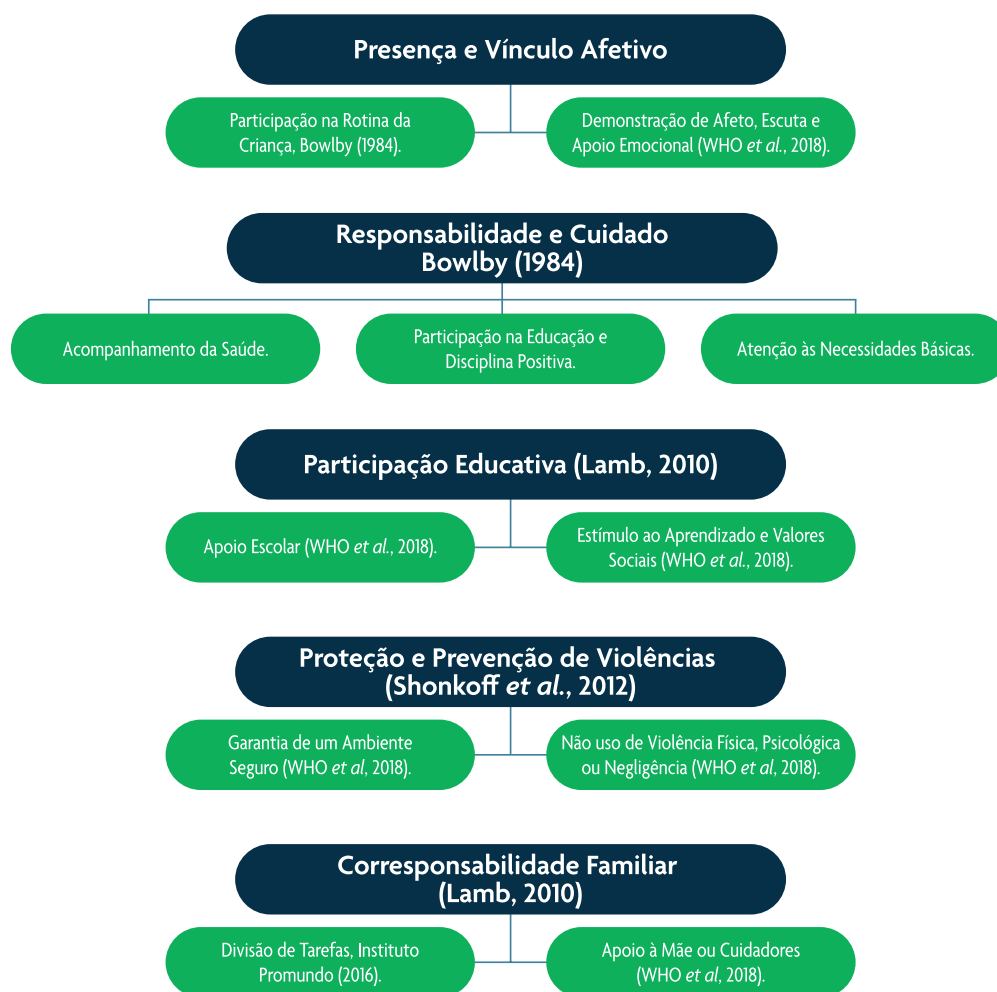
### 3.3 O Índice de Desenvolvimento das Paternidades e a Violência contra Crianças e Adolescentes

O Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) emerge como ferramenta analítica que permite avaliar o nível de envolvimento paterno e sua contribuição para a promoção do bem-estar e da proteção da criança e do adolescente, especialmente no enfrentamento e na prevenção das diversas formas de violência infantojuvenil.

A paternidade ocupa lugar fundamental no desenvolvimento integral da criança, influenciando aspectos emocionais, sociais, cognitivos e físicos (Bowlby, 1984; Shonkoff; Phillips, 2000). A figura paterna, historicamente associada de modo predominante à provisão material, passou a ser compreendida, à luz das transformações sociais e dos avanços da ciência sobre a infância, como agente de participação ativa, afetiva e responsável no cotidiano infantil (Lamb, 2010).

A violência contra a criança configura grave problema social e de saúde pública, manifestando-se por meio de agressões físicas, psicológicas, negligência, abuso sexual e abandono, práticas que violam os direitos fundamentais assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e comprometem o desenvolvimento integral da infância. A compreensão do ambiente familiar é, portanto, essencial tanto para a identificação quanto para a prevenção dessas violências. Estudos contemporâneos apontam a figura paterna como elemento decisivo na promoção de ambientes familiares seguros e protetivos (Lamb, 2010; Shonkoff; Phillips, 2000).

Figura 2 - Análise IDP a partir dos Eixos do Cuidado Integral



Fonte: Elaboração própria, com base em WHO; UNICEF; World Bank Group, 2018.

### 3.3.1 Análise Multifatorial do IDP em Relação à Violência Infantil

A análise multifatorial do IDP permite identificar, de forma sistemática, os efeitos que o índice — em seus níveis baixo ou elevado — produz sobre a incidência de violência contra crianças e adolescentes. Um IDP baixo está frequentemente associado a:

- negligência (Shonkoff et al., 2012);
- violência física ou psicológica (Durrant, 2016);
- ausência paterna (Lamb, 2010); e
- fragilidade nos vínculos afetivos (WHO et al., 2018).

Em contrapartida, um IDP elevado atua como fator de proteção, reduzindo os riscos de violência e promovendo: desenvolvimento saudável (Lamb, 2010; Shonkoff; Phillips, 2000); segurança emocional (Bowlby, 1984); e melhores resultados escolares e sociais (WHO et al., 2018).

Entre esses extremos, a flutuação do IDP provoca desequilíbrios que podem tanto agravar quanto atenuar os riscos de violência. É desejável a manutenção de um IDP elevado como condição protetora; contudo, a existência de lacunas nas políticas e práticas de paternidade, a serem examinadas ao longo deste estudo, impõe desafios que carecem de análise aprofundada.

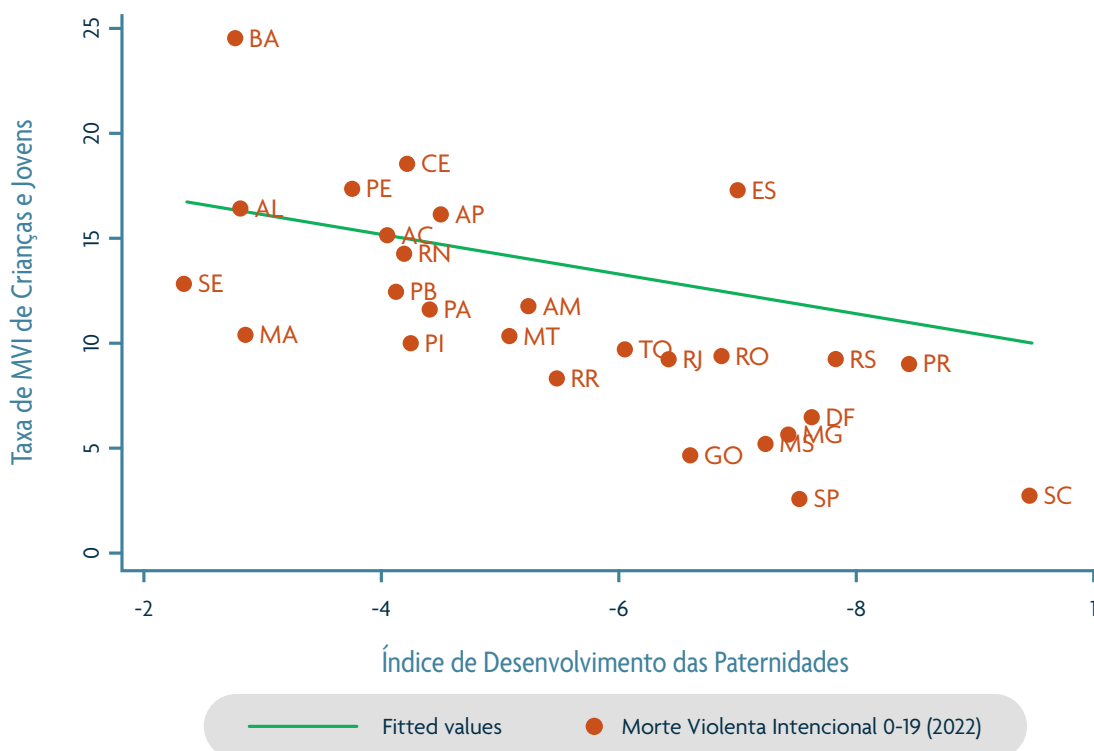
### 3.3.2 Correlação Negativa entre o IDP e a Taxa de Mortes Violentas Intencionais contra Crianças e Adolescentes no Brasil

A análise por estado, ajustada pelo Produto Interno Bruto (PIB) estadual, indica que o crescente envolvimento dos homens nas tarefas domiciliares e familiares tende a influenciar negativamente a curva de incidência de mortes violentas contra crianças e adolescentes, contribuindo para sua redução. As evidências disponíveis sugerem que a presença paterna ativa, o paternar e o reconhecimento legal dos filhos contribuem para a criação de ambientes familiares mais protetivos e menos propensos a práticas abusivas.

É imperativo, contudo, que a redução dos registros não seja interpretada como erradicação dos casos ou como estímulo à invisibilidade das ocorrências, mas sim como reflexo da diminuição real das situações de violência. Famílias com maior corresponsabilidade parental tendem a oferecer suporte emocional, estabilidade e cuidado contínuos às crianças e adolescentes. O ajuste pelo PIB estadual reforça que não é apenas a condição econômica que explica essa tendência, mas sobretudo a qualidade das relações familiares e sociais, as quais desempenham papel decisivo na prevenção da violência.

O fortalecimento das paternidades emerge, portanto, como fator estratégico para a proteção infantojuvenil. Políticas públicas voltadas à ampliação da participação dos homens na vida familiar podem contribuir diretamente para a redução dos maus-tratos e para a promoção de uma infância mais segura e saudável.

Figura 3 - IDP x Taxa de Mortes Violentas Intencionais contra crianças e adolescentes no Brasil



Fonte: Elaboração própria, com base em UNICEF; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024.

### 3.4 Tipos de Violência contra Crianças e Adolescentes

A legislação nacional, em especial a Lei n.º 13.431/2017 (Lei da Escuta Protegida), define os seguintes tipos de violência passíveis de notificação: violência física, violência psicológica, violência sexual, violência institucional e negligência. A essas modalidades, acrescenta-se a violência fetal, compreendida como:

Violência praticada pela gestante contra o feto (gestante drogadita, alcoolista e/ou negligente com o pré-natal, tentativa de aborto e outros), assim como quando a gestante sofre alguma forma de violência física por outra pessoa, através de pontapés, socos na barriga e outras formas de agressões, inclusive a negligência. (Curitiba, 2008, p. 33).

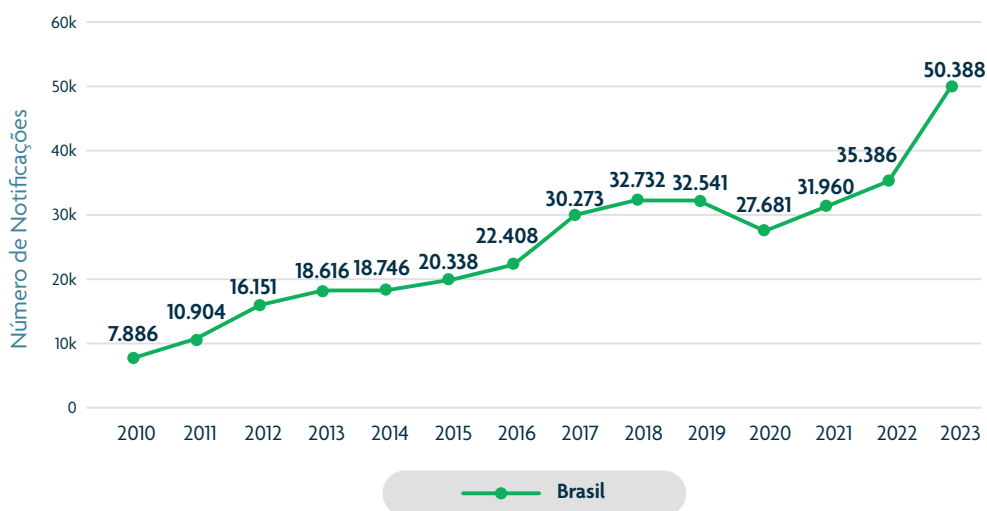
A identificação precoce da violência fetal possibilita intervenções preventivas que protegem tanto a gestante quanto a criança a ser gerada. Os dados utilizados nesta análise foram obtidos junto ao DATASUS/Tabnet, na seção “Epidemiológicas e Morbidade”, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com seleção das opções “Violência Interpessoal/Autoprovocada” e filtro por município de residência, faixa etária (menor de 1 ano e 1 a 4 anos).

Figura 4 - Tipos de violência definidos pela Lei 13431/2017 (Lei Da Escuta Protegida)



Fonte: UNICEF, 2017

Figura 5 - Notificações de casos de violência contra crianças de 0 a 4 anos



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, DATASUS/SINAN, 2023.

### 3.5 Ciclos de Vida da Criança e o IDP

O IDP analisa a participação paterna ao longo dos ciclos de vida da criança, compreendendo as seguintes fases: recém-nascido/lactente (0 a 2 anos), pré-escolar (2 a 6 anos), idade escolar (6 a 10/12 anos) e adolescência/puberdade (10 a 18 anos) (Instituto Promundo, 2016).

A carência ou fragilidade do vínculo afetivo, do cuidado diário, da responsabilidade, da participação educativa e da proteção paterna associa-se frequentemente à violência infantil, em especial nos casos de negligência e violência psicológica. Em sua maioria, a violência produzida contra a criança tende a ser naturalizada no ambiente intradomiciliar, podendo estar relacionada a modelos patriarcais e hegemônicos de paternidade, que instrumentalizam a força como prática educativa.

Padrões rígidos e violentos, carência emocional ou omissão diante das necessidades da criança são características de pais com baixo índice de desenvolvimento paterno, configurando violações dos direitos assegurados pelo ECA, que determina ser dever da família garantir à criança o direito à dignidade, ao respeito e à convivência familiar livre de todas as formas de violência.

### 3.6 A Lei n.º 13.010/2014 - Lei Menino Bernardo

Sancionada em 26 de junho de 2014, a Lei n.º 13.010/2014, conhecida como Lei Menino Bernardo, altera o Estatuto da Criança e do Adolescente para estabelecer o direito de crianças e adolescentes de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante. A legislação representa marco normativo essencial no combate à disciplina violenta e na promoção de práticas educativas não punitivas no âmbito familiar.

### 3.7 Paternidade Ativa: Evidências de Pesquisa

Pesquisa realizada em fevereiro de 2022 pelas instituições Huggies e Instituto On the Go, com 1.010 mães e pais entre 25 e 40 anos, de todas as regiões do Brasil e das classes A, B, C e D, revelou crescente envolvimento paterno nas tarefas práticas de cuidado com os filhos: 83% dos pais afirmaram dar banho na criança; 82% relataram participar da alimentação; 81% declararam trocar fraldas; 74% lavar louça; e 47% cozinhar.

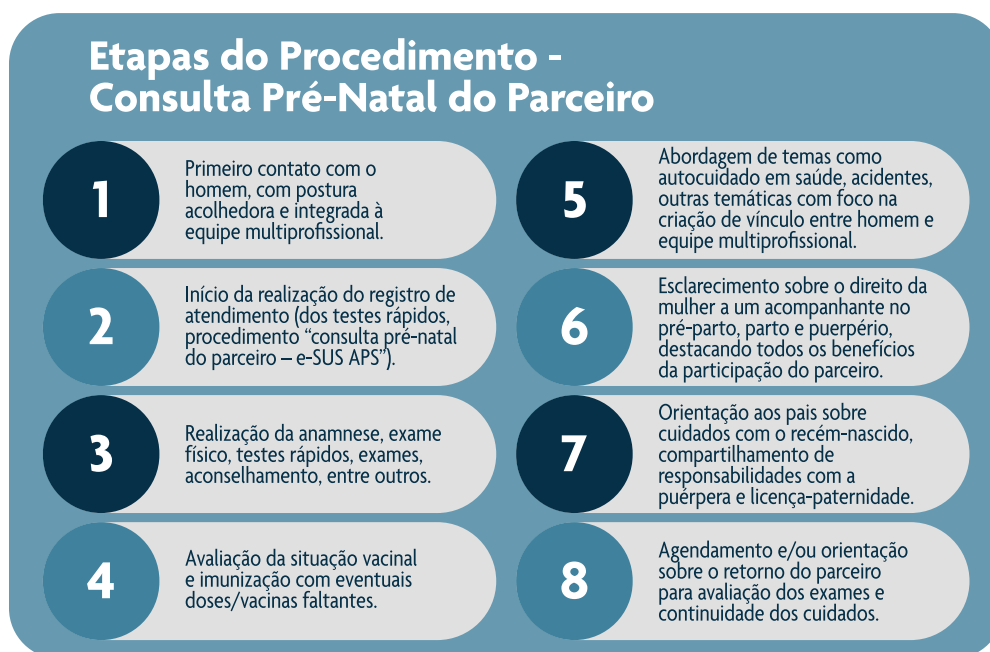
Quanto à licença-paternidade, dados referentes ao período entre 2023 e início de 2025 indicam que cerca de 74,5% dos pais utilizaram apenas os cinco dias garantidos por lei, sendo que pedidos superiores a 20 dias correspondem a apenas 7% do total. Pesquisa encomendada pela Bepantol Baby aponta que 74% dos homens desejam participar mais ativamente das tarefas de cuidado com os filhos, evidenciando uma mudança nas expectativas da paternidade contemporânea, mesmo que a prática ainda não acompanhe plenamente esse anseio.

### 3.8 A Estratégia do Pré-Natal do Parceiro (EPNP) como Fator de Proteção

A Estratégia do Pré-Natal do Parceiro (EPNP), ancorada no Eixo de Paternidade e Cuidado da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), do Ministério da Saúde, tem como objetivo transformar a Atenção Primária à Saúde (APS) em espaço de pertencimento também para os homens, estimulando boas práticas de saúde preventiva e o envolvimento paterno desde o planejamento reprodutivo, passando pelo parto e puerpério, até o desenvolvimento infantil.

Essa estratégia está em consonância com os princípios da Humanização do Pré-Natal, Parto e Nascimento e com a Lei do Acompanhante (Lei n.º 11.108/2005), promovendo a criação de vínculos afetuosos e saudáveis entre pai e filho desde os primeiros momentos da gestação.

Figura 6 - Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2023.

Os pais biológicos ou afetivos que se envolvem de forma compartilhada na experiência da gravidez, incluindo, em alguns casos, a vivência da Síndrome de Couvade, com manifestações como enjojo, ganho de peso, ansiedade e irritabilidade, exercem a paternidade ativa, afetiva e responsável de maneira mais consistente. Esse engajamento auxilia na construção de vínculos seguros, favorece o amadurecimento emocional da criança, reduz a ocorrência de práticas violentas e contribui para o fortalecimento da autoestima infantil. Ademais, a corresponsabilidade paterna reduz a sobrecarga materna e o estresse doméstico, fatores que podem precipitar situações de violência. Estudo multinacional da ONU Mulheres indica que a prevalência da violência doméstica durante a gestação, causada principalmente por parceiros íntimos, varia entre 1% e 28% (Al Shidhani; Al Kendi; Al Kiyumi, 2020; Jahanfar; Howard; Medley, 2014).

### 3.9 Dimensões de Participação Paterna e Níveis do IDP

A Tabela 8 apresenta a relação entre os tipos de paternidade e os níveis de participação paterna, sistematizando as principais dimensões avaliadas pelo IDP.

Tabela 8 - Relação entre Tipos de Paternidade e Níveis de Participação Paterna

	Muito Baixo Baixo	Médio	Alto Elevado
<b>Presença Afetiva</b>	Ausência emocional; vínculos frágeis ou inexistentes (paternidade ausente ou negligente)	Presença parcial e irregular; vínculo afetivo limitado (paternidade tradicional ou parcialmente envolvida)	Presença constante, escuta e apoio emocional (paternidade afetiva e ativa)
<b>Responsabilidade e Cuidado</b>	Omissão de cuidados básicos; negligência ou práticas violentas	Responsabilidade centrada na provisão material	Cuidado cotidiano, corresponsabilidade e atenção às necessidades físicas e emocionais
<b>Participação Educativa</b>	Baixa ou inexistente participação escolar e educativa	Acompanhamento pontual da escolarização	Envolvimento ativo na educação, estímulo à aprendizagem e valores sociais
<b>Proteção e Não Violência</b>	Uso de violência física/psicológica ou negligência	Ausência de violência direta, porém com fragilidades protetivas	Práticas educativas não violentas; ambiente seguro e protetivo
<b>Corresponsabilidade Familiar</b>	Sobrecarga materna; ausência de apoio aos cuidadores	Divisão limitada das responsabilidades parentais	Compartilhamento equilibrado de tarefas e apoio à mãe ou cuidadores
<b>Impactos no Desenvolvimento Infantil</b>	Maior vulnerabilidade à violência, prejuízos emocionais e sociais	Desenvolvimento intermediário, com lacunas afetivas e educativas	Desenvolvimento integral, segurança emocional e melhores resultados escolares e sociais

Fonte: Elaboração própria, com base em UNICEF, 2021; Baumrind, 1967; Bronfenbrenner, 1979; Bowlby, 1982; Lamb, 2010; Shonkoff et al., 2012; WHO, 2006; Durrant, 2016.

### 3.10 Parentalidade Positiva

A parentalidade positiva é definida pelo Conselho da Europa como:

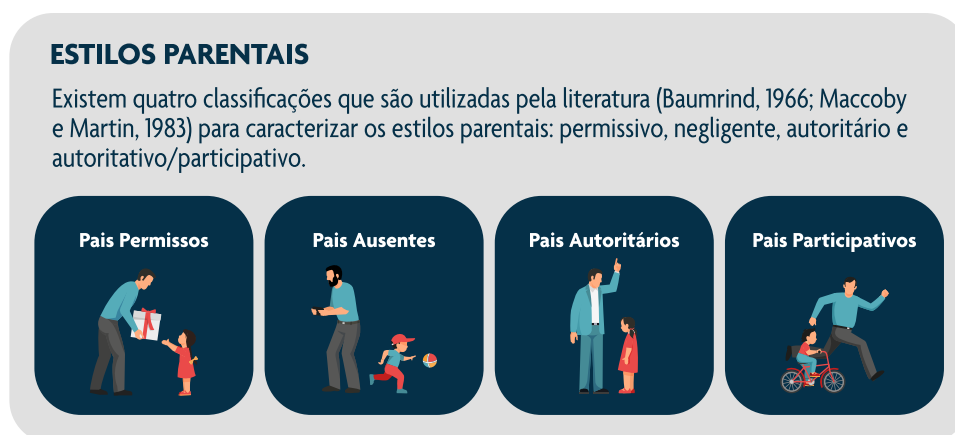
*Comportamentos parentais respeitosos, acolhedores, estimulantes, não violentos e que promovem o reconhecimento e orientações com o estabelecimento de limites, para fortalecer o pleno desenvolvimento da criança. (Council of Europe, 2006).*

O UNICEF complementa essa definição ao incluir as interações, emoções, crenças, atitudes, práticas, conhecimentos e comportamentos dos pais associados à prestação de cuidados integrais à criança. A parentalidade está, portanto, alinhada a metodologias permanentes de promoção e apoio integral ao desenvolvimento e à socialização infantil.

A presença paterna influencia de modo significativo o desenvolvimento infantil, sendo essencial para o crescimento, a proteção contra violências, a autonomia, a adaptação e o sucesso ao longo da vida das crianças. A adoção de estratégias que envolvam apoio, encorajamento, atenção e cuidado, em detrimento da punição, tende a produzir crianças mais cooperativas, flexíveis e adaptáveis (UNICEF, 2018).

Os dados do Portal de Transparência do Registro Civil (2025) revelam que 6,93% dos registros de nascimento constam apenas em nome da mãe, correspondendo a 173.804 nascimentos sem a indicação do nome paterno na certidão, expressão concreta da ausência paterna e de seus potenciais impactos no desenvolvimento infantil.

Figura 7 - Estilos parentais



Fonte: UNICEF, 2018.

### 3.11 A Utilização de Práticas Violentas com os Filhos

A parentalidade sofre influências de inúmeros fatores, entre os quais se destacam: a evolução histórica e cultural, aspectos biológicos e etológicos, a configuração familiar e o nível socioeconômico e cultural (Bornstein, 2014). O uso da disciplina violenta pode ser compreendido como resultado de uma trajetória pregressa marcada por deficiências de ordem diversa e por padrões comportamentais que se perpetuam intergeracionalmente, culminando em danos irreversíveis tanto para as vítimas quanto para os autores das violências.

### 3.12 Políticas Públicas e Iniciativas de Enfrentamento à Violência

No Brasil, o enfrentamento da violência intrafamiliar e da violência paterna contra a criança é reconhecido como fenômeno multifatorial e constitui agenda prioritária do poder público. A eficiência das políticas nessa área resulta da articulação entre os serviços, da qualificação dos profissionais e do fortalecimento contínuo das estratégias de parentalidade positiva.

#### 3.12.1 Marco Legal

O arcabouço normativo brasileiro relativo à proteção infantojuvenil e ao fortalecimento da paternidade compreende os seguintes instrumentos principais:

**Lei n.º 8.560/1992:** regula o reconhecimento de paternidade, determinando que o registrador indague à mãe o nome do suposto pai quando uma criança é registrada sem indicação paterna;

**Lei n.º 12.004/2009:** altera a Lei n.º 8.560/1992 e estabelece a presunção de paternidade em caso de recusa do suposto pai a submeter-se ao exame de DNA;

**Provimento n.º 19/2012:** garante a gratuidade da averbação do reconhecimento de paternidade em todo o território nacional;

**Lei n.º 11.108/2005 - Lei do Acompanhante:** garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato no âmbito do SUS;

**Lei n.º 12.318/2010 - Lei da Alienação Parental:** define e coíbe a interferência na formação psicológica da criança que prejudique o vínculo com um dos genitores;

**Lei n.º 12.873/2013:** garante ao segurado ou segurada da Previdência Social que adotar ou obtiver guarda judicial para adoção o direito ao salário-maternidade por 120 dias;

**Lei n.º 13.010/2014 - Lei Menino Bernardo:** proíbe castigos físicos e tratamento cruel ou degradante na educação de crianças e adolescentes;

**Lei n.º 13.058/2014 - Lei da Guarda Compartilhada:** estabelece a divisão equilibrada do tempo de convívio entre pai e mãe, com foco nos interesses dos filhos;

**Lei Complementar n.º 146/2014:** veda a dispensa arbitrária de quem detiver a guarda de filho cujo genitor tenha falecido, até o quinto mês após o parto;

**Lei n.º 13.431/2017 - Lei da Escuta Protegida:** normatiza o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e cria mecanismos de prevenção e coibição;

**Lei n.º 14.344/2022 - Lei Henry Borel:** cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra crianças e adolescentes; e

**Lei n.º 14.826/2024 - Parentalidade Positiva:** institui a parentalidade positiva e o direito ao brincar como estratégias de prevenção à violência contra crianças.

### 3.12.2 Programas e Ações Governamentais

O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes tem como objetivo desenvolver e coordenar políticas que assegurem a proteção integral dessa população. Suas diretrizes incluem o desenvolvimento de habilidades parentais e protetivas, a integração de políticas públicas e atores sociais, a capacitação de profissionais, o aprimoramento das estratégias de atendimento e o fortalecimento do sistema de garantia de direitos e dos canais de denúncia.

O Disque 100, canal oficial de denúncia de violações de direitos humanos, desempenha papel estratégico na identificação precoce de casos de violência paterna, possibilitando a atuação imediata dos órgãos competentes. O Programa Famílias Fortes, do Ministério da Saúde, foca no fortalecimento dos vínculos familiares como estratégia de prevenção ao consumo de drogas e à violência entre crianças e adolescentes.

A Estratégia Crescer em Paz (2025), lançada pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública, reúne 45 ações voltadas à prevenção, proteção e recuperação de crianças e adolescentes vítimas de violência, crime e uso de drogas, inclusive nos ambientes digitais. O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), ofertado em Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) para famílias com crianças de 0 a 6 anos, promove atividades que reforçam os vínculos familiares e apoiam o desenvolvimento infantil. Anualmente, o Ministério da Saúde realiza o Mês da Valorização da Paternidade, com ações de conscientização e programas de educação parental integrados às áreas de saúde e assistência social.

### 3.12.3 Terceiro Setor e Iniciativas de Pesquisa

No campo da pesquisa, o Núcleo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades (GEMA/UFPE) desenvolve ensino, pesquisa e extensão universitária a partir do enfoque feminista de gênero, atuando especialmente nos temas relativos aos direitos sexuais e reprodutivos e à saúde masculina. Entre as organizações do terceiro setor com atuação relevante nessa área, destacam-se: a Rede de Homens pela Equidade de Gênero (RHEG), que congrega organizações da sociedade civil voltadas à promoção dos direitos humanos; a Rede Não Bata, Eduque, movimento social que objetiva erradicar os castigos físicos e humilhantes e estimular relações familiares democráticas e respeitadas; a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, por meio da iniciativa Primeira Infância em Dados; e a Rede MenEngage Brasil, que promove a articulação e o fortalecimento político das organizações envolvidas na promoção da equidade de gênero.

Em âmbito internacional, merecem destaque a campanha MenCare (Promundo/Sonke/Oxfam) e o Programa P, que fornecem ferramentas para o engajamento masculino na paternidade; o Programa +Pai (MenCare+), iniciativa multipaís que visa envolver os homens como parceiros iguais nos cuidados materno-infantis; e programas amplos de parentalidade positiva, como o Triple P (Austrália/Reino Unido) e o Strengthening Families Program (Estados Unidos). Experiências locais, como o projeto “Papai Tá Aqui” em Patos (PB) e o programa “Família que Acolhe” em Boa Vista (RR), demonstram que ações simples e acessíveis voltadas à paternidade ativa produzem resultados concretos no fortalecimento dos vínculos familiares e na adesão dos pais às práticas de cuidado.

### 3.13 O IDP nos Programas de Fortalecimento Familiar

O exercício da paternidade pode representar uma âncora de segurança identitária para homens privados de outros símbolos de prestígio masculino, como trabalho e provimento de renda, sendo reconhecido como fator de proteção e de promoção da saúde (Albuquerque, 2020; Cruz et al., 2015). Os benefícios do envolvimento paterno positivo são amplamente documentados pela literatura científica, com evidências consistentes de associação a resultados positivos para o desenvolvimento infantil.

O IDP surge como instrumento estratégico no monitoramento e na avaliação das ações desenvolvidas nos programas de fortalecimento familiar, promovendo a proteção integral da criança, especialmente no que concerne à violência doméstica, às formas abusivas de educar e à negligência. Sua principal finalidade é ampliar as competências parentais, fortalecer os vínculos afetivos e promover relações familiares baseadas no cuidado, no respeito e na corresponsabilidade. A identificação, por meio do IDP, do nível de envolvimento paterno, considerando dimensões como vínculo afetivo, práticas educativas, proteção, responsabilização e prevenção da violência, permite reconhecer comportamentos de risco e de proteção, indicando estratégias de intervenção adequadas a cada núcleo familiar. O índice também é capaz de diagnosticar padrões de paternidade violentos e negligentes, subsidiando ações como grupos reflexivos de pais, orientação parental, acompanhamento psicossocial e encaminhamentos à rede de proteção, conforme o nível de risco identificado.

A Tabela 9, a seguir, sintetiza os principais programas de fortalecimento familiar disponíveis no Brasil e no mundo, evidenciando a capilaridade das iniciativas voltadas à promoção de paternidades saudáveis e responsáveis.

Tabela 9 - Principais programas de fortalecimento familiar

Programa	Âmbito	Foco Principal	Gestão
Famílias Fortes	Nacional	Vínculos familiares, prevenção de drogas e violência	Ministério da Saúde
SCFV (Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos)	Nacional	Convivência familiar, desenvolvimento infantil (0–6 anos)	Ministério da Cidadania / CRAS
Crescer em Paz	Nacional	Prevenção da violência, proteção e recuperação de crianças	Ministério da Justiça e Segurança Pública
Papai Tá Aqui (Urban95)	Local (Patos/PB)	Participação paterna no pré-natal, parto e cuidados infantis	Parceria pública/terceiro setor
Família que Acolhe (Urban95)	Local (Boa Vista/RR)	Cuidado infantil, vínculos afetivos, divisão de responsabilidades	Parceria pública/terceiro setor
MenCare / Programa P	Internacional	Engajamento paterno, equidade de gênero	Promundo/Sonke/Oxfam
Triple P	Internacional (Austrália/RU)	Parentalidade positiva, comportamento infantil	Organização independente
Strengthening Families Program	Internacional (EUA)	Parentalidade positiva, prevenção de abuso	Organização independente

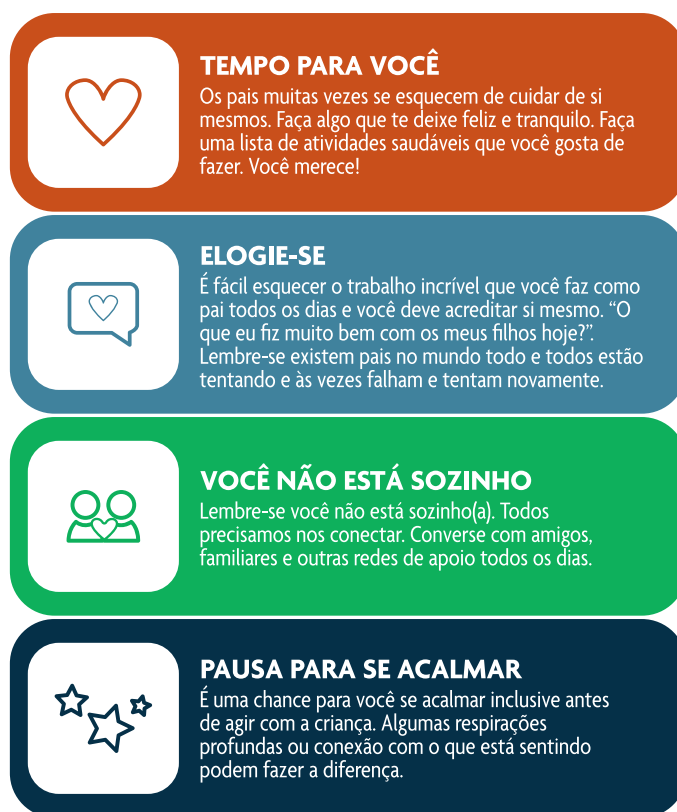
Fonte: Elaboração dos autores, com base em UNICEF, 2021; Brasil. Ministério da Saúde, 2023; Instituto Promundo, 2016.

### 3.14 Regulação Emocional e Bem-estar do Cuidador

As influências do ambiente familiar e intradomiciliar sobre o desenvolvimento infantil são reciprocamente condicionadas pelo bem-estar dos cuidadores. Não é aceitável que padrões de comportamento agressivo sejam transferidos ou naturalizados sob a justificativa de dinâmicas interpessoais, uma vez que as violências praticadas no ambiente familiar não se restringem às crianças, mas atingem também as mulheres e demais membros da família (Rochat et al., 2019).

As práticas que podem apoiar o desenvolvimento saudável da criança incluem: atender às suas necessidades básicas e zelar por sua saúde e bem-estar; estar emocionalmente conectado, atento e receptivo às suas demandas; e ser referência de segurança, estabilidade e consistência em sua vida.

Figura 8 - Regulação emocional e bem-estar do cuidador



Fonte: Elaboração própria, com base em UNICEF, 2021; Baumrind, 1967; Bronfenbrenner, 1979; Bowlby, 1982; Lamb, 2010; Shonkoff et al., 2012; WHO, 2006; Durrant, 2016.

### Considerações Finais

A análise da violência contra crianças e adolescentes a partir do Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) revela evidências robustas sobre a influência direta e indireta do comportamento paterno na proteção ou na vulnerabilização da infância. É urgente que a carência de vínculos afetivos, os hábitos disciplinares violentos e os modelos patriarcais de paternidade sejam reconhecidos como indicadores de risco significativos para a ocorrência de violência infantil e progressivamente superados.

Ao longo deste capítulo, evidenciou-se que a presença paterna responsável, participativa e afetiva constitui importante estratégia de prevenção à violência contra a criança, além de contribuir para a consolidação dos direitos garantidos em lei. O percurso histórico é atravessado por crenças culturais e padrões comportamentais que se transmitem entre gerações, sustentando práticas patriarcais e hegemônicas que ainda perpetuam culturas familiares violentas. A desconstrução desse modelo ocorre paulatinamente, à medida que a sociedade avança no enfrentamento de tais paradigmas, como atestam as evidências transculturais: não há ganhos na manutenção de práticas violentas, apenas danos, individuais, familiares e sociais.

As políticas públicas de saúde, as iniciativas governamentais e as organizações do terceiro setor têm atuado consistentemente na interrupção do ciclo vicioso da violência paterna cultural, por meio de ações capazes de incluir os homens de forma participativa e espontânea no processo do cuidar. Inserir os homens e as diversas expressões de masculinidade nesse processo significa abrir possibilidade real de mudança no ciclo transcultural, favorecendo novas práticas no universo da paternidade.

O Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) reconhece as fragilidades e as potencialidades do comportamento paterno, fundamentando-se em instrumentos e ferramentas que subsidiam intervenções profissionais qualificadas e o arcabouço público necessário ao amparo da criança e ao desenvolvimento de ambientes familiares seguros, humanizados e protetivos.

### Referências Bibliográficas

AL SHIDHANI, A. S.; AL KENDI, A.; AL KIYUMI, M. Domestic violence during pregnancy. **Sultan Qaboos University Medical Journal**, v. 20, n. 1, p. 1–7, 2020.

ALBUQUERQUE, G. A. Paternidade e saúde do homem: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 235–248, 2020.

BORNSTEIN, M. H. (ed.). **Handbook of parenting**. 3. ed. New York: Routledge, 2014.

BOWLBY, J. **Apego e perda: apego**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Presidência da República, 1990.

BRASIL. **Lei n.º 8.560, de 29 de dezembro de 1992**. Regula a investigação de paternidade dos filhos havidos fora do casamento. Brasília: Presidência da República, 1992.

BRASIL. **Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005**. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Brasília: Presidência da República, 2005.

BRASIL. **Lei n.º 12.004, de 29 de julho de 2009**. Altera a Lei n.º 8.560/1992, estabelecendo a presunção de paternidade no caso de recusa ao exame de DNA. Brasília: Presidência da República, 2009.

BRASIL. **Lei n.º 12.318, de 26 de agosto de 2010**. Dispõe sobre a alienação parental. Brasília: Presidência da República, 2010.

BRASIL. **Lei n.º 12.873, de 24 de outubro de 2013.** Dispõe sobre o salário-maternidade nos casos de adoção ou guarda judicial. Brasília: Presidência da República, 2013.

BRASIL. **Lei n.º 13.010, de 26 de junho de 2014.** Estabelece o direito da criança e do adolescente de serem educados sem castigos físicos ou tratamento cruel (Lei Menino Bernardo). Brasília: Presidência da República, 2014.

BRASIL. **Lei n.º 13.058, de 22 de dezembro de 2014.** Estabelece o significado da expressão “guarda compartilhada” e dispõe sobre sua aplicação. Brasília: Presidência da República, 2014.

BRASIL. **Lei Complementar n.º 146, de 25 de junho de 2014.** Veda a dispensa arbitrária de trabalhador que detenha guarda de filho cujo genitor tenha falecido. Brasília: Presidência da República, 2014.

BRASIL. **Lei n.º 13.257, de 8 de março de 2016.** Marco Legal da Primeira Infância. Brasília: Presidência da República, 2016.

BRASIL. **Lei n.º 13.431, de 4 de abril de 2017.** Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência (Lei da Escuta Protegida). Brasília: Presidência da República, 2017.

BRASIL. **Lei n.º 14.344, de 24 de maio de 2022.** Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes (Lei Henry Borel). Brasília: Presidência da República, 2022.

BRASIL. **Lei n.º 14.826, de 9 de janeiro de 2024.** Institui a parentalidade positiva. Brasília: Presidência da República, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 73 p.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados.** Porto Alegre: Artmed, 1996.

CONSELHO Nacional de Justiça. **Provimento n.º 19, de 27 de março de 2012.** Garante a gratuidade da averbação do reconhecimento de paternidade. Brasília: CNJ, 2012.

COUNCIL OF EUROPE. **Committee of Ministers Recommendation Rec(2006)19 of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting.** Estrasburgo: Council of Europe, 2006.

CRUZ, M. et al. Paternidade, masculinidade e saúde do homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1569–1578, 2015.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de atenção às vítimas de violência sexual e doméstica.** Curitiba: SMS, 2008.

DURRANT, J. **Positive discipline in everyday parenting.** Estocolmo: Save the Children, 2016.

IBGE — INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022: resultados do universo.** Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

INSTITUTO PROMUNDO. **Paternidade ativa e envolvimento paterno no Brasil: análise e perspectivas.** Rio de Janeiro: Promundo, 2016.

JAHANFAR, S.; HOWARD, L. M.; MEDLEY, N. Domestic violence during pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, 2014.

LAMB, M. E. **The role of the father in child development**. 5. ed. Hoboken: Wiley, 2010.

PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança**. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

PORTAL DE TRANSPARÊNCIA DO REGISTRO CIVIL. **Registros de nascimento sem indicação de paternidade: dados 2025**. Disponível em: <https://www.registrocivil.org.br>. Acesso em: 5 abr. 2025.

RIZZINI, I.; PILOTTI, F. (org.). **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano del Niño; Santa Úrsula, 2011.

ROCHAT, T. J. et al. Intimate partner violence and child mental health outcomes: a systematic review. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 20, n. 4, p. 1–18, 2019.

SHONKOFF, J. P.; PHILLIPS, D. A. **From neurons to neighborhoods**: the science of early childhood development. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

SHONKOFF, J. P. et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. **Pediatrics**, v. 129, n. 1, p. e232–e246, 2012.

SILVA, M. O. S. **Família, violência e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2014.

UNICEF. **Estrutura metodológica da iniciativa Unidade Amiga da Primeira Infância**. Fortaleza: UNICEF, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/14181/file/estrutura-metodologica-iniciativa-unidade-amiga-da-primeira-infancia.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2024.

UNICEF. **Parentalidade positiva**: fortalecendo vínculos familiares e prevenindo a violência contra crianças. Brasília: UNICEF, 2018.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF; WORLD BANK GROUP. **Nurturing care for early childhood development**: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Genebra, 2018.



## Capítulo 4

# Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) e Amamentação

# Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) e Amamentação

*Quem tem peito, dá leite. Quem não tem, dá força!*

## 4.1 Benefícios do leite materno e da amamentação

O aleitamento materno otimiza a saúde intestinal do bebê, moldando uma microbiota mais diversa, protegendo contra patógenos, reduzindo a disbiose e fortalecendo a imunidade desde os primeiros meses de vida. Além disso, o leite materno regula e educa o sistema imunológico, promovendo equilíbrio entre as respostas imunes, ação anti-inflamatória, proteção contra doenças imunomediadas e redução de mortalidade e complicações graves como enterocolite necrotizante.

Bebês amamentados ficam menos doentes, com menor risco de hospitalização, infecções respiratórias e gastrointestinais, otites, morte súbita, além de benefícios duradouros como melhor QI, menor risco de obesidade e doenças metabólicas.

Para as mães, amamentar é proteção e saúde, reduzindo o risco de câncer de mama e ovário, ajudando no espaçamento entre gestações, beneficiando o miocárdio e favorecendo o bem-estar emocional e o vínculo com o bebê. A amamentação faz bem à sociedade e ao planeta, economizando bilhões em custos de saúde, aumentando produtividade futura e reduzindo significativamente o impacto ambiental quando comparada à produção e uso de fórmulas infantis. O quadro 1 tenta resumir os inúmeros e múltiplos benefícios da amamentação.

Figura 9 - Benefícios da Amamentação



Fonte: Adaptada de CARVALHO, Marcus Renato de; SANCHES, Maria Teresa. Amamentação - bases científicas. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024.

## 4.2 Desmame precoce é ainda significativo

Apesar dessas múltiplas vantagens do aleitamento, menos de 50% dos bebês em todo o mundo, inclusive no Brasil, são amamentados, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde.

As causas de desmame inoportuno são múltiplas e complexas e podem ser analisadas em vários níveis. No plano individual (microambiente), o sucesso da amamentação depende de algumas circunstâncias: manejo adequado da técnica, percepção da importância de amamentar, decisão da mãe em fazê-lo e apoio dos familiares (Pérez-Escamilla, 2023). Há causas sociais e culturais (macroambiente) que determinam o desmame antes do tempo recomendado, entre os mais variados fatores que interferem, são: baixo nível de escolaridade da mãe, trabalho materno sem proteção legal, renda familiar baixa, falta de apoio paterno e familiar, nascimento por cesariana, faixa etária da mãe (adolescente), influências culturais dos familiares e condições precárias de vida e o marketing das indústrias (Rollins, 2023).

## 4.3 IDP é uma lupa que nos auxilia a ver a realidade

O IDP, como vimos, é uma medida composta que avalia o envolvimento e a corresponsabilidade dos homens na vida familiar por meio de quatro indicadores. Esse conjunto de indicadores, juntos, revelam diferentes dimensões do cuidado, do reconhecimento e da participação masculina na parentalidade, permitindo identificar avanços e desafios rumo a relações familiares mais equilibradas e igualitárias.

### 4.3.1 Índice de Desenvolvimento das Paternidades e Aleitamento

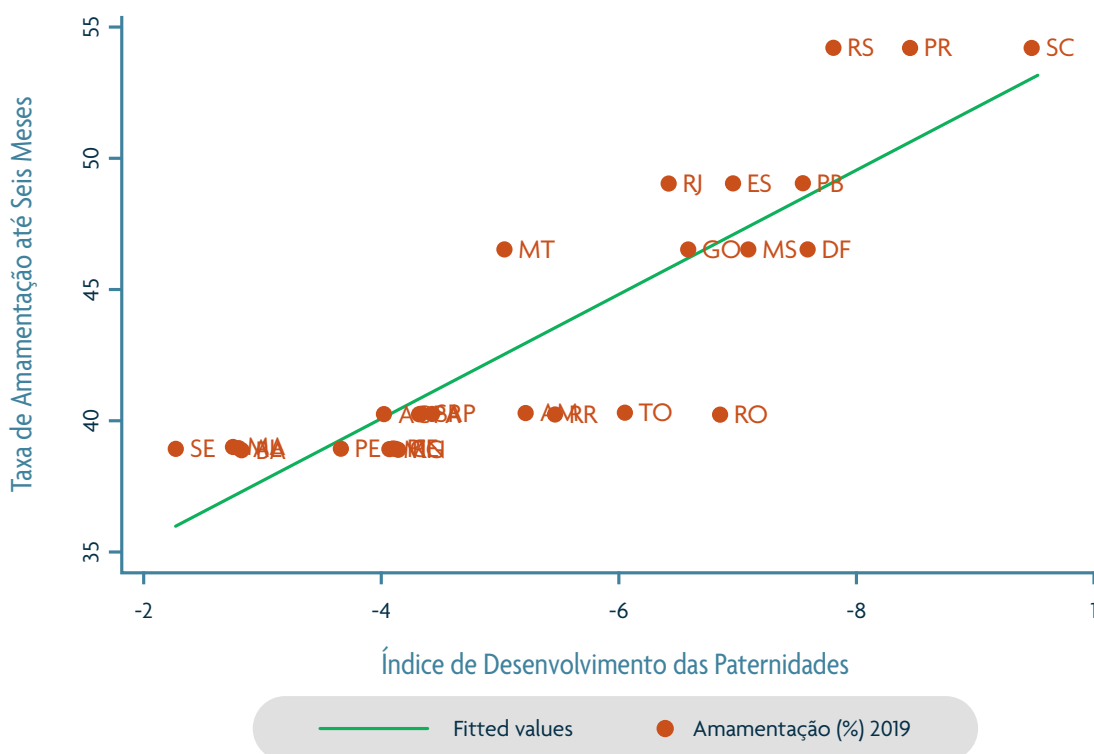
A correlação positiva entre o IDP e a taxa de amamentação no Brasil, analisada por estado e ajustada pelo PIB estadual, ainda que baseada em médias regionais devido à ausência de dados específicos por unidade federativa, reforça a importância da participação masculina no fortalecimento das práticas de cuidado infantil.

Em regiões onde os homens se envolvem mais intensamente no trabalho doméstico, reconhecem legalmente seus filhos, acompanham o pré-natal e o parto e compartilham a chefia dos domicílios, observa-se um ambiente familiar mais propício à valorização da amamentação como prática essencial para a saúde da criança. Esse engajamento paterno contribui para reduzir barreiras culturais e sociais que muitas vezes dificultam a continuidade da amamentação, além de ampliar o apoio emocional e prático às mães, favorecendo a adesão às recomendações médicas.

O ajuste pelo PIB estadual demonstra que não é apenas a disponibilidade de recursos econômicos que explica as taxas de amamentação, mas também a qualidade das relações familiares e a corresponsabilização no cuidado. Ao utilizar médias regionais como referência, a análise ressalta que, mesmo diante da limitação dos dados, a tendência se mantém: quanto maior o desenvolvimento das paternidades, maior a probabilidade de que a amamentação seja praticada, refletindo ganhos significativos para a saúde e para a construção de vínculos familiares mais sólidos.

O Quadro abaixo mostra essa correlação, quanto mais alto é o IDP maiores são as taxas de amamentação nos estados da federação.

Figura 10 - IDP x Taxa de amamentação



Fonte: Elaboração própria, com base em FIOCRUZ, Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), 2019.

#### 4.4 O papel dos homens na amamentação

Evidências científicas indicam que o envolvimento informado e ativo do pai está associado a maiores taxas e maior duração do aleitamento materno exclusivo (AME). Estudos observacionais e intervenções educacionais demonstram que pais que recebem informações qualificadas sobre amamentação tendem a oferecer maior apoio emocional, prático e decisório às mães, favorecendo o início e a manutenção do AME.

Dados provenientes de inquérito populacional recente, publicado na *Pediatrics*, mostram que pais com maior conhecimento sobre amamentação apresentam atitudes mais favoráveis e comportamentos de apoio associados a melhores práticas de sono infantil e amamentação, reforçando o papel paterno como determinante social relevante nesse processo (Parker et al., 2023).

Revisões sistemáticas e metanálises recentes corroboram esses achados, evidenciando que intervenções que incluem explicitamente os pais aumentam significativamente a probabilidade de AME, especialmente nos primeiros 3 a 6 meses de vida (Abbass-Dick et al., 2024; Sihota et al., 2019).

Ensaio clínicos randomizados também sustentam essa relação causal. Intervenções educativas direcionadas aos pais resultaram em maior apoio paterno percebido, melhor manejo da amamentação e taxas superiores de AME, quando comparadas a cuidados usuais centrados exclusivamente na mãe (Maycock et al., 2013). Esses achados reforçam que a informação qualificada transforma o pai em agente ativo de proteção, promoção e apoio ao aleitamento, com impacto mensurável em indicadores de saúde infantil.

Assim, a inclusão sistemática dos pais em políticas, programas e ações de educação em saúde voltadas ao ciclo gravídico-puerperal constitui uma estratégia baseada em evidências para a melhoria das taxas de AME.

#### **4.5 Políticas públicas e iniciativas para o envolvimento dos pais**

Há uma série de iniciativas no Brasil com o intuito de promover o envolvimento dos pais no apoio ao aleitamento, apresentamos algumas:

##### **4.5.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH)**

Instituída oficialmente em 2009, a PNAISH incorpora o eixo temático “paternidade e cuidado”, incentivando que os homens participem de forma ativa do ciclo reprodutivo, desde o planejamento familiar até o pós-natal, incluindo o acompanhamento das parceiras e o apoio às práticas de saúde da criança. A Estratégia de Pré-Natal do Parceiro é um dos instrumentos dessa política, orientando profissionais e gestores em ações de sensibilização e atendimento aos homens nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e promovendo o vínculo entre pai, mãe e bebê. Guias técnicos como o “Guia do Pré-Natal do Parceiro”, publicados pelo Ministério da Saúde, qualifica profissionais para essa prática no SUS (Portal de Boas Práticas, [s.d.]).

Está em fase de implementação em alguns estados e municípios. Essa Estratégia prevê que, quando o homem acompanha sua parceira às consultas de pré-natal, ele tenha acesso a orientações, exames preventivos e atividades educativas para fortalecer a corresponsabilização no cuidado da gestação e do recém-nascido, além de incrementar o vínculo parental e estimular práticas de apoio à amamentação e aos cuidados infantis (Secretaria de Saúde, 2023).

##### **4.5.2 Ações anuais de sensibilização à paternidade ativa**

A Coordenação de Saúde dos Homens do Ministério da Saúde promove, em especial no mês de agosto (mês dos pais), campanhas institucionais que ressaltam a importância do envolvimento paterno desde o pré-natal até os cuidados com a criança, incluindo o apoio à amamentação. Essas campanhas orientam equipes de saúde para incorporar o pai nas práticas de cuidado, destacando que ele pode ser um aliado fundamental no suporte à parceira durante o aleitamento (Serviços e Informações do Brasil, [s.d.]).

##### **4.5.3 Iniciativas municipais integradas à atenção primária e maternidades**

Diversas secretarias municipais de saúde têm implementado estratégias locais para estimular a participação dos pais. Um exemplo clássico é a iniciativa “Unidade de Saúde Parceira do Pai” da Prefeitura do Rio de Janeiro, que busca adaptar horários e serviços para facilitar a presença de homens nas UBS, promovendo atividades educativas sobre cuidados perinatais e apoio à amamentação (Rede Nacional Primeira Infância, [s.d.]).

##### **4.5.4 Materiais técnicos regionais**

Secretarias estaduais de saúde, como a do Rio de Janeiro, têm produzido documentos orientativos voltados à participação ativa dos pais no apoio ao aleitamento materno e aos cuidados do recém-nascido, reforçando boas práticas e comportamentos que favoreçam vínculos familiares saudáveis (Governo do Rio de Janeiro, [s.d.]).

#### 4.5.5 Iniciativas da sociedade civil e de conselhos técnicos

Além das políticas governamentais, entidades como a WABA, IBFAN, a Sociedade Brasileira de Pediatria e o Portal para Ciência da Amamentação promovem campanhas durante a Semana Mundial de Amamentação e outras ações para estimular o engajamento dos homens como agentes de apoio ao aleitamento, fortalecendo a integração entre profissionais de saúde, famílias e comunidades (Sociedade Brasileira de Pediatria, [s.d.]).

Figura 11 - Amamentação é a base da vida



Fonte: SMAM, 2018.

Na 5ª edição do livro Amamentação – bases científicas, o capítulo “Pai em Cena: Presença Paterna na Semana Mundial de Amamentação”, Nascimento e Sales partem do princípio que no aleitamento a presença paterna ainda é tímida, mesmo que desejada. Analisarem os cartazes das campanhas no #agostodourado constando que os homens têm aparecido mais nas fotos, algo que não ocorria nos anos 80 e 90. Concluem que a intenção de amamentar não é suficiente se não houver um entorno apoiador; que devemos capacitar os profissionais para que possam envolver os homens no cuidado e que são necessárias políticas que possibilitem essa participação, um exemplo é a ampliação da licença paternidade para no mínimo 30 dias (Nascimento; Sales, [s.d.]).

#### 4.6 Discussão - Desafios e Recomendações

Apesar do amplo consenso científico sobre os benefícios do aleitamento materno para a criança, a mulher, a sociedade e o meio ambiente, as taxas de amamentação exclusiva até os seis meses e de amamentação continuada até dois anos ou mais permanecem aquém das recomendações da Organização Mundial da Saúde. Os dados apresentados neste capítulo indicam que o desmame precoce não pode ser compreendido apenas como uma decisão individual da mulher, mas como resultado de um conjunto de determinantes sociais, culturais, econômicos e relacionais. Nesse contexto, o envolvimento dos homens-pais desponta como um fator decisivo, e ainda insuficientemente explorado, para a sustentabilidade do aleitamento.

#### 4.6.1 Principais desafios

Um desafio central é a persistência da ideia de que amamentar é responsabilidade exclusiva da mulher, tanto no imaginário social quanto nas práticas institucionais. Embora os homens tenham passado a aparecer com maior frequência em campanhas oficiais — um avanço relevante em relação à invisibilidade observada nas décadas anteriores — essa presença simbólica ainda nem sempre se traduz em engajamento efetivo no apoio cotidiano à amamentação.

Outro obstáculo importante é a baixa incorporação sistemática dos homens nas ações educativas sobre aleitamento, especialmente no pré-natal, no puerpério imediato e no acompanhamento da criança. Muitos pais desejam apoiar, mas desconhecem o manejo da amamentação, subestimam o cansaço físico e emocional da mulher e não compreendem como suas atitudes concretas, organização da rotina, divisão das tarefas domésticas, proteção da díade mãe-bebê, influenciam diretamente o sucesso do aleitamento.

Somam-se a isso barreiras estruturais, como licenças-paternidade curtas, jornadas de trabalho inflexíveis e serviços de saúde pouco preparados para acolher os homens como sujeitos do cuidado. Esses fatores limitam a presença paterna no período crítico do puerpério, quando a mulher está mais vulnerável ao desmame precoce.

Além disso, a atuação dos profissionais de saúde ainda é, em muitos contextos, centrada quase exclusivamente na mãe, reproduzindo modelos patriarcais e pouco atentos à dinâmica familiar. A ausência de abordagem intencional voltada aos pais representa uma oportunidade perdida de fortalecer o entorno de apoio à amamentação.

#### 4.6.2 Recomendações estratégicas

À luz das evidências apresentadas, recomenda-se a adoção de estratégias integradas que promovam a paternidade ativa como componente estruturante das políticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento.

##### **Desenvolver campanhas educativas dirigidas explicitamente aos homens-pais**

As campanhas devem ir além da representação simbólica e comunicar, de forma clara e direta, qual é o papel do pai no sucesso da amamentação. É fundamental explicar que apoiar a amamentação não significa “substituir” a mulher, mas criar condições para que ela consiga amamentar: proteger o tempo da mamada, assumir tarefas domésticas, cuidar do bebê entre as mamadas e oferecer apoio emocional contínuo.

##### **Iniciar a sensibilização no pré-natal, com inclusão sistemática do parceiro**

A Estratégia Pré-Natal do Parceiro, prevista na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Homens, deve ser fortalecida como espaço privilegiado para abordar o aleitamento materno. O pré-natal é o momento ideal para construir expectativas realistas, esclarecer dificuldades comuns, desconstruir mitos e preparar o homem para o período puerperal, quando sua presença é decisiva para evitar o desmame precoce.

##### **Promover rodas de conversa e ações educativas específicas para homens**

Rodas de conversa com homens que serão pais constituem estratégia eficaz para ampliar o entendimento sobre o esforço físico, emocional e social envolvido na amamentação. Esses espaços permitem que os homens reconheçam que “quem tem peito, dá leite; quem não tem, dá suporte”, fortalecendo atitudes de empatia, responsabilidade e apoio prático.

### **Capacitar profissionais de saúde para envolver os pais no cuidado**

É imprescindível qualificar as equipes de saúde para abordar os homens como parceiros legítimos no cuidado perinatal. Isso inclui linguagem inclusiva, convite explícito à participação, escuta ativa e orientação prática sobre como o pai pode apoiar o aleitamento no domicílio. Profissionais capacitados são mediadores fundamentais para transformar evidências em práticas.

### **Fortalecer políticas de proteção social e laboral à paternidade**

A ampliação da licença-paternidade para, no mínimo, 30 dias, conforme defendido por diversos especialistas, representa uma intervenção estruturante para o sucesso da amamentação. Na ausência dessa ampliação, recomenda-se incentivar o uso combinado de licença e férias no período puerperal, de modo a garantir a presença do pai nos primeiros dias e semanas após o parto.

### **Integrar a promoção da paternidade ativa às políticas de aleitamento**

Programas de promoção do aleitamento materno devem incorporar indicadores e ações específicas voltadas ao paternar, alinhando-se a uma abordagem biopsicossocial do cuidado. A articulação entre políticas de saúde da mulher, da criança e do homem é essencial para resultados sustentáveis.

## **Considerações Finais**

A amamentação é uma prática biologicamente superior, socialmente estratégica e ambientalmente sustentável, cujo sucesso depende de um entorno favorável. As evidências apresentadas ao longo deste capítulo demonstram que o paternar, medido pelo IDP, associa-se positivamente às taxas e à duração do AME, independentemente do nível de riqueza regional. Homens informados e engajados fortalecem o apoio emocional, prático e decisório às mães, reduzindo barreiras culturais ao aleitamento. Assim, promover paternidades corresponsáveis não é apenas uma agenda de equidade de gênero, mas uma intervenção eficaz em saúde pública, com impacto direto na saúde infantil, no bem-estar familiar e no desenvolvimento sustentável do país.

Os achados apresentados neste capítulo indicam que o aleitamento materno não se sustenta apenas pela decisão individual da mulher, mas pela existência de um entorno familiar e social favorável. O IDP atua como uma lente ampliadora dessa realidade, evidenciando que contextos com maior corresponsabilização masculina apresentam melhores indicadores de amamentação. Promover paternidades ativas e informadas é, portanto, uma estratégia baseada em evidências para reduzir o desmame precoce, ampliar a duração do aleitamento e fortalecer vínculos familiares. Trata-se de uma agenda que articula equidade de gênero, saúde pública, direitos sociais e desenvolvimento sustentável, com impacto direto sobre a saúde das crianças, o bem-estar das mulheres e o futuro da sociedade.

## **Referências Bibliográficas**

ABBASS-DICK, Jennifer et al. Interventions involving fathers to support breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. **International Breastfeeding Journal**, v. 19, n. 12, 2024. DOI: 10.1186/s13006-024-00605-5.

ALEITAMENTO.COM. **Portal da Ciência da Amamentação**. Disponível em: <http://www.aleitamento.com>. Acesso em: 23 abr. 2026.

CARVALHO, Marcus Renato de; SANCHES, Maria Teresa. **Amamentação - bases científicas**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. Arquivo VitalBook.

GOVERNO DO RIO DE JANEIRO. **Materiais técnicos e orientações regionais**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.rj.gov.br/saude/node/1601>. Acesso em: 30/12/2025.

MAYCOCK, Bruce et al. Education and support for fathers improves breastfeeding rates: a randomized controlled trial. **Journal of Human Lactation**, v. 29, n. 4, p. 484-490, 2013. DOI: 10.1177/0890334413495965.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia do pré-natal do parceiro**. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pre\\_natal\\_profissionais\\_saude\\_led.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude_led.pdf). Acesso em: 30/12/2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **No Dia dos Pais, Saúde reforça pré-natal do parceiro e paternidade ativa**. Secretaria da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/no-dia-dos-pais-saude-reforca-pre-natal-do-parceiro-e-paternidade-ativa>. Acesso em: 30/12/2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Paternidade e Amamentação: o papel dos pais no cuidado com os filhos**. Secretaria de Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2020/10/PNPI.pdf>. Acesso em: 30/12/2025.

NASCIMENTO, M.; SALES, C. Pai em Cena: Presença Paterna na Semana Mundial de Amamentação. In: CARVALHO, Marcus Renato de; SANCHES, Maria Teresa. **Amamentação - bases científicas**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2025.

PARKER, Jennifer J. et al. Fathers, breastfeeding, and infant sleep practices: findings from a state-representative survey. **Pediatrics**, v. 152, n. 2, e2022061008, 2023. DOI: 10.1542/peds.2022-061008.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; TOMORI, C.; HERNÁNDEZ-CORDERO, S. et al.; 2023 Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. **The Lancet**, [S.l.], v. 401, n. 10375, p. 472-485, 2023.

PORTAL DE BOAS PRÁTICAS. **Estratégia de Pré-Natal do Parceiro**. [s.d.]. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pre\\_natal\\_profissionais\\_saude\\_led.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude_led.pdf). Acesso em: 30/12/2025.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA. **Iniciativas municipais integradas à atenção primária e maternidades**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/pnaisc>. Acesso em: 30/12/2025.

ROLLINS, N. C. et al. Why invest, and what will it take to improve breastfeeding practices? **The Lancet**, [S.l.], v. 387, n. 10017, p. 491-504, 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)

SERVIÇOS E INFORMAÇÕES DO BRASIL. **Ações anuais de sensibilização à paternidade ativa**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-homem/mes-de-valorizacao-da-paternidade>. Acesso em: 30/12/2025.

SIHOTA, Harpreet et al. Fathers' experiences and perspectives of breastfeeding: a scoping review. **American Journal of Men's Health**, v. 13, n. 3, p. 1-14, 2019. DOI: 10.1177/1557988319845448.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **SBP estimula engajamento dos homens no apoio ao aleitamento materno**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/sbp-estimula-engajamento-dos-homens-no-apoio-ao-aleitamento-materno/>. Acesso em: 30/12/2025.



## Capítulo 5

# Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) e Mortalidade Infantil: Para Além dos Indicadores

# Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) e Mortalidade Infantil: Para Além dos Indicadores

## 5.1 A mortalidade Infantil

Durante o lançamento do Relatório do UNICEF sobre a Situação Mundial das Crianças em 1995, na África do Sul, Nelson Mandela afirmou: “Não há revelação mais nítida da alma de uma sociedade do que a forma como ela trata suas crianças”.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 4º, define que “É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.” Ou seja, a primeira responsabilidade de todos e todas é com a vida destes pequenos seres que chegam ao mundo. O cuidado com a infância em todas as suas necessidades reflete os valores morais e humanos de uma sociedade.

A mortalidade infantil, para muito além de um indicador de saúde pública, reflete vidas que se perderam, sonhos que não serão realizados, famílias que se quebraram e que necessitarão de amplo apoio para se reerguer. Reconhecer esta dor é o primeiro passo para que entendamos que a responsabilidade sobre a mortalidade infantil é coletiva, que cada vida perdida é insubstituível e que a dor de cada uma destas famílias deve ser considerada pelas políticas públicas e pela sociedade. Não estamos falando de números, estamos falando de Marias, e de Pedros, de Helenas e de Marcelos, entre tantos outros nomes, de pessoas da vida real, de carne e osso e sonhos e expectativas.

Enquanto indicador de saúde pública, a mortalidade infantil é medida por meio da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), sendo esse um dos indicadores mais sensíveis para avaliar as condições de vida, saúde e desenvolvimento socioeconômico de uma população, oferecendo dados importantes acerca da qualidade da proteção estendida às crianças que compõem esta faixa etária. Esta taxa é calculada dividindo o número de óbitos de crianças menores de um ano pelo número total de nascidos vivos no mesmo período e local, multiplicando-se o resultado por 1.000.

$$\text{TMI} = \frac{\text{Óbitos em menores de 1 ano}}{\text{Total de nascidos vivos}} \times 1.000$$

Este indicador estima os riscos de uma criança dentro desta faixa etária vir a óbito, considerando alguns componentes que se alicercem em subgrupos de idade e risco estimado (Abrinq, 2023). Estes componentes dividem-se em mortalidade neonatal precoce, em mortalidade neonatal tardia e em mortalidade infantil pós-neonatal.

A mortalidade neonatal precoce envolve os óbitos entre 0 e 6 dias de vida, estando os maiores riscos relacionados às condições de saúde materna, malformações congênitas graves e prematuridade extrema, bem como a deficiências na atenção ao pré-natal e ao parto (Abrinq, 2023).

A mortalidade neonatal tardia, por sua vez, ocorre quando o óbito se dá entre os 7 a 27 dias de vida. Este indicativo demonstra que os maiores riscos nesta faixa etária são decorrentes de causas relacionadas à assistência inadequada ao recém-nascido de risco e deficiências na atenção ao pré-natal e ao parto. Ainda, pode estar relacionado a malformações congênitas e a condições de saúde maternas (Abrinq, 2023).

Por fim, a mortalidade pós-neonatal é aquela em que o óbito se dá entre o 28º dia de vida até 11 meses e 29 dias. Entende-se que, neste componente, as causas estão predominantemente relacionadas aos determinantes sociais desfavoráveis, inadequações de infraestrutura, bem como dificuldades no acesso e na qualidade da atenção estendida à saúde da criança (Abrinq, 2023).

## **5.2 Evolução dos Indicadores de Mortalidade Infantil no Brasil**

A evolução dos indicadores de mortalidade infantil no Brasil, desde 2000, é marcada por um declínio histórico acentuado, consolidando o país como uma referência em saúde pública, atingindo metas globais antes do prazo estabelecido por organismos internacionais e por diplomas legais internacionais dos quais o Brasil é signatário.

Em 2000, o Brasil registrava cerca de 30 óbitos por mil nascidos vivos. Graças à expansão da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde, o nosso valoroso SUS e melhorias no saneamento e nutrição, essa taxa caiu para cerca de 13,3% em 2015.

Com esta redução, o Brasil atingiu a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de reduzir em dois terços a mortalidade infantil até 2015.

Em 2015, a ONU - Organização das Nações Unidas - estabeleceu uma nova agenda global, composta por 17 objetivos interligados que visam erradicar a pobreza, reduzir as desigualdades e promover o desenvolvimento sustentável até 2030, articulando dimensões sociais, econômicas e ambientais, buscando a promoção de direitos fundamentais. (ONU, 2015). São as ODS 2030.

A meta 3.2 assumida pelo Brasil estabelecia “enfrentar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para no máximo 5 por mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para no máximo 8 por mil nascidos vivos” (ONU, 2015).

Em relação à mortalidade infantil e os objetivos da ODS, a evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil entre 2000 e 2025 revela uma trajetória de sucesso em saúde pública. O país já cumpre a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) de manter a mortalidade em menores de 5 anos abaixo de 25 por mil nascidos vivos, motivo pelo qual a meta nacional foi readequada. Para a Taxa de Mortalidade Neonatal (menos de 28 dias de nascido) foi estimada uma redução de 43,7%, que aponta para uma taxa de mortalidade de 5,3 por 1.000 nascidos vivos (redução anual de 3,8%). (Brasil, 2025)

Em 2023, o Brasil atingiu recorde histórico, registrando a menor taxa de mortalidade infantil e fetal por causas evitáveis dos últimos 28 anos (Brasil, 2023). Segundo o Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal, naquele ano foram registradas 20,2 mil mortes, sendo o menor número de uma série histórica desde 1996, quando o total de óbitos contabilizado era de 53,1 mil. A redução, assim, foi de 62% neste íterim (Brasil, 2023).

Entende-se que as principais causas da redução histórica são a expansão da Atenção Primária, o fortalecimento da imunização, a melhoria na assistência perinatal e pré-natal, bem como outros determinantes sociais que influenciam no acesso e na qualidade da assistência à infância.

A implementação e consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde permitiram levar assistência básica às regiões mais vulneráveis. A cobertura da atenção primária é associada à queda drástica de mortes por doenças evitáveis, como diarreia aguda e infecções respiratórias.

Igualmente, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) garantiu coberturas vacinais superiores a 90% para as vacinas fundamentais na primeira década do século, sendo o controle de doenças imunopreveníveis, como o sarampo, um pilar central para que o Brasil atingisse as metas do milênio da ONU antes do prazo inicialmente estipulado.

Houve um investimento significativo governamental na assistência à gestante e ao recém-nascido, com foco na redução de mortes por causas evitáveis no parto e puerpério. A Rede Cegonha e mais recentemente a Rede Alyne foram fundamentais para esta reorganização da linha de cuidado. No mesmo caminho, programas como o Bolsa Família impactaram a nutrição infantil e a adesão às consultas de saúde, ao mesmo passo em que o aperfeiçoamento das condições sanitárias e do acesso à água potável demonstrou-se determinante para reduzir os óbitos e demais complicações importantes por doenças infectocontagiosas.

Igualmente, campanhas de incentivo ao aleitamento materno aumentaram a proteção imunológica dos lactentes no primeiro ano de vida. Tem-se, assim, que a composição das mortes evitáveis mudou drasticamente ao longo das últimas décadas, sobretudo diante de doenças infecciosas, causas perinatais – durante o parto e gestação – e causas imunopreveníveis. Junto a isto, organizações não governamentais se somaram aos esforços do poder público para a aprovação do Marco Legal pela Primeira Infância, a celebração do Pacto Nacional Pela Primeira Infância e a publicação da Política Nacional Integrada da Primeira Infância.

Entretanto, a taxa de mortalidade infantil varia de forma preocupante entre as regiões do país. Enquanto o Sul apresenta a menor taxa, com 10,0 óbitos por mil nascidos vivos, o Norte lidera com 15,9, seguido pelo Nordeste (13,8), Centro-Oeste (12,8) e Sudeste (11,7). Esses dados revelam desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, saneamento, alimentação e informação, fatores diretamente ligados à sobrevivência e ao desenvolvimento das crianças nos primeiros anos de vida. Pensando nestas desigualdades regionais, o governo lançou em 2009 o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil, com foco nas regiões do Nordeste e na Amazônia Legal, intensificando as ações em 250 municípios priorizados a partir dos indicadores de mortalidade infantil existentes.

Entre as principais causas de morte em crianças menores de 1 ano estão complicações relacionadas ao parto, prematuridade, infecções respiratórias, diarreia e doenças congênitas. Muitas dessas situações podem ser prevenidas com ações simples e integradas de atenção à saúde e apoio às famílias desde a gestação (Abrinq, 2023).

Neste caminho, em uma revisão de literatura publicada em 2024, Ferreira et. al (2024) observaram que, em se tratando da mortalidade infantil no Brasil, a Taxa de Mortalidade Infantil – TMI – é um sensível indicador das condições de saúde e da vida no contexto em que se insere. Pode-se, e deve-se, observar esse fenômeno de forma interseccional, considerando que o histórico de

assimetria no acesso a condições socioeconômicas favoráveis contribui com os múltiplos graus de desigualdade que, por sua vez, refletem nestes índices.

Em outra revisão de literatura, desta vez voltada às estratégias de enfrentamento da mortalidade infantil no Brasil, os autores (Lautharte et. al, 2023) entenderam que o nível de escolaridade, o direito à assistência ao pré-natal, ao planejamento familiar e o acesso a informações diminuem de forma significativa as taxas de mortalidade infantil. Igualmente, identificaram que

(...) ações de imunização, pré-natal, puerpério e planejamento familiar são alguns dos objetivos da APS e ao realizá-los de maneira adequada reflete na redução da TMI, o que entra em consonância com o estudo realizado por Pasklan et al (2021), no qual evidenciou a efetividade dos serviços de atenção básica, mediante alta cobertura pré-natal, para reduzir a mortalidade. (Lautharte et. al, 2024, p. 12)

Na mesma linhas, concluíram que,

(...) é necessário utilizar estratégias como melhorias na assistência desde o pré-natal até o parto, nascimento, puericultura e planejamento familiar, e ainda, o fortalecimento da rede assistencial com a qualificação profissional e expansão da Estratégia Saúde da Família e a criação de comitês de vigilância de óbito infantil. (Lautharte et. al, 2023, p. 13/14)

Pode-se pensar, assim, que a atenuação dos índices de mortalidade infantil demanda uma atuação em que haja o fortalecimento dos vínculos entre os profissionais de saúde, a família e a sociedade civil como um todo. A implicação ativa da família em todo o processo, desde o pré-natal, é fundamental para a prevenção e mitigação dos óbitos evitáveis. Em uma revisão bibliográfica sobre a educação em saúde na prevenção de acidentes domésticos envolvendo crianças, Silva et. al (2025) destacaram que:

(...) A participação dos pais com os conhecimentos sobre primeiros socorros é fundamental para redução de riscos e acidentes e consequências em bebês e crianças. As intervenções de saúde envolvem o compartilhamento de conhecimentos e práticas sobre o assunto no SUS. Com isto, exige a participação de todos, desde os profissionais aos usuários do SUS (Sistema Único de Saúde). Notório que a promoção de saúde se baseia no compartilhamento de conhecimentos e práticas de saúde (Brasil, 2024). (Silva et. al, 2025, p. 12)

A promoção de saúde a partir do compartilhamento de conhecimentos e práticas de saúde com as famílias foi também trazida como ponto fundamental para a prevenção da mortalidade infantil em estudo publicado por Kalisiensky et. al (2024):

A presença de adultos capacitados demonstra que a prevenção primária tem papel fundamental para evitar acidentes na infância, já que a letalidade está associada à incapacidade de prestar socorro imediato e, quando não resulta em morte, pode causar danos permanentes com impacto físico, social, econômico e emocional nas crianças e na família, estendendo-se, por vezes, até a idade adulta (JONGE AL, et al., 2021). Dessa forma, as oficinas de educação em saúde são grupos reconhecidos como sendo os principais meios para promoção do autocuidado entre gestantes, cuja meta é desenvolver habilidades domiciliares para o cuidado adequado ao bebê, esclarecer dúvidas e promover o ensino. As rodas de conversas dos profissionais de saúde com as gestantes são importantes para a troca de conhecimento, com a participação de familiares próximos, justamente para criar um ambiente de aprendizagem mútuo (SANTOS VL e PAES LBO, 2020). (Kalisiensky et. al, 2024, p. 3)

Não é demais referir, contudo, que há carência de estudos que correlacionam a participação ativa do pai no processo com os índices de mortalidade infantil, sendo esta uma lacuna importante.

### 5.3 Sobre o Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP)

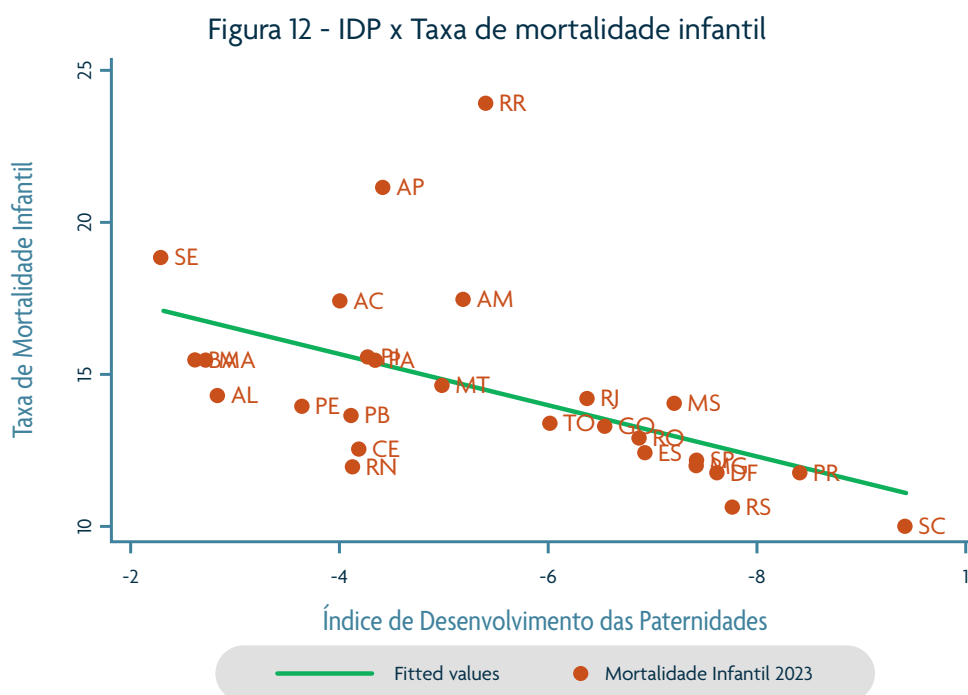
O Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) foi desenvolvido no âmbito das ações do Instituto Promundo, que busca avaliar de forma ampla e integrada o grau de envolvimento e corresponsabilidade dos homens nos processos de cuidado e na vida familiar, sendo constituído por quatro indicadores centrais que revelam diferentes dimensões dessa participação.

A correlação com sinal negativo (próxima ao limiar de significância  $p$ -valor=0,056) entre o Índice de Desenvolvimento das Paternidades e a taxa de mortalidade infantil no Brasil, observada por estado e ajustada pelo PIB estadual, evidencia como o envolvimento masculino nas responsabilidades familiares pode estar associado a melhores resultados em saúde infantil, mesmo quando se controlam fatores econômicos.

Em estados onde os homens participam mais intensamente do trabalho doméstico, reconhecem legalmente seus filhos, acompanham o pré-natal e compartilham a chefia dos domicílios, há uma tendência de maior atenção às necessidades básicas das crianças, incluindo acesso a serviços de saúde, acompanhamento médico regular e práticas de cuidado preventivo.

Essa presença paterna engajada contribui para reduzir vulnerabilidades que, de outra forma, poderiam aumentar o risco de mortalidade infantil, como negligência no acompanhamento da gestação, ausência de suporte no parto ou dificuldades na provisão de recursos para o bem-estar da família.

O ajuste pelo PIB estadual reforça que não se trata apenas de riqueza econômica, mas de como as relações familiares e sociais influenciam diretamente os indicadores de saúde. Assim, o fortalecimento das paternidades emerge como um fator social relevante para a redução da mortalidade infantil, mostrando que políticas públicas voltadas para ampliar a participação dos homens na vida familiar podem ter impactos concretos na sobrevivência e qualidade de vida das crianças brasileiras.



Fonte: Elaboração própria, com base em Brasil. Ministério da Saúde/SEIDIGI, 2023.

Os dados indicam uma tendência negativa entre IDP e mortalidade infantil ( $\beta = -8,46$ ;  $p = 0,056$ ), cujo sinal é consistente com a hipótese teórica, embora não alcance significância estatística convencional. O resultado deve ser interpretado com cautela: trata-se de uma associação sugestiva, não confirmada, que justifica investigação futura com dados de maior granularidade.

Sabe-se que homens mais atentos à parceira e à criança, e seguros de sua participação, apoiados por políticas públicas que o reconheçam como protagonista no cuidado, são capazes de prevenir acidentes, capazes de identificar sinais de perigo para a vida e a saúde da criança, desde sinais de sofrimento fetal, momento oportuno para buscar a maternidade, até identificação de sinais de urgência e manejo na criança, como desidratação, febre, engasgos, acidentes como trauma ou afogamento, ou queimaduras. Pais seguros de seu protagonismo são capazes de cuidar com afeto, estabelecendo vínculos de qualidade, dando segurança nos momentos de crise, e em momentos como a vacinação, a limpeza nasal com soro, o banho seguro, o transporte seguro, a introdução alimentar, a proteção contra acidentes, insetos e assaduras, entre outros milhares de pequenos detalhes capazes de garantir a vida da criança. São capazes ainda de identificar sinais de sofrimento mental da companheira, sabendo como manejar e apoiar, e quando buscar ajuda.

Homens seguros de seu papel, sabem como apoiar o aleitamento materno, avaliando pega correta, oferecem apoio emocional, prático e decisório às mães, o que aumenta as chances de aleitamento materno exclusivo. Pais envolvidos conhecem as diferentes fases do aleitamento, e conseguem ser corresponsáveis, estando atentos às necessidades da mãe e da criança.

Homens envolvidos com a paternidade são capazes de participar ativamente do Método Canguru. O Método Canguru é um modelo de assistência iniciado durante a gravidez de risco e que segue até a alta do recém-nascido. A prática consiste em colocar o bebê em contato com o corpo dos pais, em uma posição semelhante à que o canguru carrega seus filhotes. Um dos pilares dessa prática é o estímulo ao aleitamento materno, incentivando a presença constante da mãe ou do pai junto ao recém-nascido. O contato pele a pele, no Método Canguru, começa com o toque dos pais na criança desde os primeiros momentos da internação, evoluindo até a posição canguru.

Estudos realizados em hospitais que praticam esse método demonstraram que o volume de leite diário é maior nas mães que realizam o contato pele a pele com o bebê. A proximidade da mulher ou do parceiro com a criança permite um controle térmico adequado, o que contribui para a redução do risco de infecção hospitalar, reduz o estresse e a dor do recém-nascido e aumenta as taxas de amamentação. Também é possível observar melhora no desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do recém-nascido, além de propiciar um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde. (Ministério da Saúde, 2022).

Mas é necessário que as equipes das maternidades e das UTIs e UCIs neonatais estejam qualificadas e preparadas para a participação paterna, sem julgamentos, barreiras de ambiência, ergonômicas, de comunicação ou de processos de trabalho. Pai não é visita, é protagonista do acompanhamento hospitalar de seu filho ou de sua filha.

Para que este homem se sinta seguro, é preciso que ele receba informações de qualidade, oportunas, apoio em suas dúvidas e dificuldades, sem julgamento ou negligência das equipes das políticas públicas que estão responsáveis pelo atendimento, bem como pelas pessoas de sua comunidade. Afinal, é preciso uma aldeia para educar uma criança (provérbio africano).

É necessário que revisemos todos os processos de trabalho de apoio, promoção e proteção a esta paternidade, para que este homem se sinta acolhido, apoiado e seguro de seu papel no paternar.

Quando este homem recebe o cuidado da política pública de forma integrada, intersetorial e adequada, ele se torna capaz de paternar e de cuidar de sua família de forma cada vez mais segura e autônoma, e assim, fica muito mais efetiva a prevenção do adoecimento, de acidentes e da morte dos pequenos e pequenas.

Em muitos serviços de saúde, de assistência social e de educação, ainda vemos a invisibilidade deste homem na ambiência dos espaços, nos processos de trabalho e na comunicação. É preciso romper os paradigmas do “pai que ajuda” para o pai protagonista da história de sua própria família.

#### **5.4 O que estamos fazendo enquanto Instituto Promundo**

Fundado em 1997, o Instituto Promundo é uma organização não governamental brasileira, sem vínculos institucionais com organizações estrangeiras, que atua em diversas regiões do Brasil e outros países do mundo buscando promover a igualdade de gênero e a prevenção da violência com foco no envolvimento de homens e mulheres na transformação de masculinidades.

Desde a sua fundação, as ações e projetos do Instituto Promundo têm sido fundamentais para transformar a cultura da paternidade no Brasil, atuando diretamente em mecanismos que colaboram diretamente para a redução da mortalidade infantil. Desde a publicação do Relatório “A Situação da Paternidade no Brasil 2019- Tempo de Agir”, foram diversas as contribuições do Promundo para este cenário, que incluem:

A revisão e atualização da metodologia do Programa P, inclusive com uma versão on-line, testada e homologada a partir da epidemia do COVID 19.

Por meio do Programa P, o Promundo promove a participação ativa dos homens no cuidado paterno como parte do esforço pela igualdade de gênero, prevenção da violência e melhoria da saúde materna, infantil e masculina. O programa oferece formações e atividades práticas focadas no questionamento das normas de gênero, incentivando novos comportamentos sociais relacionados ao cuidado e à participação dos homens no pré-natal e na primeira infância (Promundo, 2025).

As atividades visam aumentar a confiança dos homens para serem pais e explorarem questões sobre a masculinidade, o cuidado e a equidade de gênero. A oferta de campanhas, materiais e mensagens educativas, protocolos e diretrizes para profissionais de saúde, oficinas e espaços socioeducativos direcionados a este setor é bastante escassa. Por isso, o Manual P vem responder às necessidades de pais, educadoras/es sociais e promotoras/es de saúde. (Programa P Online - Instituto Promundo)

##### **5.4.1 Projeto Programa P: Paternidade e Cuidado - Promovendo o envolvimento dos homens no cuidado e na paternidade junto com Ministério da Saúde**

O Promundo celebrou um Acordo de Cooperação Técnica (ACT) com o Ministério da Saúde, através da sua Coordenação de Atenção à Saúde dos Homens (COSAH), para qualificar profissionais de saúde da Atenção Primária em todo o país. Com esta ação, realizamos formações específicas com equipes de saúde, em todo o país, capacitando-as para incentivar e apoiar a participação ativa dos homens na paternidade e no cuidado/autocuidado. (Promundo, 2026)

Entre 2024 e 2025, formaram-se cerca de 15 mil profissionais de diferentes categorias da saúde em todos os estados, em sua quase totalidade provenientes da Atenção Primária de municípios, além de facilitadores, apoiadores e coordenadores estaduais de Atenção Primária e Saúde do Homem. Além destes, cerca de 10 mil profissionais de outras áreas foram formados também nos temas de masculinidades, paternidades e no pré-natal do parceiro. Com esta ação, é possível impactar cerca de 1 milhão de homens pais, revisando processos de trabalho que incluam este homem no acesso à saúde e no cuidado com a gestante e com a criança.

## **5.5 Recomendações para as Políticas Públicas Brasileiras**

Para seguir elevando a participação paterna e reduzindo ainda mais os indicadores de mortalidade infantil no Brasil, as recomendações devem integrar políticas públicas, práticas de saúde e mudanças neste modelo ecológico que hoje ainda determina a participação paterna no cuidado.

Abaixo, as principais recomendações a partir das experiências coletadas e avaliadas em estados e municípios que têm os melhores resultados no Indicador de Desenvolvimento da Paternidade (IDP). Grande parte destas experiências foram conhecidas durante o ciclo de formações, realizadas pelo Instituto Promundo nos anos de 2024 e 2025.

### **5.5.1 Fortalecimento da Estratégia Pré-Natal do Parceiro em Todo Território Nacional**

A inserção do parceiro nas etapas da gestação, do parto, do pós-parto e nos cuidados com o recém-nascido configura-se como estratégia relevante de proteção à saúde da criança e da mulher. Evidências indicam que o envolvimento paterno contribui para a mitigação dos sintomas da depressão pós-parto, fortalecendo a rede de apoio à mulher e promovendo melhores desfechos em saúde materno-infantil, bem como possibilitando a melhor formação de vínculo entre o pai e o recém-nascido (Ministério da Saúde, 2023).

No mesmo caminho, a participação paterna durante as consultas de pré-natal possibilita a melhor orientação do parceiro quanto às alterações emocionais e físicas vivenciadas durante o parto e o pós-parto, servindo, inclusive, como indicativo de redução de violência doméstica (Ministério da Saúde, 2023).

O Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde elaborado pelo Ministério da Saúde em 2016 e revisado em 2023 orienta a necessidade de se desenvolver e rever estratégias para ampliar a participação dos homens no pré-natal, de forma que:

Para ampliarmos a participação dos homens na APS é necessário que trabalhadores(as) e gestores(as) revejam práticas e ideias e estejam mais atentos(as) às construções socioculturais de gênero e às singularidades das pessoas e dos territórios, a fim de garantir espaços de reflexão sobre as práticas de cuidado em saúde. (Ministério da Saúde, 2023)

No Manual do Programa P, indicamos que O Pré-Natal do Parceiro se propõe a ser uma “porta de entrada positiva” para os homens nos serviços de saúde, aproveitando sua presença nas consultas relacionadas à gestação para ofertar exames de rotina e testes rápidos, convidando-os a participarem das atividades educativas e ao exercício da paternidade com cuidado e compromisso, bem como a participar de todas as consultas de pré natal com a gestante.

## **Resumidamente, a estratégia é composta por cinco passos:**

**Passo 1:** Incentivar a participação do parceiro ou futuro pai desde o teste de gravidez, nas consultas de pré-natal e atividades educativas, onde poderá tirar dúvidas e se preparar adequadamente para exercer o seu papel durante a gestação, parto e pós-parto.

**Passo 2:** Explicar a importância e ofertar a realização de alguns exames de rotina, dentre eles, o teste de VDRL para detecção de Sífilis, Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 e HIV-2, dosagem de Glicose, aferição de pressão arterial e verificação de peso e cálculo de IMC (índice de massa corporal). Ofertar consultas médicas e odontológicas de toda a carta de serviços do sistema de saúde local.

**Passo 3:** Fazer a vacinação do futuro pai conforme a situação vacinal encontrada.

**Passo 4:** Orientar os futuros pais sobre hábitos saudáveis como prática de atividade física regular; alimentação balanceada e saudável, diminuir ou cessar consumo de bebida alcoólica, cigarro e outras drogas. Além disso, realizar palestras e rodas de conversa com a população masculina abordando temas como: Gênero, socialização masculina e impactos para a vida de homens, mulheres e crianças; Sexualidade, direitos sexuais e direitos reprodutivos; Paternidade, como ser um pai presente; Prevenção de acidentes e violências entre a população masculina, dentre outros.

**Passo 5:** Este período dos primeiros mil dias desta nova vida, desde a gestação até os dois anos de vida, é cheio de novidades, desafios e angústias para esta nova família. Promover informações de qualidade e oportunas sobre aleitamento materno, cuidados com o bebê, sexualidade do casal, sono do bebê, detalhes que parecem simples mas que são importantes e causadores de insegurança em quem não teve esta experiência, e mais do que isto, a importância do vínculo, como este se forma, a importância do olhar, do afeto, do brincar, das experiências e vivências e da permissão de revisitar sua própria infância, suas referências de paternidade e legados recebidos pela paternidade recebida ou ausente.

Para que esta estratégia seja capaz de seguir, junto com outras estratégias de cuidado e assistência, reduzindo os indicadores de mortalidade infantil para níveis de países desenvolvidos, é necessário que ela seja implantada de forma efetiva em todos os municípios brasileiros, sendo assumida por gestores e trabalhadores de toda a linha de cuidado destes primeiros mil dias.

### **5.5.2 Estímulo à participação paterna no momento do nascimento**

A participação do pai é um direito garantido pela Lei do Acompanhante (11.108/2005) no Brasil e, embora não seja obrigatória, deve ser exercida de acordo com a vontade da parturiente e do seu companheiro. No entanto, relatos e evidências científicas demonstram que o apoio emocional no parto é uma medida simples que pode melhorar muito a experiência do parto, sendo associada à menor solicitação de analgésicos, menos risco de cesárea ou de partos por fórceps, menos riscos para a saúde do bebê, maior satisfação com o parto, menor risco de lesão do períneo, desmame precoce e de dificuldades no pós-parto, entre outros (Promundo, 2025).

Além disso, a participação do parceiro no momento do nascimento reduz os riscos de violência obstétrica. Sobre o tema, observaram Paia et al. (2023):

Um estudo realizado na região Sul do Brasil, vem corroborar com as boas práticas do parto e nascimento, onde foram analisados dados de 2.070 mulheres que entraram em trabalho de parto, que tinha por objetivo analisar se a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto. Constatou-se que a presença do acompanhante assegura à mulher uma maior taxa de que ela tenha acesso às boas práticas como exemplo, uma maior oferta de líquidos e alimentos, a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor e redução de enema e tricotomia (Monguilhotti et al., 2018).

Igualmente, observaram os autores Paia et. al que

O processo pode ser desafiador para a pessoa que vai exercer o papel de acompanhante, pois a insegurança em relação a ofertar de toda a assistência à mãe ou até mesmo o contato e primeira assistência com o bebê após o nascimento, pode vir a ser um dos desafios por se tratar de uma situação nova. Kothar et al. (2019) e demais autores, destacam em seu artigo que essa insegurança do acompanhante durante o trabalho de parto, principalmente quando se é o pai, está ancorada pela ideia de que a maternidade é considerada, historicamente, um evento feminino. A questão cultural e religiosa também se enquadra nisso, visto que a participação do companheiro como acompanhante no processo de nascimento era mínima e os homens mantinham-se externos. Com o advento do parto institucionalizado e humanizado, o gênero masculino adentrou a rotina do evento, porém, ainda em muitos casos persiste a exclusão paterna. Assim, o despreparo e o medo de enfrentar o desconhecido parecem ser um obstáculo para melhor desempenhar um papel ativo. Essa visão tradicionalista é reforçada pelo fato de a maioria dos serviços focarem na mãe em termos de educação e preparação para o parto. No entanto, entende-se que embora seja um evento exclusivo dos corpos das mulheres, os parceiros também precisam participar e tomar decisões juntos, se preparar e assumir suas próprias responsabilidades (Draper & Ives, 2013). (Paia et. al, 2023)

Instruir e conversar com os futuros pais sobre a relevância de sua participação no pré-parto, parto e puerpério, orientando sobre os benefícios de sua participação, como diminuir a ocorrência de depressão pós-parto; favorecer o aleitamento materno; fortalecer o vínculo entre pai, mãe e bebê e prevenir a violência obstétrica é uma oportunidade que não pode ser perdida pelos profissionais das equipes de atenção. Explicar sobre o que e como acontecerá, de preferência visitando a maternidade, para que o casal possa tirar suas dúvidas, faz com que este casal se sintam menos inseguro com este momento que é sempre angustiante. É importante que em todos os momentos os profissionais das equipes possam exercitar a escuta ativa e qualificada, dando espaço e voz para este homem se expressar. Assim, será possível ser assertivo nas orientações, dando exemplos do que ele poderá fazer, como: cortar o cordão umbilical, ter contato pele-a-pele com o/a bebê logo após o nascimento, incentivá-lo a ajudar com a amamentação, dividir todas as tarefas de cuidado do bebê já na maternidade, entre outros.

### **5.5.3 Ampliação e Proteção da Licença-Paternidade**

A presença física do pai nos primeiros dias e meses é fundamental para a proteção do bebê. Implementar a extensão da licença-paternidade, assim, demonstra-se medida imperiosa para reduzir a sobrecarga materna, possibilitando que o pai se torne sujeito ativo neste primeiro momento e pelos que virão, que dependem de um vínculo bem estabelecido.

Na obra “Dá licença, sou pai”, publicada pelo Instituto Promundo em 2023, Burtet (2023) desenvolveu importante estudo sobre a participação paterna, observando-as a partir das políticas adotadas por diversos Estados quanto ao nascimento/adoção. O autor parte da premissa de que:

O envolvimento paterno é uma das possibilidades de criação desse vínculo de segurança do bebê humano. Para tanto, são necessários presença e engajamento contínuos do pai, biológico ou não, desde os primeiros dias de nascimento, para que se estabeleça uma relação ativa e positiva capaz de desenvolver o bem-estar físico e psicológico da criança. (...) O princípio da paternidade responsável incumbe solidariamente a responsabilidade aos pais e prevê a livre decisão do casal quanto ao planejamento familiar. Todavia, o princípio deve ser analisado frente ao pensamento progressista de âmbito mundial que fortalece a percepção e conscientização de que o papel de cuidador(a) recai principalmente – quando não exclusivamente – sobre as mulheres. No Brasil, não é diferente. A participação dos homens nos cuidados domésticos se mantém fortemente atrelada ao papel de provedor. (Burtet, 2023, p. 83-84)

Como observado pelo autor, no Brasil a participação paterna nos cuidados ainda está veementemente relacionada ao papel de provedor; por outro lado, alguns dos dados apresentados (Burtet, 2023) sugerem um amadurecimento social que, ao longo do tempo, vem abrindo margem para tecer, no campo social, novas e outras discussões sobre o exercício da paternidade, sendo a demanda pela ampliação e proteção da Licença-Paternidade uma demanda que, nos últimos tempos, vem tomando corpo nas pautas públicas.

A discussão vem sendo pautada diante da tramitação de diversos Projetos de Lei que vislumbram a ampliação desta licença ao pai, sobretudo com a retomada do julgamento, pelo Supremo Tribunal Federal (STF), da ADO 20, ação que versa sobre o tema. A carta aberta produzida pela CoPai, Coalizão pela Licença-Paternidade, às frentes parlamentares, é enfática nesse sentido: reafirma a urgência da pauta diante das claras evidências de que a presença do pai na primeira infância faz-se determinante para o melhor desenvolvimento saudável e integral das crianças, impactando na qualidade de vida do bebê e de todo o núcleo familiar. A ampliação da licença-paternidade é defendida como medida de alto impacto e baixo custo, com retorno direto para a sociedade e para a economia, sendo estratégia de proteção social e investimento nas famílias (CoPai, 2025).

#### **5.5.4 Promoção de Boas Práticas de Cuidado Paterno durante os Primeiros Mil dias (da Gestaçãõ até os dois anos de idade da criança)**

Muitos óbitos pós-neonatais ocorrem por demora na busca de assistência médica. Para aumentar a proteção contra estas mortes, é imprescindível que os programas de educação em saúde, durante a gestaçãõ e o primeiro ano da criança, envolvam ativamente os homens, para que estes reconheçam sinais de alerta de desidrataçãõ, diarreias, dificuldades respiratórias, engasgos, acidentes domiciliares, febre, entre outras doenças e sintomas prevalentes no primeiro ano, e saibam como manejar ou então como e onde buscar auxílio imediato e oportuno.

A importância da presença paterna no pré-natal foi observada por Santos et. al (2022), que ressaltaram que dentre os cuidados alcançados pelos profissionais de saúde, importa o incentivo do acompanhamento paterno, envolvendo o homem/pai no acompanhamento, fator que favorece a gestaçãõ ao vê-la não apenas como um fator biológico, mas como uma etapa em que o fator psicológico é preponderante. O envolvimento do pai no acompanhamento tende a deixar a mãe mais segura diante do momento que se está atravessando, favorecendo o vínculo entre todo o núcleo familiar (Santos et. al, 2022).

No mesmo caminho, observaram que

A caderneta da gestante no Pré-Natal foi elaborada para ajudar os pais a se prepararem para a paternidade, cuidarem de sua saúde e realizarem atividades educativas. A partir dessas ações, os profissionais de saúde envolvem o pai no aconselhamento pré-natal sobre a saúde do homem, como métodos contraceptivos, infecções sexualmente transmissíveis, triagem, testagem, além de informá-lo sobre seus direitos relacionados ao pré-natal (Ministério da Saúde, 2016). Assim, é possível integrar homens e mulheres, não só no processo de decisão de ter filhos, mas também no acompanhamento de todo o seu processo de desenvolvimento (Horta et al., 2017). (Santos et. al, 2022)

Assim, a participação ativa dos homens nos serviços de saúde materna, incluindo a educação pré-natal como estratégia de apoio, produz maiores possibilidades de participação do homem promovendo o desenvolvimento de práticas de maternidade segura, bem como de identificação, prevenção e tratamento de doenças materno-infantis.

#### **5.5.5 Fomento às pesquisas, estudos epidemiológicos, revisões de currículos e formação de profissionais, relacionando a participação paterna, a implementação de políticas públicas de inclusão do homem no cuidado e os condicionantes sociais de mortalidade infantil, a prevenção de violências obstétricas e desenvolvimento infantil**

É notória a invisibilidade masculina no cuidado materno infantil. Esta invisibilidade fica evidente inclusive nos poucos estudos e linhas de pesquisa nas diferentes políticas socioassistenciais, inclusive na política de direito e política judiciária. Fomentar a revisão de processos de formação de profissionais de saúde, assistência social e educação, bem como de agentes do direito, economia e políticas sociais e gestão pública, correlacionando a participação paterna efetiva com melhorias nos indicadores de saúde e de desenvolvimento social, exige que a participação paterna seja olhada, estudada, revisada e avaliada. Para isto, faz-se necessário que as políticas públicas quebrem seus paradigmas, revisem seus conceitos e processos de trabalho, e incluam este homem efetivamente em todos os seus processos de construção e desenvolvimento.

### **Considerações Finais**

O Índice de Desenvolvimento das Paternidades pode e deve ser usado pelas gestões para acompanhar, junto com outros indicadores de saúde e sociais, como está o cuidado com o nascimento dos novos habitantes do seu território.

É primordial que a responsabilidade sobre esta nova vida seja compartilhada, evitando assim a sobrecarga materna e o risco majorado de morte. Afinal, como iniciamos o capítulo, também o encerraremos: “Não há revelação mais nítida da alma de uma sociedade do que a forma como ela trata suas crianças”, Nelson Mandela.

As Marias, os Pedros, as Helenas e os Marcelos, entre tantos outros nomes, de pessoas da vida real, de carne e osso e sonhos e expectativas agradecem.

## Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade infantil e fetal por causas evitáveis no Brasil é a menor em 28 anos**. Gov.br, 22 mar. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/mortalidade-infantil-e-fetal-por-causas-evitaveis-no-brasil-e-a-menor-em-28-anos>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Método Canguru envolve cuidado humanizado e contato pele a pele: entenda como funciona**. Brasília, 29 nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/novembro/metodo-canguru-envolve-cuidado-humanizado-e-contato-pele-a-pele-entenda-como-funciona-1>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Dispõe sobre a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 7 abr. 2005. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm).

BURTET, Odilon Schwerz. **Dá licença: sou pai!: políticas públicas de licença por nascimento ou adoção no Brasil e no mundo**. Brasília: Instituto Promundo, 2023.

COALIZÃO LICENÇA PATERNIDADE. **Carta de apoio — frentes parlamentares**. Disponível em: <https://www.coalizaolicencapaternidade.com.br/carta-frentes-parlamentares>.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Guia para implantação dos comitês de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal**. São Paulo: Fundação Abrinq, 2023.

INSTITUTO PROMUNDO et al. **Programa P: manual para o exercício da paternidade e do cuidado**. Rio de Janeiro: Instituto Promundo, 2014.

SAMPAIO PAIVA, Thaisy Gonçalves; LEAL, Marly Sâmia Mendes; SILVA, Vicerlândia Vieira da; SANTOS E SILVA, Yone Mara Rocha. O papel do acompanhante no trabalho de parto. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 5, p. e9712541547, 2023. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i5.41547>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/41547>.

KALISIENSKY, A. C. F. et al. Impacto de uma intervenção educativa em primeiros socorros para gestantes e puérperas na prevenção da mortalidade infantil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 10, e17795, 2024. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e17795.2024>.

LAUTHARTE, C. A. de S. et al. Estratégias de redução da mortalidade infantil no Brasil: revisão integrativa. **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 8, p. 11100–11116, 2023. DOI: <https://doi.org/10.56083/RCV3N8-063>.

FERREIRA, G. S. et al. Mortalidade infantil no Brasil: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, p. 3877–3890, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p3877-3890>.

SILVA, Grazielle Mariano; SILVA, Patricia Licá da Cruz; OLIVEIRA, Ana Costa de. Educação em saúde na prevenção de acidentes domésticos com crianças: revisão integrativa. **Aracê**, v. 7, n. 11, p. e10212, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n11-255>.

SANTOS, Adamares Carvalho et al. A importância da presença paterna no pré-natal. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, e43911831177, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31177>.



## Capítulo 6

# Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) e Cobertura Vacinal (Pentavalente)

# Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) e Cobertura Vacinal (Pentavalente): O Cuidado Paterno

## 6.1 O IDP e a compreensão do cuidado paterno

O Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) é uma medida composta que avalia o grau de envolvimento e de corresponsabilidade dos homens nos cuidados e na vida familiar. O índice reúne quatro indicadores distintos e complementares.

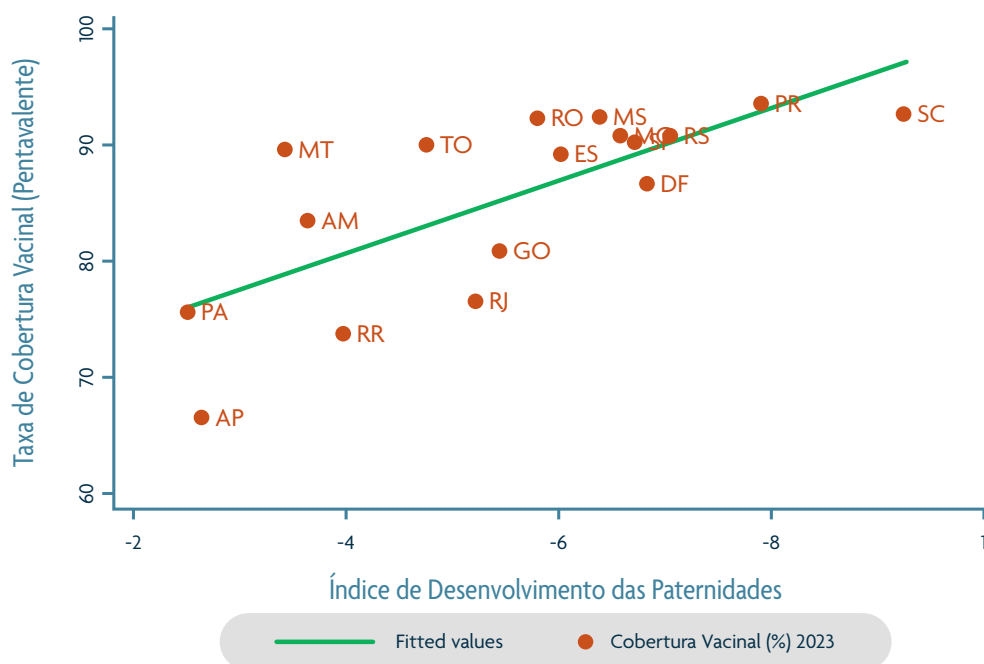
- A divisão do trabalho doméstico não remunerado.
- A proporção de nascimentos sem o nome do pai na certidão de nascimento.
- A participação masculina no pré-natal.
- A taxa de domicílios chefiados por mulheres.

Esses indicadores permitem compreender como os homens se engajam no cuidado, no reconhecimento e na parentalidade desde o início da vida da criança, revelando avanços e desafios para relações familiares mais igualitárias.

## 6.2 IDP e coberturas vacinais

Utilizando as 27 unidades federativas (UFs) para o estudo da correlação entre o IDP e a taxa de vacinação infantil contra a pentavalente, o resultado se mostrou estatisticamente insignificante ( $p > 0,05$ ). No entanto, essa correlação passou a ser significativa quando analisados apenas os 17 estados com valores iguais ou superiores a 0,4300, ajustada pelo Produto Interno Bruto (PIB) estadual, conforme demonstrado na Figura 13.

Figura 13 - IDP x Taxa de Cobertura Vacinal por Estado - UFs com IDP  $\geq 0,43$  (n = 17)



Fonte: Elaboração própria, com base em Brasil. Ministério da Saúde/SEIDIGI, 2023.

A análise exploratória realizada como desdobramento do IDP identificou um efeito de limiar (threshold effect) na relação entre o índice e a cobertura vacinal infantil. Quando a análise se restringiu às 17 UFs com IDP superior a 0,43, a associação tornou-se estatisticamente significativa ( $p = 0,004$ ), em contraste com  $p = 0,315$  na amostra completa. O coeficiente estimado subiu de +10,95 para +41,45, e o poder explicativo do modelo ( $R^2$ ) passou de 4,9% para 51,6%. O PIB per capita permaneceu não significativo na subamostra, sugerindo que a associação entre IDP e vacinação independe da renda estadual para esse grupo de UFs.

O padrão encontrado é consistente com uma hipótese de complementaridade: o engajamento paterno torna-se preditor relevante da vacinação infantil quando a família já superou barreiras estruturais mais básicas. Em UFs com baixo IDP, as barreiras de acesso, como distância, infraestrutura precária e baixa renda, provavelmente dominam a decisão de vacinação, de modo que a figura paterna tem impacto limitado quando o serviço de saúde simplesmente não está disponível. Por outro lado, em UFs com IDP superior a 0,43, uma vez superadas as barreiras de acesso de forma relativamente satisfatória, a qualidade do engajamento familiar captada pelo índice passa a ser um diferenciador relevante para a cobertura vacinal.

A magnitude do efeito é substantiva: um incremento de 0,10 no IDP está associado a um aumento de 4,15 pontos percentuais na cobertura vacinal nesse grupo de estados. Ressalta-se, contudo, a importância da cautela na interpretação dessa associação, cujas implicações foram aprofundadas no estudo complementar apresentado ao final deste relatório, ainda que diversos estudos científicos corroborem esse resultado.

O valor de corte (IDP = 0,43) foi definido de forma exploratória, com base na distribuição observada do índice, e não a partir de hipótese pré-especificada. Dois estados próximos ao limiar, o Ceará (IDP = 0,425; cobertura = 96,3%) e o Piauí (IDP = 0,426; cobertura = 94,8%), apresentam padrão distinto do grupo inferior, o que reforça a necessidade de cautela na interpretação e de verificação com outros valores de corte.

### **6.3 Vacinas salvam vidas**

A vacinação constitui uma das estratégias mais eficazes e custo-efetivas para a promoção da saúde pública e a prevenção de doenças imunopreveníveis. Por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), o Brasil consolidou avanços significativos ao assegurar o acesso universal e gratuito às vacinas essenciais para todas as idades.

Na infância, a imunização protege contra enfermidades graves, como poliomielite, sarampo, coqueluche, difteria, tétano, formas invasivas de tuberculose, meningites, covid-19 e dengue, contribuindo para a redução da mortalidade infantil e para o desenvolvimento saudável. Entre adolescentes, as vacinas desempenham papel fundamental na prevenção de infecções como o HPV e a meningite meningocócica, além de reforçar a proteção contra doenças já prevenidas na infância.

Para gestantes, a vacinação representa uma importante medida de proteção dupla, pois salvaguarda a saúde materna e garante a transmissão de anticorpos essenciais ao lactente, especialmente contra a coqueluche, o tétano neonatal, a covid-19, a gripe e, mais recentemente, a bronquiolite causada pelo vírus sincicial respiratório.

Em adultos, a manutenção do calendário vacinal previne doenças como hepatites virais, tétano, difteria, gripe e covid-19, reduzindo o risco de complicações e internações. Nos idosos, outro grupo vulnerável às formas graves de enfermidades, as vacinas contra influenza, pneumococo e herpes-zoster desempenham papel crucial na preservação da capacidade funcional, da autonomia e da qualidade de vida.

Assim, a imunização ao longo do curso da vida fortalece a proteção individual e coletiva, contribuindo para o controle de surtos, a interrupção das cadeias de transmissão e a promoção da equidade em saúde. Manter o calendário vacinal atualizado é, portanto, um ato de responsabilidade social e de comprometimento com a vida, refletindo uma política pública estruturada e essencial para a construção de um país mais saudável e resiliente diante de novas pandemias.

### **6.3.1 Cobertura vacinal**

O PNI estabelece, para muitas vacinas infantis, a meta de cobertura de 95% da população. Nos últimos anos, porém, houve um declínio significativo das coberturas vacinais em várias faixas etárias, o que gerou preocupação com o ressurgimento de doenças imunopreveníveis (Super, s.d.). Entre 2014 e 2021, por exemplo, apenas 38,3% dos municípios brasileiros atingiram cobertura igual ou superior a 95% da primeira dose da vacina tríplice viral, e apenas 12,9% alcançaram essa meta na segunda dose (Moura et al., 2024).

Essa tendência, contudo, encontra-se em reversão. Em 2023, o Ministério da Saúde informou que 13 das 16 vacinas principais do calendário infantil registraram aumento na cobertura vacinal em comparação com 2022 (Agência Gov, 2023). Em 2024, foi relatado que 12 vacinas ultrapassaram a cobertura do ano anterior e que as principais imunizações já superaram a faixa de 90% de cobertura (Agência Gov, 2023).

### **6.3.2 Os desafios continuam**

O Brasil atravessou um período de queda nas coberturas vacinais que atingiu diversos imunizantes do calendário infantil e de outras faixas etárias. Nos últimos anos, observam-se sinais de recuperação, com aumento de cobertura para várias vacinas em 2023 e 2024. No entanto, as metas não estão sendo atendidas de modo uniforme, e persistem grandes desafios quanto ao alcance, à completude do esquema vacinal (incluindo segundas doses e reforços) e à uniformização entre municípios e estados.

A participação ativa dos pais é determinante para o aumento da cobertura vacinal, especialmente no contexto brasileiro, em que a vacinação infantil depende majoritariamente da busca espontânea pelos serviços de saúde. O envolvimento familiar é um dos principais fatores associados ao cumprimento do calendário vacinal, à continuidade das doses de reforço e ao acompanhamento das campanhas nacionais. Quando mães e pais reconhecem a importância das vacinas, mantêm a caderneta atualizada e comparecem às unidades de saúde nos prazos orientados, contribuem diretamente para a proteção individual de seus filhos e para a imunidade coletiva, reduzindo o risco de surtos de doenças evitáveis.

## **6.4 A figura paterna e o potencial de ampliação da cobertura vacinal**

Evidências científicas demonstram a importância do pai para o aumento da adesão às vacinas, tanto por sua participação direta ao levar a criança ao serviço de saúde, quanto pelo seu papel de exemplo, uma vez que pais vacinados reforçam confiança e normas pró-vacinação no ambiente familiar.

### **6.4.1 Participação paterna associada a maior completude das imunizações**

Estudos clássicos identificam associação significativa entre a participação do pai nas decisões e maior probabilidade de que a criança tenha o esquema vacinal completo. Estudo realizado em Gana demonstrou que, quando o pai participava da decisão e apresentava capacidade de comunicação adequada, a probabilidade de completar o esquema aos 12 meses era substancialmente maior (OR = 5,7) (Brugha et al., 1996).

### **6.4.2 Conhecimento e atitude paterna como influenciadores da cobertura**

Pesquisas em diferentes contextos indicam que, quando os pais possuem conhecimento adequado sobre vacinação e percebem os benefícios das vacinas, aumenta a procura pelos serviços e a aceitação dos imunizantes. Estudo que avaliou o conhecimento paterno identificou que o envolvimento do pai é essencial para a vacinação bem-sucedida (Raji et al., 2019). Revisões sistemáticas recentes apontam que o engajamento de mães e pais melhora a cobertura, e análises mais recentes enfatizam que estratégias que incluem e mobilizam os pais são importantes para reverter quedas de cobertura e promover equidade (Lukusa et al., 2018).

### **6.4.3 Contexto brasileiro: hesitação e decisão parental como determinantes**

Estudos brasileiros mostram que crenças e atitudes dos responsáveis são fatores centrais na decisão vacinal, e que a hesitação parental foi identificada como barreira relevante ao cumprimento do calendário. Isso reforça que as ações dirigidas aos pais, e não apenas às mães, são necessárias no Brasil (Barbieri; Couto, 2015).

Com o objetivo de compreender os motivos que levaram as famílias a não vacinarem os filhos, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizou um estudo qualitativo sobre os fatores relacionados à redução das coberturas vacinais em crianças menores de cinco anos durante o período de novembro de 2019 a maio de 2020. O estudo fez uma revisão sistemática da literatura sobre o tema, conduziu grupos focais com pais e/ou responsáveis por crianças e entrevistou especialistas na área de imunização.

A pesquisa concluiu que a queda nas coberturas vacinais é resultado de múltiplos fatores interligados, e não apenas de hesitação ou recusa vacinal, mas também de desafios estruturais, logísticos, de acesso e de comunicação. Para reverter essa tendência, são necessárias ações conjuntas que envolvam a ampliação do acesso e da conveniência dos serviços de vacinação, a comunicação mais eficaz direcionada às famílias, o reforço das equipes de saúde e das políticas de imunização, e a manutenção de vigilância contínua sobre os fluxos dos serviços. O estudo identificou, ainda, baixa percepção de risco das famílias em relação às doenças imunopreveníveis, em parte porque essas doenças ficaram menos visíveis ou desapareceram com o próprio sucesso da vacinação (UNICEF, s.d.).

## 6.5 Intervenções educativas e de comunicação com cuidadores como estratégias para ampliar a cobertura

Revisões de ensaios clínicos demonstram que a educação do cuidador, o aconselhamento e as intervenções de comunicação aumentam substancialmente a cobertura vacinal em contextos de baixa e média renda, o que fundamenta programas que incluam explicitamente os pais (Lukusa et al., 2018).

Dentre os estudos selecionados com maior relevância para o tema, destacam-se os seguintes:

Brugha et al. (1996), em estudo realizado em Gana, demonstraram forte associação entre participação paterna na decisão e completude vacinal aos 12 meses (OR 5,7), constituindo evidência empírica direta do efeito da participação paterna.

Raji et al. (2019) realizaram estudo observacional que relacionou o conhecimento paterno à probabilidade de utilização dos serviços de imunização, enfatizando que intervenções que alcançam os pais aumentam a adesão.

Gilchrist et al. (2021) descreveram quais informações os pais recebem durante a gestação e identificaram determinantes paternos da vacinação oportuna do lactente, sugerindo oportunidade de intervenção no pré-natal.

Estudos e revisões recentes (2024 a 2025) sobre hesitação e dinâmica de gênero apontam que a hesitação parental varia por vacina e contexto; que homens e pais às vezes apresentam níveis distintos de hesitação; e que políticas devem considerar a diferenciação por gênero ao elaborar intervenções (Sharif-Nia et al., 2024).

### 6.5.1 Implicações para políticas e intervenções baseadas em evidências

Com base nas evidências apresentadas, estratégias concretas para ampliar a cobertura vacinal por meio do envolvimento paterno incluem as ações elencadas a seguir:

Incluir explicitamente os pais nas ações de comunicação e convocação: mensagens dirigidas aos homens em campanhas, materiais impressos e mídias sociais, com base na influência paterna sobre a decisão vacinal (Brugha et al., 1996).

Valorizar a Estratégia Pré-natal do Parceiro, prevista na Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, como oportunidade para informar o pai durante a gestação e aumentar a vacinação oportuna do lactente (Gilchrist et al., 2021).

Desenvolver ações de educação de cuidadores, como rodas de conversa, lembretes por SMS e mensagens por aplicativo, desenhadas para incluir pais e mães, pois revisões demonstram que educação e lembretes elevam a cobertura (Lukusa et al., 2018).

Fomentar a vacinação dos pais como estratégia de modelagem social. O conceito de modelagem social, oriundo da Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura, descreve o processo pelo qual as pessoas aprendem ao observar o comportamento de indivíduos que consideram importantes, confiáveis ou competentes. Quando o pai se vacina e demonstra que a vacinação é importante, filhos e familiares tendem a aderir mais ao calendário vacinal. Incentivar a vacinação dos pais em campanhas escolares ou nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) cria norma social positiva e reduz a hesitação (Sharif-Nia et al., 2024).

### **6.5.2 Ações comunitárias e mobilização masculina**

Trabalhar com lideranças comunitárias, sindicatos, locais de trabalho e espaços de lazer masculinos para facilitar horários e reduzir barreiras logísticas constitui estratégia com impacto demonstrado em estudos de envolvimento comunitário (Lukusa et al., 2018).

### **6.5.3 Estudos recentes sobre participação paterna e impacto na cobertura vacinal**

Uma revisão sistemática e metanálise recente (Musuka et al., 2025) sintetizou evidências sobre as características paternas que influenciam a situação vacinal de crianças menores de cinco anos e concluiu que características e atitudes dos pais estão associadas à probabilidade de vacinação completa. Os autores recomendam engajar os pais nas estratégias de imunização e aprofundar a investigação sobre os mecanismos envolvidos.

Revisões rápidas e relatórios sobre engajamento masculino em saúde infantil e imunização publicados entre 2024 e 2025 já começaram a mapear estratégias efetivas para envolver pais e têm reforçado a recomendação prática de incluí-los nas campanhas (Sharif-Nia et al., 2024).

A literatura apresenta evidências crescentes de que o envolvimento paterno, abrangendo conhecimento, atitudes, presença nas decisões e nas consultas, está positivamente associado à vacinação completa das crianças, embora os efeitos variem por contexto e por tipo de vacina. As revisões apontam, ainda, heterogeneidade metodológica entre os estudos, com medidas distintas de envolvimento paterno e desenhos variados, o que reduz a possibilidade de generalização de um único efeito universal (Musuka et al., 2025).

### **6.5.4 O engajamento paterno nas estratégias de vacinação**

A ampliação do envolvimento paterno nas ações de imunização representa uma oportunidade estratégica para fortalecer a cobertura vacinal. Evidências recentes demonstram que pais informados, corresponsáveis e presentes nas decisões de cuidado contribuem para maior adesão ao calendário vacinal e para a redução de atrasos evitáveis.

A revisão sistemática e metanálise conduzida por Musuka et al. (2025), abrangendo países da África Subsaariana, identificou que a escolaridade paterna e, especialmente, a tomada de decisão conjunta entre mães e pais estão associadas a maior probabilidade de as crianças estarem completamente imunizadas. Esses achados reforçam que o engajamento paterno não é apenas uma questão sociocultural, mas um determinante mensurável e relevante para a saúde coletiva. À luz dessas evidências, recomenda-se que programas e campanhas de vacinação adotem estratégias específicas para envolver os pais, incluindo ações comunicacionais direcionadas, horários flexíveis de atendimento, estímulo à participação ativa em consultas e testes de iniciativas comunitárias que incluam homens como promotores da imunização. O fortalecimento desse componente poderá contribuir para elevar as coberturas, promover equidade de gênero no cuidado e consolidar uma cultura familiar de proteção integral à saúde.

## **6.6 O papel central de mães e pais**

Os responsáveis pela criança devem receber informações claras, baseadas em evidências, por meio de uma comunicação empática e acolhedora, que os faça reconhecer a responsabilidade do cuidado e facilite o acesso aos serviços de saúde.

É fundamental explicar os benefícios das vacinas e sua segurança utilizando linguagem simples, acessível e sem termos técnicos desnecessários. A desinformação e os mitos devem ser combatidos com dados científicos e exemplos concretos, como a erradicação da varíola, a eliminação da poliomielite e o controle do sarampo graças à vacinação.

Aos profissionais de saúde cabe ouvir as dúvidas sem julgamento e oferecer respostas claras, acolhendo e reconhecendo medos comuns, como os relacionados a eventos adversos, e esclarecendo-os com transparência.

É preciso reforçar que manter o calendário vacinal atualizado é um ato de amor, de proteção e de responsabilidade com a criança e com a comunidade, ressaltando o papel dos pais como protagonistas no cuidado preventivo.

Os serviços de saúde, os meios de comunicação e as redes sociais precisam orientar sobre horários, locais de vacinação e campanhas vigentes. A adoção de horários ampliados, a vacinação em escolas, em locais de grande aglomeração de pessoas e em ações comunitárias são estratégias que reduzem barreiras práticas. A inclusão de informações sobre vacinação no pré-natal, contemplando o parceiro, e no acompanhamento pediátrico também é medida de grande impacto.

### **6.6.1 Mensagem central para a sociedade**

A vacinação é um cuidado essencial para garantir o desenvolvimento saudável das crianças e proteger toda a comunidade. Cada dose é uma oportunidade de prevenção contra doenças graves e de fortalecimento do compromisso com a saúde e o futuro.

## **6.7 Desafios e recomendações**

Apesar dos avanços históricos do PNI e dos sinais recentes de recuperação das coberturas vacinais, o Brasil ainda enfrenta desafios importantes para atingir e sustentar as metas preconizadas, especialmente no que se refere à completude do esquema vacinal, à redução das desigualdades territoriais e à adesão consistente das famílias ao longo do curso da vida. Nesse contexto, o fortalecimento das paternidades emerge como uma dimensão estratégica ainda sub-explorada nas políticas e práticas de imunização.

### **6.7.1 Principais desafios**

Um dos principais desafios é a persistência de modelos de cuidado fortemente maternalizados, nos quais a responsabilidade pela vacinação infantil recai quase exclusivamente sobre as mães. Esse padrão invisibiliza o papel dos pais, limita o potencial de corresponsabilidade familiar e reduz oportunidades de engajamento masculino em ações preventivas de saúde.

Outro obstáculo relevante é a baixa incorporação sistemática dos homens-pais nas estratégias de comunicação em saúde. Campanhas de vacinação, materiais educativos e convocações institucionais ainda são majoritariamente direcionados às mães, reforçando estereótipos de gênero e deixando de dialogar diretamente com os homens como sujeitos ativos do cuidado.

Somam-se a esses obstáculos as barreiras estruturais e organizacionais dos serviços de saúde, como horários incompatíveis com a jornada de trabalho masculina, pouca flexibilidade para atendimento familiar conjunto e ausência de estratégias específicas para acolher pais nas unida-

des básicas de saúde. Esses fatores contribuem para a menor presença masculina em consultas, no pré-natal, no acompanhamento pediátrico e, conseqüentemente, nas ações de imunização. Por fim, o cenário contemporâneo é marcado por desinformação, baixa percepção de risco das doenças imunopreveníveis e hesitação vacinal, fenômenos que afetam tanto mães quanto pais. No caso dos homens, a menor exposição prévia a ações educativas em saúde reprodutiva e infantil pode ampliar lacunas de conhecimento e dificultar a tomada de decisão informada.

### 6.7.2 Recomendações estratégicas

Diante desses desafios, recomenda-se a adoção de um conjunto integrado de estratégias que reconheçam os homens-pais como atores centrais na promoção da vacinação e no cuidado infantil.

**Incluir explicitamente os pais nas campanhas de vacinação:** As campanhas publicitárias e institucionais devem incorporar mensagens dirigidas aos homens-pais, utilizando linguagem acessível, imagens representativas e exemplos concretos de cuidado paterno. A divulgação de fotos e vídeos de pais levando seus filhos para vacinar, ou sendo vacinados simultaneamente, contribui para a criação de normas sociais positivas e para o fortalecimento da confiança nas vacinas por meio da modelagem social.

**Valorizar a vacinação do pai como estratégia simbólica e prática:** Incentivar a atualização do calendário vacinal dos homens, especialmente em campanhas familiares, escolares ou comunitárias, reforça o papel do pai como exemplo de cuidado preventivo. Pais vacinados tendem a transmitir maior confiança nas vacinas, influenciando positivamente a decisão familiar e a adesão ao calendário infantil.

**Fortalecer a Estratégia Pré-natal do Parceiro:** O pré-natal constitui uma janela de oportunidade privilegiada para envolver os homens desde o início da gestação. A Estratégia Pré-natal do Parceiro, prevista na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Homens, deve ser ampliada e qualificada, incorporando conteúdos sobre imunização da gestante e do parceiro, do recém-nascido e da criança, bem como sobre o papel do pai na proteção da saúde familiar.

**Qualificar a comunicação e a educação em saúde para cuidadores:** Ações educativas, como rodas de conversa, aconselhamento individual, materiais impressos e mensagens por aplicativos, devem ser planejadas para alcançar não apenas as mães. É fundamental utilizar linguagem clara, baseada em evidências, acolher dúvidas sem julgamento e abordar medos comuns, combatendo mitos e desinformação com transparência.

**Reduzir barreiras de acesso e ampliar a conveniência dos serviços:** Recomenda-se ampliar os horários de vacinação, promover ações extramuros em escolas, locais de trabalho, estações de transporte e eventos comunitários, além de facilitar o comparecimento familiar conjunto. Essas estratégias são particularmente eficazes para incluir homens que enfrentam restrições de tempo e acesso.

**Promover ações comunitárias e mobilização masculina:** O envolvimento de lideranças comunitárias, locais de trabalho, sindicatos, associações esportivas e outros espaços de sociabilidade masculina pode ampliar o alcance das ações de vacinação. Homens engajados como multiplicadores e promotores da imunização fortalecem a legitimidade das mensagens e ampliam o impacto das intervenções.

## 6.8 Considerações Finais

As evidências apresentadas ao longo deste capítulo indicam que o envolvimento paterno não é apenas desejável do ponto de vista da equidade de gênero, mas constitui um determinante social relevante da cobertura vacinal. Estados e municípios com maior engajamento masculino no cuidado apresentam melhores indicadores de imunização infantil, independentemente do nível de riqueza regional.

Investir em políticas, programas e práticas que promovam paternidades ativas, informadas e corresponsáveis representa uma estratégia promissora para ampliar e sustentar as coberturas vacinais, fortalecer a confiança nas vacinas e consolidar uma cultura de cuidado compartilhado. Envolver os homens-pais desde o pré-natal até o acompanhamento contínuo da saúde infantil é, portanto, uma ação estruturante para a proteção da vida, a redução de desigualdades e o fortalecimento do sistema de saúde.

## Referências Bibliográficas

Agência Gov. **Cobertura de 13 das 16 vacinas do calendário infantil apresentou alta em 2023**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/cobertura-de-13-das-16-vacinas-do-calendario-infantil-apresentou-alta-em-2023>.

Barbieri, C. L. A.; Couto, M. T. Decision-making on childhood vaccination by highly educated parents. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005149>.

Brasil. Ministério da Saúde. **Cresce a cobertura de 15 das 16 vacinas do calendário infantil**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/cresce-a-cobertura-de-15-das-16-vacinas-do-calendario-infantil>.

Brugha, R. F.; Kevany, J. P.; Swan, A. V. An investigation of the role of fathers in immunization uptake. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 25, n. 4, p. 840–845, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/25.4.840>.

Ferreira, G. S. et al. Mortalidade infantil no Brasil: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, p. 3877–3890, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p3877-3890>.

Gilchrist, C. A. et al. Vaccination information fathers receive during pregnancy and determinants of infant vaccination timeliness. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, Austin, v. 17, n. 12, p. 5214–5225, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1932212>.

Lautharte, C. A. de S. et al. Estratégias de redução da mortalidade infantil no Brasil: revisão integrativa. **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 8, p. 11100–11116, 2023. DOI: <https://doi.org/10.56083/RCV3N8-063>.

Lukusa, L. A. et al. A systematic review and meta-analysis of the effects of educating parents on the benefits and schedules of childhood vaccinations in low and middle-income countries. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, Austin, v. 14, n. 8, p. 2058–2068, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1457931>.

Moura, L. L.; Neto, M.; Souza-Santos, R. Heterogeneidade espaço-temporal dos indicadores de imunização da vacina tríplice viral em crianças no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 48, e34, 2024. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.34>.

Musuka, G. et al. Paternal factors affecting under-five immunization status in Sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. **Vaccine**, Amsterdam, v. 64, p. 127695, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2025.127695>.

Raji, M. O. et al. Assessment of the knowledge of fathers, uptake of routine immunization, and its associated factors in a rural community of North West Nigeria. **Annals of African Medicine**, Lagos, v. 18, n. 2, p. 97–102, 2019. DOI: [https://doi.org/10.4103/aam.aam\\_41\\_18](https://doi.org/10.4103/aam.aam_41_18).

Sharif-Nia, H. et al. Parental hesitancy toward children vaccination: a multi-country psychometric and predictive study. **BMC Public Health**, Londres, v. 24, n. 1348, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18806-1>.

Super. **Vacinação infantil está em queda no Brasil desde 2015, mostra relatório inédito. Superinteressante**. Disponível em: <https://super.abril.com.br/saude/vacinacao-infantil-esta-em-queda-no-brasil-desde-2015-mostra-relatorio-inedito/>.

UNICEF. **Estudo sobre fatores relacionados à redução das coberturas vacinais de rotina em crianças menores de 5 anos**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/11001/file/estudo-fatores-relacionados-reducao-coberturas-vacinais-de-rotina-em-criancas-menores-5-anos.pdf>.



## Capítulo 7

# Validação do Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP)

# Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP)

## 7.1 Objetivos da validação

Este capítulo descreve os procedimentos de validação aplicados ao cálculo do Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) e às associações estimadas entre o IDP, o PIB per capita (variável de controle) e os desfechos de desenvolvimento infantil selecionados. A validação foi conduzida em três níveis distintos.

- Integridade e reprodutibilidade dos cálculos.
- Consistência interna e sensibilidade do índice.
- Robustez estatística e diagnósticos das regressões.

A análise segue o desenho observacional, transversal e agregado por UF (27 observações), de modo que os resultados devem ser interpretados como associações condicionais, e não como efeitos causais.

## 7.2 Objetivos práticos da validação

A validação tem quatro objetivos práticos:

**Confirmar reprodutibilidade:** verificar se os componentes padronizados e o IDP final podem ser reproduzidos exatamente a partir dos indicadores brutos e das fórmulas definidas, utilizando padronização min-max direta e invertida e média simples dos quatro componentes.

**Testar consistência interna:** avaliar se o índice tem comportamento coerente, considerando distribuição, correlação entre componentes e contribuição relativa.

**Avaliar sensibilidade:** verificar se o ranking e a escala do IDP se alteram substancialmente sob alternativas razoáveis, como a retirada de um componente, a adoção de padronização alternativa ou a mitigação de extremos.

**Examinar robustez dos resultados econométricos:** verificar se as associações do IDP com os desfechos permanecem com sinal e significância semelhantes sob diagnósticos e especificações alternativas.

## 7.3 Validação do cálculo do IDP

### 7.3.1 Integridade da base e completude

A base analítica foi verificada quanto aos seguintes aspectos.

- Unidade de análise:** 27 UFs (com o Distrito Federal), conforme o desenho metodológico.
- Completude:** ausência de valores faltantes nas colunas necessárias para o cálculo do IDP e para as regressões.

**Faixas plausíveis:** componentes padronizados em [0,1]; IDP final em [0,1]; desfechos em faixas consistentes com as escalas descritas.

### 7.3.2 Reprodutibilidade das padronizações

Os componentes do IDP são padronizados via min-max considerando o conjunto das 27 UFs, com inversão quando “menor é melhor”. Na validação, cada componente foi recalculado a partir do indicador bruto, com a aplicação de padronização min-max direta para IDP-3 (pré-natal, em que maior é melhor) e padronização min-max invertida para IDP-1, IDP-2 e IDP-4 (em que menor é melhor).

O resultado recalculado coincidiu exatamente com os valores padronizados apresentados, com diferença máxima igual a zero, confirmando a correta implementação das direções e transformações.

### 7.3.3 Reprodutibilidade da agregação

O IDP final foi validado ao se recomputar, para cada UF, a média aritmética simples dos quatro componentes padronizados. O IDP recalculado foi idêntico ao IDP reportado, com diferença máxima igual a zero, confirmando a regra de agregação com pesos iguais (1/4 por componente).

## 7.4 Consistência interna do IDP

### 7.4.1 Estatísticas descritivas e distribuição

A distribuição do IDP (escala de 0 a 1) foi avaliada por meio de estatísticas descritivas. Com quatro componentes, os valores apresentaram mínimo aproximado de 0,2367 (Sergipe), máximo aproximado de 0,9484 (Santa Catarina), média aproximada de 0,5523 e desvio-padrão aproximado de 0,1937. A variação observada é suficiente para sustentar comparações entre UFs e para alimentar modelos lineares sem colapso de variância.

### 7.4.2 Coerência entre componentes

A análise de correlação entre os quatro componentes revelou correlação moderada a alta entre IDP-2 (registro paterno) e IDP-3 (pré-natal), dimensões de engajamento formal, sugerindo que essas dimensões tendem a caminhar juntas entre as UFs. Observou-se correlação menor entre IDP-1 (trabalho doméstico) e os demais componentes, indicando que ele acrescenta uma dimensão parcialmente distinta, o que é desejável em um índice multidimensional. A consistência interna (alfa de Cronbach) situou-se em patamar moderado a alto, compatível com um construto de dimensões correlacionadas, mas não idênticas.

## 7.5 Análises de sensibilidade do índice

### 7.5.1 Leave-one-out de componentes

Para verificar se o IDP é excessivamente dependente de um único componente, o índice foi recalculado quatro vezes, cada vez retirando um componente e calculando a média dos três restantes.

A correlação entre o IDP original e as versões leave-one-out permaneceu muito alta, variando de aproximadamente 0,95 a 0,99, e as mudanças médias de posição no ranking foram pequenas, em torno de uma a duas posições. Conclui-se, portanto, que o IDP não é dependente de um único componente e que o ranking é estável, com sensibilidade moderada e esperada.

## 7.5.2 Padronização alternativa e mitigação de extremos

A padronização por z-score, com ajuste de direção, produziu um índice quase idêntico ao IDP original em termos de ordenação, com correlação próxima a 1. A winsorização dos indicadores brutos (p5/p95) antes da padronização min-max manteve correlação muito alta com o IDP original, com pouca alteração de ranking. Conclui-se que o IDP não depende criticamente de uma única escolha de padronização e tampouco é altamente instável diante de valores extremos.

## 7.6 Validação estatística das associações

### 7.6.1 Reprodutibilidade dos resultados OLS

As associações foram estimadas por mínimos quadrados ordinários (OLS) com intercepto, tendo o IDP como variável explicativa principal e o PIB per capita do Censo 2022 como variável de controle (N = 27 UFs). Os resultados com os dados atualizados estão apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 – Resultados das regressões OLS (IDP, 4 componentes)

Desfecho	$\beta$ IDP	EP (OLS)	p-valor	Interpretação
Cobertura Vacinal (%)	+ 10,95	10,66	0,315	Não significativo
Taxa de Amamentação (%)	+ 21,78	3,93	< 0,001	Positivo ***
Mortalidade Infantil	- 8,46	4,21	0,056	Borderline (p = 0,056)
Morte Violenta Intencional 0–19 anos	- 16,95	5,40	0,004	Negativo **

Fonte: Elaboração dos autores.

Legenda: \*\*\* p < 0,001 \*\* p < 0,01 \* p < 0,05 . p < 0,10. EP = erro-padrão OLS.

### 7.6.2 Interpretação de magnitude dos efeitos em escala do IDP

Como o IDP varia entre 0 e 1, uma leitura prática consiste em expressar os efeitos para variações incrementais do índice. Para as associações estatisticamente significativas, os valores constam da Tabela 11.

Tabela 11 – Magnitude dos efeitos para as associações significativas

Desfecho	$\beta$ IDP	$\Delta$ IDP + 0,10	$\Delta$ IDP + 0,20
Amamentação (%)	+ 21,78	+ 2,18 p.p.	+ 4,36 p.p.
Morte Violenta 0–19	- 16,95	- 1,70 / 100 mil	- 3,39 / 100 mil

Fonte: Elaboração dos autores.

Para os desfechos com associação não significativa (vacinação) ou borderline (mortalidade), as magnitudes dos coeficientes não devem ser interpretadas como estimativas confiáveis sem análises adicionais. Todas as estimativas são associações condicionais, não causais.

### 7.6.3 Qualidade de ajuste e variabilidade dos desfechos

Os modelos apresentaram qualidade de ajuste heterogênea. Observou-se alta explicação para amamentação, com  $R^2$  elevado, refletindo a estrutura regional da variável; explicação moderada para morte violenta intencional de 0 a 19 anos; e baixa explicação para vacinação e mortalidade infantil com os dados atualizados, coerente com a redução de significância observada.

## 7.7 Diagnósticos e robustez das regressões

### 7.7.1 Colinearidade entre IDP e PIB per capita

Observou-se correlação positiva entre IDP e PIB per capita, coerente com as desigualdades regionais. O nível de colinearidade é moderado, com VIF em torno de 2,5, sem indicação de instabilidade extrema. O controle por PIB per capita é pertinente, mas não elimina a possibilidade de confundimento por fatores não observados.

### 7.7.2 Pontos influentes e alavancagem

Foram avaliadas medidas de influência, incluindo a distância de Cook e a alavancagem. O Distrito Federal, com PIB per capita substancialmente superior ao das demais UFs (R\$ 116.713), apresenta alta alavancagem, o que é esperado. O leave-one-out das regressões mostrou que amamentação e morte violenta de 0 a 19 anos mantiveram sinal e significância do coeficiente do IDP em 90% ou mais das reestimações, enquanto cobertura vacinal e mortalidade infantil apresentaram resultados mais sensíveis à composição da amostra, compatível com a menor significância global.

### 7.7.3 Erros-padrão robustos e especificação alternativa do PIB

Com a aplicação de erros-padrão robustos HCl, amamentação e morte violenta permaneceram significativas, ao passo que vacinação e mortalidade mantiveram baixa significância. A substituição do PIB em nível pelo PIB em logaritmo preservou o padrão geral e não alterou o sinal nos modelos significativos. Esses exercícios confirmam que os achados para amamentação e morte violenta de 0 a 19 anos não são artefatos de especificações econométricas específicas.

## 7.8 Validação de coerência substantiva e limitações por desfecho

### 7.8.1 Coerência com a hipótese teórica

Os sinais estimados são consistentes com a hipótese teórica de que maior corresponsabilidade e presença paterna se associam a melhores resultados infantis. Os resultados obtidos podem ser sintetizados da seguinte forma:

Maior IDP associado a maior amamentação (associação positiva, significativa \*\*\*,  $p < 0,001$ ).

Maior IDP associado a menor morte violenta de 0 a 19 anos (associação negativa, significativa \*\*,  $p = 0,004$ ).

Maior IDP associado a maior cobertura vacinal (sinal positivo, porém não significativo com dados de 2023).

Maior IDP associado a menor mortalidade infantil (sinal negativo, borderline,  $p = 0,056$ ).

### 7.8.2 Atenção especial ao desfecho de amamentação

O indicador de amamentação foi operacionalizado com médias regionais atribuídas às UFs em razão de limitação de granularidade dos dados. Isso reduz artificialmente a variação intra-região. O alto  $R^2$  obtido reflete, em parte, a estrutura regional do dado, e não apenas a associação com o IDP. A associação permanece coerente em análises agregadas por macrorregião.

### 7.8.3 Atenção especial ao desfecho de cobertura vacinal

O desfecho de cobertura vacinal, não significativo quando incluídas as 27 UFs, torna-se positivo quando analisadas apenas as UFs com valores de IDP iguais ou superiores a 0,4300. Uma possível explicação para essa mudança reside no fato de que, nas UFs com IDP muito baixo, outras barreiras estruturais, como acesso precário a postos de saúde, infraestrutura deficiente e baixa renda familiar, podem dominar a variância da cobertura vacinal, tornando a participação paterna um fator secundário. À medida que essas barreiras estruturais são superadas, a corresponsabilidade paterna pode ganhar relevância como determinante da vacinação infantil.

### 7.8.4 Atenção especial ao desfecho de morte violenta intencional de 0 a 19 anos

O desfecho de morte violenta intencional (0 a 19 anos, UNICEF 2022) apresenta vantagens metodológicas em relação a outros indicadores, como notificações de denúncias de abusos contra crianças e adolescentes. Isso se deve à sua menor susceptibilidade a vieses de notificação e capacidade institucional, à maior comparabilidade metodológica entre UFs e à definição operacional mais precisa, baseada em mortes registradas em vez de denúncias administrativas. A associação negativa e significativa ( $\beta \approx -16,95$ ;  $p = 0,004$ ) indica que UFs com maior IDP apresentam menor taxa de mortes violentas intencionais entre crianças e adolescentes, após controle por PIB per capita.

## 7.9 Síntese da validação

Em conjunto, os exercícios de validação do IDP v3.0 indicam o seguinte:

O IDP é reprodutível: padronizações e agregação foram replicadas sem divergências, confirmando a execução fiel do protocolo min-max (direto e invertido) e da média simples dos quatro componentes.

O índice é estável: rankings e valores apresentam alta robustez a retirada de componentes, padronizações alternativas e mitigação de extremos.

As associações são parcialmente robustas: amamentação e morte violenta intencional de 0 a 19 anos apresentam associações significativas e estáveis; cobertura vacinal não atingiu significância com os dados atualizados de 2023; mortalidade infantil apresenta resultado borderline ( $p = 0,056$ ).

Interpretação cautelosa para vacinação e mortalidade: embora os sinais sejam consistentes com a hipótese teórica, a ausência de significância estatística impede conclusões assertivas para esses desfechos nesta versão do índice.

O desfecho de morte violenta é metodologicamente mais robusto: a substituição das denúncias de maus-tratos pela taxa de morte violenta intencional melhora a comparabilidade entre UFs e reduz vieses de notificação.



# Carta do Instituto Promundo

O Instituto Promundo tem, ao longo de quase três décadas, dedicado seus esforços à promoção da equidade de gênero, à prevenção das violências e ao fortalecimento do cuidado como um direito de todas as crianças e de todos os homens que exercem a paternidade. O Relatório das Paternidades Brasileiras: Índice de Desenvolvimento das Paternidades (IDP) representa mais um marco nessa trajetória, ao oferecer ao país um instrumento inovador, transparente e comparável para compreender como as condições estruturais e comportamentais influenciam o exercício da paternidade no Brasil.

A relevância social deste estudo se torna ainda mais evidente no atual contexto nacional. O Brasil vive um momento histórico com a aprovação e sanção presidencial da ampliação da licença-paternidade — uma conquista construída coletivamente e que contou com a forte participação do Instituto Promundo, como cofundador da Coalizão pela Paternidade e Cuidado (COPAI). Essa mudança legislativa representa um avanço significativo na agenda de corresponsabilidade e reforça a importância de políticas públicas que reconheçam o papel dos homens no cuidado desde os primeiros dias de vida de seus filhos. O IDP surge, portanto, em um cenário de transformação institucional, oferecendo evidências que podem orientar a implementação e o monitoramento dessas conquistas.

Do ponto de vista científico, o relatório avança ao integrar múltiplas fontes de dados, propor um índice sintético replicável e explorar associações estatísticas que iluminam caminhos para futuras pesquisas. Trata-se de uma contribuição inédita para o campo das políticas de cuidado, oferecendo evidências robustas para gestores, pesquisadores e organizações da sociedade civil. O Promundo reafirma seu compromisso em transformar essas evidências em ação. Entre os desdobramentos futuros previstos, destacamos:

- a atualização e o aperfeiçoamento periódicos do IDP, permitindo monitorar tendências e desigualdades ao longo do tempo;
- o aprofundamento de análises temáticas, incluindo recortes raciais, territoriais e socioeconômicos — agenda na qual o Promundo já acumula contribuições fundamentais, como demonstram as publicações *Paternal Wajãpi* e *Primeiro Relatório sobre as Paternidades Negras no Brasil*, que evidenciam a importância de compreender as paternidades a partir das experiências de povos indígenas e de homens negros no Brasil;
- o desenvolvimento de ferramentas de apoio a gestores públicos para incorporar o IDP em diagnósticos e planejamentos;
- ampliação de parcerias com instituições acadêmicas, governos e organismos internacionais para fortalecer políticas de corresponsabilidade e cuidado.

Este relatório reafirma a convicção do Promundo de que sociedades mais justas e igualitárias dependem de homens mais presentes, corresponsáveis e engajados no paterno e no cuidado. Esperamos que o IDP inspire novas agendas, mobilize atores estratégicos e contribua para um país em que todas as crianças tenham acesso ao cuidado que merecem.

**Direção do Instituto Promundo.**

Brasília, 2026





**PROMUNDO®**