NUTRIÇÃO MUNDIAL
RELATÓRIO

DA PROMESSA AO IMPACTO

ERRADICAR A MÁ NUTRIÇÃO ATÉ 2030

2016

O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2016* é uma fonte fidedigna de dados sobre nutrição voltados para a ação que transcende a política e guia o Movimento SUN em seu objetivo de fazer da nutrição uma prioridade. Este relatório continua a ampliar as fronteiras das edições anteriores, com a mensagem otimista de que, quando trabalhamos juntos, nosso impacto coletivo pode obter as mudanças necessárias para transformar vidas, comunidades e o futuro de forma sustentável. Erradicar a má nutrição requer perseverança de todos nós, e o relatório é o que nos dá firmeza e determinação. Também assegura que cobremos responsabilidades uns dos outros e aprendamos com os sucessos e as falhas de cada um. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* dá ênfase aos desafios representados pelas diversas formas de má nutrição. Também indica a enorme importância de investir no decisivo período dos 1.000 dias, para que todas as meninas e os meninos possam levar uma vida produtiva, saudável e feliz. Investir na nutrição é nosso legado coletivo para um mundo sustentável em 2030.

TOM ARNOLD COORDENADOR INTERINO DO MOVIMENTO SUN
GERDA VERBURG FUTURA COORDENADORA DO MOVIMENTO SUN

O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* confirma a urgência da ação coletiva para combater o efeito dominó da má nutrição sobre as pessoas, as comunidades e sociedades inteiras. A verdade pura e simples é que não podemos ter um desenvolvimento sustentável até que enfrentemos os persistentes desafios nutricionais e alimentares que comprometem as oportunidades das pessoas mais pobres e vulneráveis de nosso planeta. Passar da teoria à ação requer atenção específica às pessoas que foram deixadas mais para trás que todas as outras, padecendo crises persistentes e os efeitos das mudanças climáticas. Este relatório confirma que o compromisso com as ações SMART é a forma primordial de se conseguirem mudanças para as pessoas que mais necessitam delas.

ERTHARIN COUSIN DIRETORA EXECUTIVA DO PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS

Conseguir uma boa nutrição é algo que não se limita à comida que consumimos; não pode ser assegurado nem pelo crescimento econômico, nem pela redução da pobreza. Portanto, é fundamental que tenhamos um sistema global abrangente que monitore regularmente a situação nutricional de todos. A pobreza global, definida como a falta de bem-estar material, é difícil de medir com precisão. Assim, monitorar a subnutrição é fundamental, não apenas por si só, mas também para obter um dos indicadores mais importantes de pobreza de um modo mais amplo. O apelo do *Relatório sobre a Nutrição Mundial* por uma revolução nos dados sobre nutrição é importante e oportuno.

ANGUS DEATON LAUREADO COM O PRÊMIO DO BANCO CENTRAL DA SUÉCIA EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS EM MEMÓRIA DE ALFRED NOBEL 2015

O terceiro *Relatório sobre a Nutrição Mundial* vem em um momento oportuno, em que as lideranças mundiais estão totalmente comprometidas com o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Mais da metade desses objetivos está relacionada com a nutrição. Para cumpri-los, temos de reformular nosso sistema alimentar. Os desafios são imensos. Um terço da população mundial está desnutrida, enquanto 30% da comida é desperdiçada. Deixamos para trás os pequenos agricultores, as mulheres e os jovens. Por outro lado, alguns países fizeram rápido progresso. Assim, como podemos aumentar e sustentar esse progresso? Este relatório continua a guiar nossa jornada rumo a um sistema alimentar global orientado pela nutrição.

SHENGGEN FAN DIRETOR-GERAL DO INSTITUTO INTERNACIONAL DE PESQUISA SOBRE POLÍTICAS ALIMENTARES

No dia 1º de abril de 2016, a Assembleia Geral da ONU declarou a Década de Ação pela Nutrição da ONU para o período entre 2016 e 2025. A Década de Ação reafirma o apelo para acabar com todas as formas de má nutrição, alicerçado na Declaração de Roma da ICN2 e na Agenda pelo Desenvolvimento Sustentável para 2030. Ela oferece uma oportunidade única para um estímulo global e contínuo em prol da nutrição. Em conjunto com seus parceiros, a FAO trabalhará para tornar os sistemas agrícolas e de alimentos mais sensíveis à nutrição, utilizando uma abordagem mais inclusiva e geral para acabar com a má nutrição. Através da monitoração dos compromissos globais e nacionais, o *Relatório sobre a Nutrição Mundial* será um pilar fundamental para possibilitar o esforço coletivo eficaz no apoio à Década de Ação.

JOSÉ GRAZIANO DA SILVA DIRETOR-GERAL DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A ALIMENTAÇÃO E A AGRICULTURA

A má nutrição em todas as suas formas continua sendo uma preocupação global, que afeta particularmente as populações altamente vulneráveis de diversas regiões do mundo, incluindo o Caribe e outros pequenos países insulares em desenvolvimento. Unida à pouca atividade física, a ingestão excessiva de alimentos com alto teor energético, que é uma forma de má nutrição, levou a uma epidemia de obesidade, sobrepeso e doenças não transmissíveis relacionadas com a nutrição. Foram criadas metas globais ambiciosas e objetivos de desenvolvimento sustentável para lidar com este problema. Alcançar esses objetivos e essas metas requer vontade política e liderança de primeira ordem, apoiadas por uma sociedade civil fortalecida e informada e por um setor privado comprometido e empenhado. A edição de 2016 do *Relatório sobre a Nutrição Mundial* reúne as experiências e os dados disponíveis mais recentes em todo o mundo e oferece uma excelente ferramenta para apoiar os esforços de reduzir todas as formas de má nutrição. Para a Healthy Caribbean Coalition e outras organizações da sociedade civil, o *Relatório sobre a Nutrição Mundial* é um recurso importante na resposta multissetorial para a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis.

SIR TREVOR HASSEL PRESIDENTE DA HEALTHY CARIBBEAN COALITION

Considerando que a fome e a má nutrição persistem, apesar da abundância de alimentos saudáveis, é nosso dever, como seres humanos, transformar a cadeia de valor alimentar. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* contribui, não só esclarecendo este problema alarmante, mas também apelando para que o mundo tome a iniciativa e mostrando o que precisa ser feito. Acredito que é minha responsabilidade, como chefe de cozinha e fundador da Gastromotiva, incentivar as novas gerações de cozinheiros, chefes de cozinha e líderes, que se unirão na luta contra a má nutrição.

DAVID HERTZ DIRETOR-PRESIDENTE DA GASTROMOTIVA

A política nutricional é de grande importância para a Noruega, tanto nacional quanto globalmente. Enquanto quase 800 milhões de pessoas passam fome em todo o mundo, a obesidade está aumentando, tanto em países ricos quanto pobres. A Noruega lançará um Plano de Ação intersetorial de nutrição e alimentos em 2017. Nosso objetivo é incentivar uma dieta variada e saudável durante toda a vida. O plano levará em conta nossos compromissos internacionais, e trabalharemos ativamente com a Organização Mundial da Saúde para fortalecer a nutrição em todo o mundo. Embora uma boa nutrição seja fundamental para nossa saúde e nossa qualidade de vida, também é essencial para o clima. Estou convencido de que os políticos têm de trabalhar em conjunto com o setor privado, os profissionais e a sociedade civil para promover uma alimentação saudável e uma produção alimentar sustentável. Nesse sentido, o *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2016* deve funcionar como um apelo à ação.

BENT HØIE MINISTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA DA NORUEGA

Com sua síntese dos dados sobre a nutrição mundial, o *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2016* implicitamente insta a nossa comunidade global a renovar seu compromisso com um objetivo mundial fundamental: um planeta em que todas as pessoas, independentemente de raça, etnia, gênero ou origem socioeconômica, possam ter acesso aos recursos dos quais necessitam para levar vidas felizes, integrais e saudáveis. Os mais fundamentais dentre esses recursos são os alimentos. Felizmente, dar às pessoas a oportunidade de se alimentarem bem também está entre os primeiros passos rumo a um mundo mais democrático, rico e fortalecido. Todos queremos esse mundo e temos de trabalhar por ele. Este relatório sugere onde e como podemos todos contribuir.

S. EXª MARGARET KENYATTA PRIMEIRA-DAMA DA REPÚBLICA DO QUÊNIA

As economias estão cada vez mais dependentes das competências e habilidades digitais e de alto nível, e nossos investimentos em "infraestrutura intelectual" talvez sejam os mais importantes que podemos fazer. Há países demais de média e baixa renda nos quais as crianças estão em desvantagem antes mesmo de pôr os pés na escola, porque não tiveram uma nutrição inicial adequada. Taxas de atraso no crescimento na infância de 45%, e de até 70%, em alguns países, são uma mancha em nossa consciência coletiva. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2016* emite um importante apelo à ação para que sejam feitos investimentos urgentes em nutrição, de modo que todas as crianças possam prosperar e para que possamos construir sociedades fortes e capazes de se adaptar, que beneficiarão a todos.

JIM YONG KIM PRESIDENTE DO GRUPO BANCO MUNDIAL

A cada ano, a subnutrição contribui para a morte de quase três milhões de crianças e ameaça o futuro de centenas de milhões de outras, comprometendo o desenvolvimento saudável de seus corpos e cérebros e afetando sua capacidade de aprender e obter uma renda mais tarde, quando já forem adultas. E a subnutrição não afeta somente a saúde e o bem-estar de cada uma dessas crianças. Ao impedir que as crianças desenvolvam todo o seu potencial, a subnutrição também mina as forças da sociedade à qual elas pertencem.

Como mostra o *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2016*, o mundo fez progressos significativos. Muitos países estão no rumo certo para atingir as metas globais de nutrição para 2025. Por exemplo, 99 países progrediram na redução do atraso no crescimento, que arruína a vida de mais de 150 milhões de crianças em todo o mundo. O Movimento para a Ampliação da Nutrição (SUN) reuniu governos, sociedade civil, setor privado e organismos internacionais ao redor do objetivo de fazer da nutrição uma prioridade, visando os investimentos, criando intervenções sob medida e monitorando nosso progresso. Continuaremos a trabalhar juntos por uma causa comum, compartilhando o mesmo compromisso de prestar assistência a todas as crianças.

ANTHONY LAKE DIRETOR-EXECUTIVO DO UNICEF

O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2016* destaca uma questão realmente importante: em todo o mundo, milhões de crianças estão comendo demais os alimentos errados, enquanto outros tantos milhões não estão recebendo uma quantidade suficiente de alimentos bons, que as façam e faz crescer e prosperar. Como mostra o relatório, o acesso a alimentos bons e nutritivos não é só uma questão de escolha pessoal; é uma questão de responsabilidade governamental. É hora de os líderes mundiais assumirem a responsabilidade e tomarem decisões ousadas e corajosas para combater todas as formas de má nutrição. Alimentos saudáveis e frescos são um direito fundamental de todas as crianças. Vamos tornar isso uma realidade.

JAMIE OLIVER CHEFE DE COZINHA E ATIVISTA

A nutrição é vital para a saúde do povo etíope. E é vital para a economia de nosso país. Na verdade, nosso país vê uma nutrição melhor como um estímulo essencial para o desenvolvimento econômico. A Etiópia se orgulha de seu recente progresso na redução da má nutrição, mas reconhece que ainda tem um longo caminho a percorrer antes de alcançar o objetivo de acabar com ela até 2030. Estamos nos dedicando a alcançar esse objetivo e compreendemos que precisaremos cumprir nosso compromisso. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* já exerceu influência, ajudando-nos a refletir sobre nosso trabalho em relação à nutrição; e não vemos a hora de conhecer suas futuras contribuições à avaliação do progresso e ao fortalecimento da prestação de contas de todas as partes interessadas em acabar com o flagelo da subnutrição.

S. EXª ROMAN TESFAYE PRIMEIRA-DAMA DA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA FEDERAL DA ETIÓPIA

NUTRIÇÃO MUNDIAL
RELATÓRIO

DA PROMESSA AO IMPACTO

ERRADICAR A MÁ NUTRIÇÃO ATÉ 2030

2016

UMA PUBLICAÇÃO REVISADA POR ESPECIALISTAS

Este relatório foi produzido por um Grupo de Especialistas Independentes (GEI) autorizados pelo Grupo das Partes Interessadas do Relatório sobre a Nutrição Mundial. A redação do mesmo foi um esforço coletivo dos membros do GEI, complementado por analistas e redatores adicionais. Os nomes de todos se encontram abaixo:

Lawrence Haddad (copresidente), Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares, Washington, EUA; **Corinna Hawkes** (copresidente), City University, London, Reino Unido; **Emorn Udomkesmalee** (copresidente), Universidade de Mahidol, Bangkok, Tailândia; **Endang Achadi**, Universidade da Indonésia, Jacarta, Indonésia; **Mohamed Ag Bendech**, Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura, Acra, Gana; **Arti Ahuja**, Departamento de Saúde e Bem-Estar da Família, Odisha, Índia; **Zulfiqar Bhutta**, Centro para a Saúde Global Infantil, Toronto, Canadá, e Centro de Excelência em Saúde Feminina e Infantil, Universidade Aga Khan, Karachi, Paquistão; **Luzmaria De-Regil**, Iniciativa pelos Micronutrientes, Ottawa, Canadá; **Jessica Fanzo**, Universidade Johns Hopkins, Baltimore, EUA; **Patrizia Fracassi**, Secretariado do Movimento para a Ampliação da Nutrição, Genebra, Suíça; **Laurence M. Grummer-Strawn**, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça; **Elizabeth Kimani**, Centro Africano de Pesquisa Populacional e Sanitária, Nairóbi, Quênia; **Yves Martin-Prével**, Instituto de Pesquisa para o Desenvolvimento, Marselha, França; **Purnima Menon**, Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares, Nova Délhi, Índia; **Eunice Nago Koukoubou**, Universidade de Abomey-Calavi, Benim; **Rachel Nugent**, RTI International, Seattle, EUA; **Stineke Oenema**, Comitê Permanente da ONU sobre Nutrição, Roma, Itália; **Judith Randel**, Development Initiatives, Bristol, Reino Unido; **Jennifer Requejo**, Universidade Johns Hopkins, Baltimore, EUA; **Tom Slaymaker**, UNICEF, Nova York, EUA; **Boyd Swinburn**, Universidade de Auckland, Nova Zelândia.

Agradecemos as contribuições do membro do GEI **Rafael Flores-Ayala**, dos Centros para o Controle e a Prevenção de Doenças, Atlanta, Geórgia, EUA.

Recebemos análises adicionais e apoio para a elaboração dos textos de **Komal Bhatia**, Instituto para a Saúde Global, University College, London, em Londres, Reino Unido; **Kamilla Eriksen**, MRC Human Nutrition Research, Cambridge, Reino Unido; **Natasha Ledlie**, Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares, Washington, EUA; **Josephine Lofthouse**, independente, Reino Unido; e **Tara Shyam**, independente, Singapura.

Os autores que contribuíram com os capítulos e as seções foram os seguintes: **Chizuru Nishida e Kaia Engesveen**, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça (Capítulo 3: Metas Nacionais de Nutrição Materna, de Bebês e Crianças Pequenas); **Rachel Crossley**, Fundação Access to Nutrition, Utrecht, Holanda (Capítulo 3: Metas Empresarias); **Jessica Fanzo**, **Swetha Manohar**, **Katherine Rosettie e Sara Glass**, Universidade Johns Hopkins, Baltimore, EUA (Capítulo 4); **Chizuru Nishida e Kaia Engesveen**, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça (Apêndice 4: Metodologia para Análise das Metas SMART); **Chessa Lutter**, Organização Pan-Americana de Saúde, Washington, EUA (Capítulo 5: A Iniciativa Hospital Amigo da Criança); **Jessica Fanzo, Corinna Hawkes e Katherine Rosettie** (Apêndice 5: Como Formular Compromissos SMART Para Com a Nutrição: Uma Breve Orientação); **Jordan Beecher**, Development Initiatives, Bristol, Reino Unido (Capítulo 7: Gastos dos Doadores); **Meera Shekar, Jakub Kakietek e Julia Dayton**, Banco Mundial, Washington, EUA; **Robert Hecht, Shan Soe-Lin, Mary D'Alimonte e Hilary Rogers**, Instituto Results for Development, Washington, EUA (dados e análises usados nas Figuras 7.1 e 7.2); **Monica Kothari**, PATH, Washington, EUA, com contribuições de Fred Arnold, Bernard Barrere, Ann Way, Anne Cross, Ruilin Ren, Joy Fishel e Sri Poedjastoeti, ICF International, Washington, EUA, do Programa DHS (Capítulo 8: Desagregação de Dados de Atraso no Crescimento das DHSs; e Tabela 8.2 do Apêndice: Coleta dos Indicadores ODS Propostos mais Relevantes para a Nutrição; **Josephine Ippe**, UNICEF, Nova York, EUA (Capítulo 8: Promoção da Responsabilização nos Contextos Desafiadores do Espaço Humanitário).

Os autores dos painéis deste relatório e seus locais de trabalho são os seguintes: **Alem Abay**, Aliança Global para uma Nutrição Melhor, Genebra, Suíça; **Harold Alderman**, Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares, Washington, EUA; **Richmond Areetey**, Universidade de Gana, Acra, Gana; **Fred Arnold**, ICF International, Washington, EUA; **Daniel Balaban**, ONU/PMA (Programa Mundal de Alimentos) Centro de Excelência contra a Fome, Brasília, Brasil; **Bernard Barrère**, ICF International, Washington, EUA; **Jordan Beecher**, Development Initiatives, Bristol, Reino Unido; **Hannah Blencowe**, Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, Reino Unido; **Elaine Borghi**, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça; **Howarth Bouis**, Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares, Washington, EUA; **Kurt Burja**, Programa Mundial de Alimentos, Katmandu, Nepal; **Kent Buse**, UNAIDS, Genebra, Suíça; **Suman Chakrabarti**, Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares, Nova Délhi, Índia; **Esi Colecraft**, Universidade de Gana, Acra, Gana; **Patrícia Constante Jaime**, Universidade de São Paulo, Brasil; **Camila Corvalan**, Universidade do Chile, Santiago, Chile; **Jo Creed**, Fundação Jamie Oliver, Reino Unido; **Anne Cross**, ICF International, Washington, EUA; **Alexis D'Agostino**, Instituto de Pesquisa e Formação John Snow, Arlington, Virgínia, EUA; **Mary D'Alimonte**, Results for Development, Washington, EUA; **Subrat Das**, Centro para a Prestação de Contas no Orçamento e na Governança, Nova Délhi, Índia; **Mercedes de Onis**, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça; **Claire Devlin**, Departamento para o Desenvolvimento Internacional, Londres, Reino Unido; **Kaia Engesveen**, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça; **Marina Ferreira Rea**, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), São Paulo, Brasil; **Joy Fishel**, ICF International, Washington, EUA; **Patrizia Fracassi**, Secretariado do Movimento para a Ampliação da Nutrição, Genebra, Suíça; **Greg S. Garett**, Aliança Global para uma Nutrição Melhor, Genebra, Suíça; **Valerie Gatchell**, Alto Comissariado da ONU para os Refugiados, Genebra, Suíça; **Sara Glass**, Universidade Johns Hopkins, Baltimore, EUA; **Jonathan Glennie**, Save the Children, Londres, Reino Unido; **Germán González**, Secretaria de Segurança Alimentar e Nutrição (SESAN), Cidade da Guatemala, Guatemala; **Lawrence Haddad**, Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares, Washington, EUA; **Stephen Haslett**, Universidade Nacional Australiana, Canberra, Austrália e Universidade Massey, Palmerston North, Nova Zelândia; **Sir Trevor Hassell**, Healthy Caribbean Coalition, Bridgetown, Barbados; **Corinna Hawkes**, City University London, Londres, Reino Unido; **Siemon Hollema**, Programa Mundial de Alimentos, Bangkok, Tailândia; **Yves Horent**, Departamento para o Desenvolvimento Internacional, Londres, Reino Unido; **Maisha Hutton**, Healthy Caribbean Coalition, Bridgetown, Barbados; **Josephine Ippe**, UNICEF, Nova York, EUA; **Lindsay Jaacks,** Universidade Emory, Atlanta, Geórgia, EUA; **Geoff Jones**, Universidade Massey, Palmerston North, Nova Zelândia; **Kayenat Kabir**, Programa Mundial de Alimentos, Daca, Bangladesh; **Justine Kavle**, PATH, Washington, EUA; **William Knechtel**, Secretariado do Movimento para a Ampliação da Nutrição, Genebra, Suíça; **Monica Kothari**, PATH, Washington, EUA; **Sascha Lamstein**, Instituto de Pesquisa e Formação John Snow, Arlington, Virgínia, EUA; **Anna Lartey**, Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura, Roma, Itália; **Joy Lawn e Amanda Lenhardt**, Save the Children, Londres, Reino Unido; **Ariela Luna**, Ministério de Desenvolvimento e Inclusão Social, Lima, Peru; **Corey L. Luthringer**, Aliança Global para uma Nutrição Melhor, Genebra, Suíça; **Chessa Lutter**, Organização Pan-Americana de Saúde, Washington, EUA; **Swetha Manohar**, Universidade Johns Hopkins, Baltimore, EUA; **Mduduzi Mbuya**, Universidade Cornell, Ithaca, Nova York, EUA; **Purnima Menon**, Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares, Nova Délhi, Índia; **Vagn Mikkelsen**, independente, Copenhage, Dinamarca; **Chizuru Nishida**, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça; **Albertha Nyaku**, PATH, Washington, EUA; **Abigail Perry**, Departamento para o Desenvolvimento Internacional, Londres, Reino Unido; **Clara Picanyol**, Oxford Policy Management, Oxford, Reino Unido; **Sri Poedjastoeti**, ICF International, Washington, EUA; **Amanda Pomeroy-Stevens**, Instituto de Pesquisa e Formação John Snow, Arlington, Virgínia, EUA; **Victoria Quinn**, Helen Keller Internacional, Washington, EUA; **Christa Rader**, Programa Mundial de Alimentos, Daca, Bangladesh; **Neha Raykar**, Fundação para a Saúde Pública da Índia, Nova Délhi, Índia; **Ruilin Ren**, ICF International, Washington, EUA; **Marcela Reyes**, Universidade do Chile, Santiago, Chile; **Katherine Richards**, Save the Children, Londres, Reino Unido; **Rommy Ríos**, Ministério de Desenvolvimento e Inclusão Social, Lima, Peru; **Cecilia Rocha**, Universidade Ryerson, Canadá; **Mariana Rocha**, ONU/PMA, Centro de Excelência contra a Fome, Brasília, Brasil; **Jose Manuel Roche**, Save the Children, Londres, Reino Unido; **Marie Rumsby**, Save the Children, Londres, Reino Unido; **Shea Rutstein**, ICF International, Washington, EUA; **Faiza Shaheen**, Save the Children, Londres, Reino Unido; **Suhail Shiekh**, Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, Reino Unido; **Tara Shyam**, independente, Singapura; **Shan Soe-Lin**, Instituto Results for Development, Washington, EUA; **Paul Spiegel**, Alto Comissariado da ONU para os Refugiados, Genebra, Suíça; **José Velásquez**, Ministério de Desenvolvimento e Inclusão Social, Lima, Peru; **Paola Victoria**, Secretariado do Movimento para a Ampliação da Nutrição, Genebra, Suíça; **Ann Way**, ICF International, Washington, EUA; **Caroline Wilkinson**, Alto Comissariado da ONU para os Refugiados, Genebra, Suíça

Copyright © 2016 Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares. Todos os direitos reservados. Para obter autorização para reimpressão, favor entrar em contato com a Divisão de Comunicações e Gestão do Conhecimento (Communications and Knowledge Management Division) através do email ifpri-copyright@cgiar.org

Formato sugerido para as citações: Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares. 2016. *Relatório sobre a Nutrição Mundial 2016: da Promessa ao Impacto: Erradicar a Má Nutrição até 2030.* Washington (EUA).

Todas as opiniões aqui expressas são dos autores e não representam necessariamente o Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares, nem qualquer organização parceira envolvida no *Relatório sobre a Nutrição Mundial.* Estas organizações também não apoiam, necessariamente, as opiniões aqui contidas. Os limites e os nomes utilizados não implicam apoio ou aceitação oficial por parte do Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares.

International Food Policy Research Institute
2033 K Street, NW | Washington, DC 20006-1002 USA | Telefone: +1-202-862-5600 | www.ifpri.org

ISSN: 2380-6443 | DOI: http://dx.doi.org/10.2499/9780896295872

CRÉDITOS DAS FOTOS: Capa: iStock. Imagens dos capítulos: p. 1, Nova York, ONU/Cia Pak; p 14, Moçambique, Panos/A. Trayler-Smith; p. 24, Japão, Panos/S. Freedman; p 32, HarvestPlus; p. 44, iStock; p. 60, Bangladesh, Panos/G. M. B. Akash; p. 76, iStock; p. 95, iStock; p. 112, iStock.

DESENHO DA CAPA: Julia Vivalo

DESENHO E LAYOUT DO LIVRO: Joan Stephens

ÍNDICE

Materiais complementares on-line xiii

Agradecimentos xiv

Abreviaturas xvi

Sumário executivo xviii

Capítulo 1 O novo desafio: erradicar todas as formas de má nutrição até 2030 1

Capítulo 2 O panorama mundial da nutrição: avaliações do progresso 14

Capítulo 3 Definição do alvo: o progresso no estabelecimento de metas de nutrição 24

Capítulo 4 A natureza dos compromissos da Nutrição para o Crescimento de 2013 e o progresso no seu cumprimento 32

Capítulo 5 Aplicação das ações: progressos e desafios na implementação de políticas e programas de nutrição 44

Capítulo 6 Aceleração da contribuição dos motores subjacentes à nutrição para as melhorias nutricionais 60

Capítulo 7 O atendimento das necessidades: financiamento para alcançar as metass 76

Capítulo 8 Como medir o progresso no cumprimento das metas 95

Capítulo 9 Chamados à ação 112

APÊNDICES

Apêndice 1 Onde as formas de má nutrição se sobrepõem 116

Apêndice 2 Regras para determinar se os países estão no rumo certo ou não para atingir as metas globais (no *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*) 117

Apêndice 3 Status e progresso na nutrição por país 119

Apêndice 4 Metodologia para análise das metas SMART 132
CHIZURU NISHIDA E KAIA ENGESVEEN

Apêndice 5 Como formular compromissos SMART com a nutrição: uma breve orientação 134
JESSICA FANZO, CORINNA HAWKES E KATHERINE ROSETTIE

Apêndice 6 Motores subjacentes da nutrição 138

Notas 141

Referências bibliográficas 145

PAINÉIS

Painel 1.1 A escala da má nutrição em 2016 2

Painel 1.2 O compromisso para melhorar a nutrição importa? 7
LAWRENCE HADDAD

Painel 1.3 Politização da nutrição 8
KENT BUSE

Painel 1.4 Fazer da boa nutrição uma questão visível para o público: lições da Jamie Oliver Food Foundation 9
JO CREED

Painel 1.5 Como se desenvolveu o compromisso político do Brasil com a nutrição 11
CECILIA ROCHA, PATRICIA CONSTANTE JAIME E MARINA FERREIRA REA

Painel 2.1 Oito metas de nutrição mundiais para 2025 adotadas pela Assembleia Mundial da Saúde 15

Painel 2.2 Quantos bebês nascem abaixo do peso todos os anos? 19
HANNAH BLENCOWE, ELAINE BORGHI, MERCEDES DE ONIS, JULIA KRASEVEC, JOY LAWN E SUHAIL SHIEKH

Painel 2.3 Os perfis de países do *Relatório sobre a Nutrição Mundial* 20
TARA SHYAM

Painel 2.4 Os lançamentos do *Relatório sobre a Nutrição Mundial* nos países podem desencadear novas ações 21
LAWRENCE HADDAD

Painel 3.1 Ferramentas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para ajudar os países a estabelecer metas nacionais de nutrição 26
ELAINE BORGHI, KAIA ENGESVEEN, CHIZURU NISHIDA E MERCEDES DE ONIS

Painel 3.2 Planejamento nacional para combater a obesidade no Quênia 28
LINDSAY JAACKS, JUSTINE KAVLE, ALBERTHA NYAKU E ABIGAIL PERRY

Painel 3.3 As missões estaduais de nutrição na Índia: fraco desempenho no estabelecimento de metas 29
NEHA RAYKAR E PURNIMA MENON

Painel 4.1 Os compromissos da Nutrição para o Crescimento 34
PATRIZIA FRACASSI

Painel 4.2 Exemplos de compromissos assumidos na N4G de 2013 que estão em vias de ser cumpridos e que já foram cumpridos 36
SWETHA MANOHAR E SARA GLASS

Painel 4.3 Os compromissos SMART são mais fáceis de monitorar: exemplos da Cargill e do UNICEF 40
KATHERINE ROSETTIE, WERNER SCHULTINK E TARYN BARCLAY

Painel 5.1 Lições aprendidas com os mecanismos de governança intersetoriais para abordar a nutrição: Comissões Nacionais de DNTs no Caribe 46
MAISHA HUTTON E SIR TREVOR HASSELL

Painel 5.2 A transformação das metas globais em ação nacional: políticas SMART para redução do sal na Argentina 51
CHESSA LUTTER

Painel 5.3 Implementação de políticas públicas para promover dietas saudáveis no Chile 53
CAMILA CORVALAN E MARCELA REYES

Painel 5.4 O engajamento do setor privado na Etiópia para melhorar o acesso ao sal iodado 56
COREY L. LUTHRINGER, ALEM ABAY E GREG S. GARETT

CONTINUAÇÃO DOS PAINÉIS

Painel 5.5 Apoio das organizações não governamentais aos programas de micronutrientes em Burquina Faso 57
VICTORIA QUINN

Painel 6.1 Ações que parecem ter melhorado o status nutricional de Gana.....63
RICHMOND ARYEETEY, ESI COLECRAFT E ANNA LARTEY

Painel 6.2 Reorientação das aquisições públicas em favor da nutrição: o caso do Brasil 68
DANIEL BALABAN E MARIANA ROCHA

Painel 6.3 Biofortificação: como ampliá-la? 69
HOWARTH BOUIS

Painel 6.4 Como tornar os programas de abastecimento de água, saneamento e higiene sensíveis à nutrição 70
MDUDUZI MBUYA

Painel 6.5 O ciclo climático do El Niño: sucessos e desafios de 2015.....72
YVES HORENT, CLAIRE DEVLIN E ABIGAIL PERRY

Painel 6.6 Aumentar a orientação das ações educativas para abordar a má nutrição em todas as suas formas 74
HAROLD ALDERMAN

Painel 7.1 Guatemala e Peru: Acesso em tempo hábil aos dados financeiros faz diferença nos gastos reais e incentiva a responsabilização a todos os níveis 83
PAOLA VICTORIA, ARIELA LUNA, JOSÉ VELÁSQUEZ, ROMMY RÍOS, GERMÁN GONZÁLEZ, WILLIAM KNECHTEL, VAGN MIKKELSEN E PATRIZIA FRACASSI

Painel 7.2 Orçamento para a nutrição na Índia 84
SUMAN CHAKRABARTI, PURNIMA MENON E SUBRAT DAS

Painel 7.3 Parceiros globais harmonizam o suporte técnico da análise de orçamentos.....85
ALEXIS D'AGOSTINO, AMANDA POMEROY-STEVENS, CLARA PICANYOL, MARY D'ALIMONTE, PATRIZIA FRACASSI, SASCHA LAMSTEIN E SHAN SOE-LIN

Painel 7.4 Métodos dos doadores para estimar gastos sensíveis à nutrição.....90
LAWRENCE HADDAD E JORDAN BEECHER

Painel 8.1 Estudo de caso da DHS contínua no Peru.....98
MONICA KOTHARI E SHEA RUTSTEIN

Painel 8.2 Nutrição e exclusão 100
MARIE RUMSBY, KATHERINE RICHARDS, FAIZA SHAHEEN, JONATHAN GLENNIE, AMANDA LENHARDT E JOSÉ MANUEL ROCHE

Painel 8.3 Fatores a serem levados em consideração ao se pensar em coletar dados geograficamente desagregados.....105
MONICA KOTHARI, FRED ARNOLD, BERNARD BARRERE, ANN WAY, ANNE CROSS, RUILIN REN, JOY FISHEL E SRI POEDJASTOETI

Painel 8.4 Por que mapas de subnutrição altamente desagregados são vitais na era dos objetivos de desenvolvimento sustentável?.....107
KURT BURJA, STEPHEN HASLETT, SIEMON HOLLEMA, GEOFF JONES, KAYENAT KABIR E CHRISTA RADER

Painel 8.5 Aumento da responsabilização pelas ações de nutrição em contextos emergenciais 109
JOSEPHINE IPPE

Painel 8.6 Proteção do status nutricional dos refugiados na era dos objetivos de desenvolvimento sustentável.....110
CAROLINE WILKINSON, VALERIE GATCHELL E PAUL SPIEGEL

FIGURAS

Figura 1.1 Número de indicadores em cada ODS que são altamente relevantes para nutrição 3

Figura 1.2 Mudanças no status e nos motores da nutrição do Brasil, 1980–2015 10

Figura 2.1 Número de crianças menores de cinco anos afetadas pelo atraso no crescimento e pelo sobrepeso por região, 1990-2014 17

Figura 2.2 Sobrepeso e obesidade em adultos, obesidade em adultos e diabetes em adultos, por região da ONU, 2010 e 2014 17

Figura 2.3 Número de países em vários estágios de progresso rumo às metas de nutrição mundiais 18

Figura 2.4 Países que estão mais próximos de mudar de "fora do rumo" para "no rumo certo para atingir as metas", por indicador de nutrição 20

Figura 2.5 Percentual de crianças de 6-59 meses de idade que não sofrem de atraso no crescimento, nem de emaciação 23

Figura 3.1 Número dos 122 planos de nutrição nacionais que têm metas, metas SMART e que não têm metas para a nutrição materna, de bebês e crianças pequenas 25

Figura 3.2 Presença de metas de nutrição materna, de bebês e crianças pequenas em 122 planos de nutrição nacionais (%) 27

Figura 3.3 Fração de empresas no Índice de Acesso à Nutrição que estabeleceram metas claras em diversas áreas 31

Figura 4.1 Progresso geral em relação aos compromissos da N4G — 2014, 2015 e 2016 35

Figura 4.2 Progresso em relação aos compromissos da N4G por grupo de signatários, 2016 35

Figura 4.3 Progresso por tipo de compromisso combinado entre doadores, organizações da sociedade civil e países 37

Figura 4.4 Parcela do total de compromissos SMART assumidos pelos países na N4G em 2013, por categoria 39

Figura 4.5 Número de compromissos da N4G que fazem referência a formas específicas de má nutrição 41

Figura 4.6 Distribuição dos compromissos de política e programas da N4G assumidos pelos governos entre as categorias do Quadro de Ação da ICN2 42

Figura 5.1 Situação legal do código de comercialização de substitutos do leite materno em países-membros da ONU por região, 2016 48

Figura 5.2 Situação da legislação em apoio ao aleitamento materno exclusivo, 2013 49

Figura 5.3 Cobertura de instalações hospitalares consideradas amigas da criança em 127 países, dados coletados no período de 2007 a 2014 50

Figura 5.4 Número de países que implementaram políticas alimentares saudáveis 51

Figura 5.5 Países com as taxas de cobertura mais altas e mais baixas de 12 intervenções e práticas voltadas para a má nutrição materna e da criança 55

Figura 5.6 Estimativas de cobertura para a gestão da desnutrição aguda grave em 58 distritos de 14 países 57

Figura 6.1 Os motores subjacentes ao status nutricional melhorado 62

Figura 6.2 Contribuições de diferentes fatores subjacentes para as reduções estimadas na altura para idade padronizada, crianças abaixo de cinco anos 64

Figura 6.3 Percentagem dos 22 documentos de políticas e estratégias de ajuda alimentar humanitária que abordam questões sensíveis à nutrição em diferentes domínios 73

CONTINUAÇÃO DAS FIGURAS

Figura 7.1 Níveis e fontes de financiamento para atender aos objetivos do atraso no crescimento, da desnutrição aguda grave, da anemia e do aleitamento materno exclusivo para todos os países com baixa e média renda até 2025 78

Figura 7.2 Investimentos adicionais necessários para atingir o cenário de "solidariedade global" para todos os países de baixa e média renda, 2016–2025 79

Figura 7.3 Alocações orçamentárias para intervenções específicas de nutrição e sensíveis à nutrição, 24 países 80

Figura 7.4 Alocações orçamentárias para intervenções específicas de nutrição e sensíveis à nutrição, 24 países 80

Figura 7.5 Alocações orçamentárias estimadas para intervenções sensíveis à nutrição, 24 países 81

Figura 7.6 Alocações orçamentárias para setores relevantes para a nutrição, 16 países 81

Figura 7.7 Fração das alocações para intervenções sensíveis à nutrição investida em cada setor, 24 países 82

Figura 7.8 Relação entre as dotações orçamentárias ponderadas sensíveis à nutrição por criança com menos de cinco anos e os gastos governamentais gerais *per capita* 82

Figura 7.9 Gastos específicos com nutrição por doador, 2014 86

Figura 7.10 Gastos dos doadores em APD para intervenções específicas em nutrição, 2005–2014 87

Figura 7.11 Mudanças nos gastos específicos de nutrição por país doador e doadores multilaterais, 2013–2014 88

Figura 7.12 Fontes dos gastos com doenças cardiovasculares, média de oito países de baixa renda 91

Figura 7.13 Assistência dos doadores para todos os problemas de saúde e para as DNTs, 2000–2014 92

Figura 7.14 Gastos de APD com DNTs relacionadas com a nutrição, por setor, 2014 93

Figura 8.1 Número de indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que são altamente relevantes para a nutrição, por objetivo 96

Figura 8.2 Indicadores dos ODSs relevantes para a nutrição 97

Figura 8.3 Prevalência do atraso no crescimento em crianças com menos de cinco anos de acordo com o quintil de riqueza 101

Figura 8.4 Prevalência do atraso no crescimento em crianças com menos de cinco anos, área urbana ou rural, ordenada pelo tamanho da diferença 102

Figura 8.5 Prevalência do atraso no crescimento em crianças com menos de cinco anos de acordo com a idade da mãe no momento do nascimento das crianças, ordenada pelo tamanho da diferença 102

Figura 8.6 Prevalência do atraso no crescimento em crianças com menos de cinco anos de acordo com o nível de escolaridade da mãe, ordenada por prevalência entre crianças cujas mães não frequentaram escolas 103

Figura 8.7 Prevalência do atraso no crescimento em crianças com menos de cinco anos, de acordo com o sexo, ordenada pelo tamanho da diferença 103

Figura 8.8 Status do sobrepeso em crianças com menos de cinco anos de acordo com o sexo, ordenado pela diferença entre meninas e meninos 104

Figura 8.9 Aleitamento materno exclusivo de acordo com o sexo, ordenado pela diferença entre meninas e meninos 104

Figura 8.10 Prevalência do atraso no crescimento por região subnacional com as maiores e as menores taxas de atraso no crescimento, ordenada pelo tamanho da diferença 106

Figura 8.11 Taxas de atraso no crescimento e emaciação em países frágeis e não frágeis 108

Figura 8.12 Número de pessoas desalojadas por guerras 109

TABELAS

Tabela 1.1 O estabelecimento de um compromisso mundial com a nutrição 4

Tabela 1.2 Estratégias-chave e políticas públicas sobre segurança alimentar e nutricional no Brasil 10

Tabela 2.1 O estado mundial da má nutrição 16

Tabela 2.2 Comparação entre o progresso mundial e os objetivos de nutrição mundiais 16

Tabela 3.1 Número de países com metas para a obesidade em adultos, diabetes em adultos e redução de sal, por região da OMS 27

Tabela 4.1 Compromissos financeiros dos doadores na N4G e relatórios sobre esses compromissos 37

Tabela 4.2 Quatro exemplos de compromissos SMART de dupla função, tanto para combater a subnutrição quanto a obesidade/as doenças não transmissíveis relacionadas com a nutrição 41

Tabela 5.1 Cobertura das intervenções e práticas destinadas a abordar a má nutrição materna e da criança 54

Tabela 6.1 Limites para motores subjacentes correspondentes a uma previsão de taxa de atraso no crescimento inferior a 15% 65

Tabela 6.2 Quantidade de países por quantidade de vulnerabilidades 66

Tabela 6.3 Algumas das mudanças que podem ser feitas nos sistemas alimentares a fim de alcançar as metas de dieta 67

Tabela 6.4 Como distinguir um programa de água, saneamento e higiene (ASH) sensível à nutrição de um programa ASH convencional 71

Tabela 7.1 Desembolsos para a nutrição descritos nos Relatórios sobre a Nutrição Mundial de 2014-2016, 13 doadores 89

MATERIAIS COMPLEMENTARES ON-LINE

Os seguintes materiais de apoio estão disponíveis em www.globalnutritionreport.org:

PERFIS DE NUTRIÇÃO

Os atuais perfis de nutrição, mencionados aqui e disponíveis on-line, são de dados confrontados em 2015. Os perfis voltarão a ser atualizados em 2017.

Perfil de nutrição mundial (dados disponíveis para 82 indicadores em escala global)

Perfis de nutrição regionais (dados disponíveis para 82 indicadores em cada uma das seis regiões das Nações Unidas)

Perfis de nutrição sub-regionais (dados disponíveis para 82 indicadores em cada uma das 21 sub-regiões das Nações Unidas)

Perfis de nutrição nacionais (dados disponíveis para 82 indicadores em cada um dos 193 estados-membros das Nações Unidas)

CONJUNTOS DE DADOS

Todos os dados usados no *Relatório sobre a Nutrição Mundial* e nos Perfis de Nutrição

PLATAFORMA DE VISUALIZAÇÃO DE DADOS

TABELAS DE ACOMPANHAMENTO DA NUTRIÇÃO PARA O CRESCIMENTO

Progresso dos países: tabela de acompanhamento da Nutrição para o Crescimento

Progresso das empresas: tabela de acompanhamento da Nutrição para o Crescimento

Progresso das organizações da sociedade civil: tabela de acompanhamento da Nutrição para o Crescimento

Progresso não financeiro dos doadores: tabela de acompanhamento da Nutrição para o Crescimento

Progresso de outras organizações: tabela de acompanhamento da Nutrição para o Crescimento

Progresso da ONU: tabela de acompanhamento da Nutrição para o Crescimento

APÊNDICES TÉCNICOS

Apêndice 7 Detalhes sobre a avaliação do progresso dos compromissos de 2013 da Nutrição para o Crescimento (on-line)

Apêndice 8 Indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados com todas as formas de má nutrição (on-line)

AGRADECIMENTOS

A dimensão das contribuições a este terceiro *Relatório sobre a Nutrição Mundial* anual é prova do ímpeto contínuo da comunidade de nutrição — não restrito a ela, porém — para priorizar o fim de todas as formas de má nutrição. Copresidido por Lawrence Haddad, Corinna Hawkes e Emorn Udomkesmalee, o Grupo de Especialistas Independentes do Relatório é composto por 22 pesquisadores e profissionais proeminentes que trabalham em todo o planeta, abrangendo todo o espectro da má nutrição. Planejar, analisar, escrever e revisar o conteúdo do Relatório é um processo complexo e vertiginosamente repetitivo. Ele, porém, não é somente produto de nosso trabalho; uma infinidade de pessoas e instituições ajudaram a tornar possível o *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2016*.

Gostaríamos de agradecer aos autores principais, Lawrence Haddad e Corinna Hawkes, por dirigirem o Relatório deste ano. Eles receberam o apoio da equipe de análise de dados formada por Komal Bhatia, Kamilla Eriksen e Natasha Ledlie, assim como da gerente de coordenação Tara Shyam, da chefe de comunicações Josephine Lofthouse e da coordenadora de operações Catherine Gee.

Somos gratos aos colegas do Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares (IFPRI): Shenggen Fan, diretor-geral, e Marie Ruel, diretora da Divisão de Pobreza, Saúde e Nutrição. Também valorizamos o apoio recebido da Divisão de Comunicações e Gestão do Conhecimento do IFPRI, da diretora Katrin Park e sua equipe: Heidi Fritschel, Luz Marina Alvaré, Julia Vivalo, David Popham, Mulugeta Bayeh, Melanie Allen, Mandy Rodrigues, Marcia MacNeil, Nilam Prasai, Ghada Shields e Joan Stephens. Também agradecemos a James Fields e a Lynette Aspillera por seu apoio administrativo e financeiro.

Inúmeras pessoas enriqueceram o Relatório com contribuições aos painéis e seções dos capítulos. Elas se encontram identificadas na página de direitos autorais. Além disso, somos gratos às seguintes pessoas, que nos ajudaram com conhecimento especializado, métodos e acesso a dados: Julia Krasevec (UNICEF), por fornecer dados atualizados para diversos indicadores de cobertura; Monika Blossner e Elaine Borghi (OMS), por fornecerem dados atualizados sobre as metas da AMS e informações sobre as ferramentas da OMS para auxiliar na criação das metas nacionais; Krista Zillmer (Universidade Tufts), Paula Veliz (Pontifícia Universidade Católica do Equador), Dana Hawwash (Universidade de Ghent), Veronika Polozkova (independente), Line Vogt (independente), Fanny Buckinx (OMS) e Yuriko Terada (OMS), pelos dados dos documentos sobre políticas e a extração de informações; Monica Kothari (PATH), pela ajuda com os dados nacionais e desagregados da DHS; José Luis Alvarez (Rede de Monitoramento da Cobertura e Ação Contra a Fome), por proporcionar acesso aos dados e às análises da cobertura SAM; Clara Picanyol e Robert Greener (Oxford Policy Management), William Knetchel (secretaria-geral do SUN) e os membros do grupo consultivo para o exercício de "Harmonização Global dos Métodos de Monitoramento dos Orçamentos e Gastos em Nutrição" (SPRING, Results for Development, secretaria-geral do SUN e MQSUN), pela análise da designação dos orçamentos nacionais destinados à nutrição; Simone Bosch e Bryony Sinclair (WCRF Internacional) e Alena Matzke (NCD Alliance), por sua análise dos compromissos SMART "de dupla função"; Janine Giuberti Coutinho, Arnoldo de Campos e Patrícia Chaves Gentil (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Governo do Brasil), pelas informações para os dois painéis sobre o Brasil; Matt Gould e Shelley Thakral (CIFF), Manaan Mumma e Corinne Woods (Programa Mundial de Alimentos), Kedar Mankand (ONE), Nora Coghlan (Fundação Bill & Melinda Gates), Alessandro Demaio (NCDFREE e OMS), Rebecca Distler, Christy Feig, Andrea Vogt e Christopher Adasiewicz (Global Health Strategies), pelos conselhos sobre as comunicações e a aparência do Relatório.

A versão preliminar do Relatório deste ano foi revisada por muitas pessoas. Primeiramente, agradecemos à equipe do periódico American Journal of Clinical Nutrition, por oferecer a avaliação anônima externa (o editor Dennis M. Bier, assim como D'Ann Finley, Kisna Quimby e Charlotte Phillips) e aos quatro avaliadores externos por seus inestimáveis comentários. Também agradecemos às seguintes pessoas por seus detalhados comentários por escrito sobre as versões iniciais do Relatório: Augustin Flory (CIFF); Michael Kalmus Eliasz, Lucy Gordon e colegas (DFID); Shawn Baker e Nora Coghlan (BMGF); Marie Rumsby (Save the Children Reino Unido); Joanna Francis (Concern Worldwide); Katie Dain (NCD Alliance); Julia Krasevec (UNICEF); Chiziru Nishida, Monika Blossner, Elaine Borghi, Kaia Engesveen e Temo Waqanivalu (OMS); Kathleen Beckmann (Ministério Federal para a Cooperação Econômica e o Desenvolvimento da Alemanha); Tanja Cohrs (GIZ); Clara Picanyol (Oxford Policy Management); Eiji Hinoshita (Ministério de Relações Exteriores do Japão); Manaan Mumma (Programa Mundial de Alimentos); e Alessandro Demaio (NCDFREE e OMS).

O GEI é grato ao Grupo das Partes Interessadas, que oferece orientação estratégica e ajuda na divulgação do Relatório. Agradecemos aos copresidentes Augustin Flory (CIFF) e Ferew Lemma (Ministério da Saúde da Etiópia), assim como a Abdoulaye Ka (Cellule de la Lutte contre la Malnutrition, do Senegal), Anna Lartey (Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura), Chris Osa Isokpunwu (Ponto Focal do SUN na Nigéria), David Nabarro (gabinete do secretário-geral da ONU), Edith Mkawa (gabinete do presidente do Malaui; Ponto Focal do SUN), Francesco Branca (OMS); Milton Rondo Filho (Ministério das Relações Exteriores do Brasil), Jane Edmondson (Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido), Jean-Pierre Halkin (Comissão Europeia; Rede de Doadores do SUN), Jésus Búlux (Secretaria de Segurança Alimentar e Nutricional da Guatemala), Jo-Ann Purcell (Governo do Canadá; Rede de Doadores do SUN), John Cordaro (Mars; Rede de Empresas do SUN), Kate Houston (Cargill; Rede de Empresas do SUN), Lucero Rodríguez Cabrera (Ministério da Saúde do México), Lucy Sullivan (1,000 Days; Rede da Sociedade Civil do SUN), Marc Van Ameringen (Aliança Global para Melhor Nutrição;

Rede de Empresas do SUN), Martin Bloem (Programa Mundial de Alimentos), Muhammad Aslam Shaheen (Comissão de Planejamento do Paquistão), Nina Sardjunani (Ministério de Planejamento do Desenvolvimento Nacional da Indonésia), Shawn Baker (Fundação Bill & Melinda Gates; Rede de Doadores do SUN), Tom Arnold (Instituto de Assuntos Europeus e Internacionais; coordenador interino do SUN) e Werner Schultink (UNICEF).

Por último, gostaríamos de expressar nosso agradecimento às organizações que fornecem recursos financeiros para o *Relatório sobre a Nutrição Mundial*: a Fundação Bill & Melinda Gates, o Programa de Pesquisa em Agricultura para a Nutrição e a Saúde do CGIAR, a Fundação Children's Investment Fund, a Comissão Europeia, o Ministério Federal para a Cooperação Econômica e o Desenvolvimento da Alemanha, o governo do Canadá, o governo da Holanda, a Irish Aid, a Agência para o Desenvolvimento Internacional dos EUA, o Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido e a 1,000 Days.

ABREVIATURAS

AAH	ajuda alimentar humanitária
ADS	ajuda dos doadores à saúde
AIDPI	atenção integrada às doenças prevalentes na infância
AMS	Assembleia Mundial da Saúde
APD	juda pública ao desenvolvimento
ASH	água, saneamento e higiene
ASPMSA	*Afar Salt Producers Mutual Support Association* (Associação de Apoio Mútuo dos Produtores de Sal de Afar)
ATNF	*Access to Nutrition Foundation* (Fundação para o Acesso à Nutrição)
ATNI	*Access to Nutrition Index* (Índice de Acesso à Nutrição)
BM	Banco Mundial
BMGF	*Bill & Melinda Gates Foundation* (Fundação Bill & Melinda Gates)
BPN	baixo peso ao nascer
CBGA	*Centre for Budget & Governance Accountability* (Centro para a Prestação de Contas no Orçamento e na Governança)
CES	Conselho Econômico e Social das Nações Unidas
CIFF	*Children's Investment Fund Foundation* (Fundação do Fundo de Investimento para Crianças)
CPOS	cuidado pós-natal
CPRE	cuidado pré-natal
DAG	desnutrição aguda grave
DAM	desnutrição aguda moderada
DHS	*Demographic and Health Survey* (Pesquisa de Demografia e Saúde)
DNT	doenças não transmissíveis
DSI	Dia da Saúde Infantil
ECCA	ensaio clínico controlado aleatório
EDUCAN	Programa para as Crianças Vulneráveis da América Latina
EIF	*Enhanced Integrated Framework* (Quadro Integrado Reforçado)
eLENA	*e-Library of Evidence for Nutrition Actions* (Biblioteca Eletrônica de Evidências para as Ações de Nutrição)
EVIPNet	*Evidence-Informed Policy Network* (Rede para as Políticas Baseadas em Evidências)
FAO	*Food and Agriculture Organization of the United Nations* (Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura)
GINA	*Global database on the Implementation of Nutrition Action* (Banco de Dados Global de Ações de Implementação de Nutrição)
GNR	*Relatório sobre a Nutrição Mundial*
HCC	*Healthy Caribbean Coalition* (Coalizão Caribe Saudável)
HKI	Helen Keller International
IBFAN	*International Baby Food Action Network* (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar)
ICN2	*Second International Conference on Nutrition* (Segunda Conferência Internacional sobre Nutrição)
IFAD	*International Fund for Agricultural Development* (Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola)
IFPRI	*International Food Policy Research Institute* (Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares)
IHAB	Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês
IHME	*Institute for Health Metrics and Evaluation* (Instituto de Métrica e Avaliação da Saúde)

IMC	índice de massa corporal
IPCC	*Intergovernmental Panel on Climate Change* (Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas)
JCME	*Joint Child Malnutrition Estimates* (Estimativas Conjuntas sobre a Má Nutrição Infantil)
LIST	*Lives Saved Tool* (Ferramenta de Vidas Salvas)
MICS	*Multiple Indicator Cluster Survey* (Pesquisa de Grupos de Indicadores Múltiplos)
N4G	*Nutrition for Growth* (Nutrição para o Crescimento)
NDHP	*Notre Dame Haiti Program* (Programa da Universidade de Notre Dame para o Haiti)
NFHS	*National Family Health Survey* (Pesquisa Nacional de Saúde Familiar)
NLIS	*Nutrition Landscape Information System* (Sistema de Informação sobre o Panorama da Nutrição)
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPM	Oxford Policy Management (Oxford Gestão de Políticas)
OSC	organização da sociedade civil
PAEPL	programas de alimentação escolar com produtos locais
PDS	*Public Distribution System* (Sistema Público de Distribuição)
PIB	Produto Interno Bruto
PIN	plano de investimento nacional
QA	Quadro de Ação
R4D	*Results for Development Institute* (Instituto Resultados para o Desenvolvimento)
RSOC	*Rapid Survey on Children* (Pesquisa Rápida sobre as Crianças)
SESAN	Secretaria de Segurança Alimentar e Nutrição
SMART	*specific, measurable, achievable, relevant, and time bound* (específico, mensurável, atingível, relevante e com prazo definido)
SNPC	Sistema de Notificação de Países Credores
SPEED	*Statistics of Public Expenditure for Economic Development* (Estatísticas sobre o Gasto Público com o Desenvolvimento Econômico)
SUN	*Scaling up Nutrition* (Ampliação da Nutrição)
TRAM	taxa de redução anual média
UNICEF	*United Nations Children's Emergency Fund* (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
WCRF	*World Cancer Research Fund International* (Fundo Mundial de Pesquisa contra o Câncer)
ZAI	Escore Z de altura para idade

SUMÁRIO EXECUTIVO

Poucos desafios enfrentados hoje pela comunidade global se comparam, em escala, à má nutrição, distúrbio que afeta diretamente uma em cada três pessoas. A má nutrição se manifesta de muitas formas diferentes: no crescimento e no desenvolvimento infantis insatisfatórios; em pessoas que são apenas pele e osso ou estão propensas a contrair infecções; em quem tem excesso de peso ou corre risco de contrair doenças crônicas por consumir açúcar, sal ou gordura demais; ou naqueles que apresentam deficiência de vitaminas ou minerais importantes. A má nutrição e a alimentação são, de longe, os maiores fatores de risco para o ônus mundial de morbidade: todos os países enfrentam um sério desafio para a saúde pública em decorrência da má nutrição. As consequências financeiras representam prejuízos de 11% do Produto Interno Bruto (PIB) a cada ano na África e na Ásia, enquanto a prevenção da má nutrição dá um retorno sobre investimento de US$ 16 para cada dólar gasto. Os países de todo o mundo concordaram em atingir certas metas de nutrição, mas, apesar de ter havido algum progresso nos últimos anos, o planeta não está ainda em vias de alcançar essas metas. Este terceiro levantamento sobre a situação da nutrição mundial indica caminhos para reverter essa tendência e pôr fim a todas as formas de má nutrição até 2030.

Durante a última década, o ímpeto em relação à nutrição foi crescendo de forma constante: Em 2012, a Assembleia Mundial da Saúde adotou as Metas Globais de 2025 para a Nutrição Materna, de Bebês e Crianças Pequenas. No ano seguinte, o organismo adotou metas para as doenças não transmissíveis (DNTs), incluindo as relacionadas com a nutrição. Ainda em 2013, na primeira Cúpula da Nutrição para o Crescimento (N4G), os doadores consignaram US$ 23 bilhões para ações para melhorar a nutrição. Com a Segunda Conferência Internacional sobre Nutrição (ICN2), em 2014, e com a recente indicação do período entre 2016 e 2025 como a Década de Ação pela Nutrição das Nações Unidas, cada vez mais pessoas começaram a reconhecer a importância de enfrentar todas as formas de má nutrição. Em 2015, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU consagraram o objetivo de "acabar com todas as formas de má nutrição", desafiando o mundo a pensar e agir de forma diferente a respeito da nutrição, concentrando-se em todas as suas facetas e trabalhando para pôr fim a ela até 2030, para todas as pessoas.

Agora, 2016 traz grandes oportunidades para transformar esse compromisso em ação. Entre essas oportunidades, estão a adoção por cada país de metas nacionais relacionadas com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, o atual processo da Nutrição para o Crescimento e a crescente liderança do Japão no âmbito da nutrição, antes dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos de Tóquio, em 2020.

O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* é o único estudo anual independente e abrangente sobre a situação da nutrição global. É uma iniciativa de diversos parceiros que visa refletir nossos sucessos e fracassos na tentativa de cumprir as metas intergovernamentais para a nutrição.[1] Documenta o progresso dos compromissos assumidos no cenário global e recomenda ações para acelerá-lo. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* tem como objetivo servir de referência, oferecendo exemplos de mudanças e identificando oportunidades de ação. O relatório deste ano se concentra no processo de assumir e medir compromissos SMART com a nutrição e de identificar o que será preciso fazer para acabar com todas as formas de má nutrição até 2030.

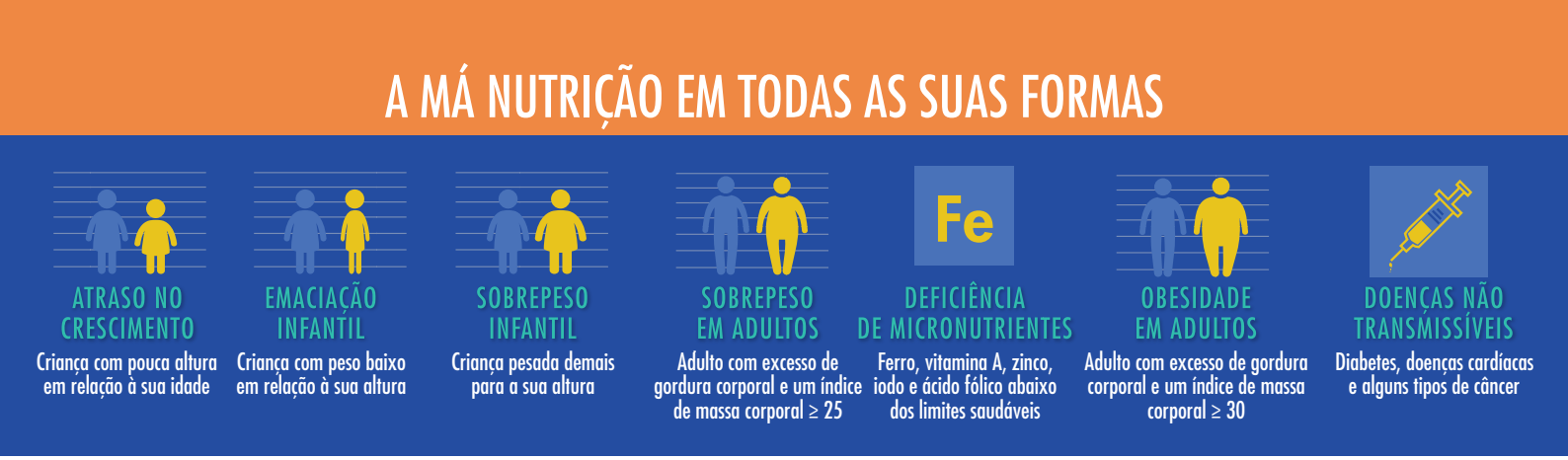
PRINCIPAIS CONCLUSÕES

1 A má nutrição gera um efeito dominó de desafios — e oportunidades — individuais e sociais

A má nutrição e uma alimentação deficiente são o fator número um de aumento do ônus mundial de morbidade. Já sabemos que os prejuízos anuais no PIB com o baixo peso, o crescimento infantil insuficiente e as deficiências de micronutrientes são, em média, de 11% na Ásia e na África — mais do que o prejuízo sofrido durante a crise financeira entre 2008 e 2010. Este relatório apresenta novos dados sobre o custo da má nutrição, tanto para a sociedade quanto para os indivíduos. Nos Estados Unidos, por exemplo, quando uma pessoa é obesa na família, toda ela se defronta com gastos anuais extras com assistência médica equivalentes a 8% de sua renda anual. Na China, um diagnóstico de diabetes representa, para quem sofre da doença, uma perda de 16,3% da renda anual. Todas essas cifras significam que a carga da má nutrição recai fortemente sobre todos nós, mesmo que não a soframos diretamente. Mas esses custos também representam grandes oportunidades para o avanço econômico e humano, e este relatório oferece muitos exemplos de países que aproveitaram essas oportunidades para melhorar as vidas de seus cidadãos e a saúde de suas sociedades ao enfrentarem a má nutrição.

2 O mundo não está em vias de alcançar as metas globais, mas há esperança

Se continuarmos fazendo o mesmo de sempre, o mundo não cumprirá as metas globais para a nutrição e para as DNTs adotadas pela Assembleia Mundial da Saúde. Entretanto, essa avaliação oculta variações significativas e algumas surpresas: muitos países estão no rumo certo para atingir as metas relacionadas com o atraso no crescimento, a emaciação, o sobrepeso em crianças menores de cinco anos e o aleitamento materno exclusivo. Quase todos os países, porém, deixarão de cumprir as metas em relação à anemia entre as mulheres, o sobrepeso em adultos, o diabetes e a obesidade. Cres-



centes em todas as regiões e em quase todos os países, a obesidade e o sobrepeso são hoje um desafio global alarmante. O número de crianças menores de cinco anos com sobrepeso está próximo ao daquelas que sofrem de emaciação. No entanto, esta informação também oculta variações regionais: o número de crianças menores de cinco anos com atraso no crescimento está diminuindo em todas as regiões, exceto na África e na Oceania; e o número de crianças menores de cinco anos com sobrepeso cresce mais rapidamente na Ásia. Escondido entre esses dados um tanto negativos, porém, está um motivo para esperança: mudanças modestas poderiam fazer com que muitos países passassem a estar no rumo certo para atingir as metas globais. Este relatório descreve em linhas gerais onde estão essas oportunidades.

3 A nutrição é fundamental para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Ao menos 12 dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável contêm indicadores altamente importantes para a nutrição, o que reflete o papel de destaque dela no desenvolvimento sustentável. Uma nutrição melhor é a base do progresso da saúde, da educação, do emprego, da participação feminina e da redução da pobreza e da desigualdade. Por sua vez, a pobreza e a desigualdade, a água, o saneamento básico e a higiene, a educação, os sistemas alimentares, as mudanças climáticas, a assistência social e a agricultura têm um impacto importante nos resultados de nutrição. O relatório mostra que o poder e a condição social das mulheres constituem um importante fator de aumento da má nutrição: mães com 18 anos ou menos são mais propensas a ter crianças com atraso no crescimento; por outro lado, as crianças são menos propensas a sofrer atraso no crescimento se suas mães cursaram o ensino médio. Portanto, é importante incorporar metas de nutrição às áreas social e de desenvolvimento, nas quais muitos governos gastam mais de 30% de seus orçamentos, e medir os impactos dos gastos nessas áreas sobre a nutrição individual.

4 Os compromissos atuais não são compatíveis com a necessidade

Dada a dimensão do problema da má nutrição, os gastos atuais dirigidos a superá-la são muito reduzidos. A análise mostra que os governos de 24 países de baixa e média rendas destinam apenas 2,1% de seus orçamentos à redução da subnutrição, enquanto gastam ao todo mais de 30% em agricultura, educação, saúde e assistência social. A destinação de recursos dos doadores a intervenções específicas em nutrição está estagnada em US$ 1 bilhão, embora acreditemos que a destinação de recursos para a nutrição por meio de outros setores sociais e de desenvolvimento esteja crescendo. Os gastos com as DNTs relacionadas com a nutrição também parecem reduzidos. Atualmente, não sabemos quanto os governos destinam ao combate das DNTs relacionadas com a nutrição. Em 2014, os doadores gastaram US$ 611 milhões em todos os tipos de DNTs — menos de 2% de seus gastos totais com saúde. E, apesar do fato de que as DNTs relacionadas com a nutrição representam quase a metade das mortes e da invalidez em países de baixa e média renda, novos dados apresentados neste relatório mostram que os doadores gastaram apenas US$ 50 milhões nesses tipos de DNT em 2014.

5 Os compromissos e as metas SMART são importantes

O relatório mostra que doadores e governos que priorizaram a nutrição em seus documentos de estabelecimento de diretrizes gastaram mais em nutrição. As empresas cujo comprometimento com a nutrição é mais firme têm mais condições de fornecer produtos e realizar um processo de comercialização e etiquetagem que apoie a nutrição. Os países que estabelecem metas de subnutrição também reduzem o atraso no crescimento com mais rapidez. Apesar disso, a análise demonstra que a maioria dos planos para a nutrição não inclui o conjunto completo de metas para a nutrição materna, de bebês e crianças pequenas; e que, quando os países chegaram a estabelecê-las, apenas dois terços eram SMART. Além disso, somente 30% dos países têm metas para a obesidade, o diabetes e a redução do sal em seus planos nacionais para as DNTs. Para o N4G, nossa análise mostra que apenas 29% dos compromissos de 2013 são SMART e que a maioria deles não especificou com quais tipos de má nutrição queria lidar.

Specific (específico)
Measurable (mensurável)
Achievable (atingível)
Relevant (relevante)
Time bound (com prazo definido)

6 Temos que passar da conversa à ação

O relatório destaca a necessidade de fortalecer substancialmente a execução das políticas e dos programas. As políticas e os programas de base que promovem o aleitamento materno estão seriamente atrasados; somente 36% dos países põem em prática todos ou vários dos dispositivos do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. Nenhum país adotou uma abordagem abrangente em relação à regulamentação da comercialização de alimentos e bebidas não alcoólicas para as crianças. Dois terços dos países não fizeram nenhum progresso na aplicação de três recomendações básicas da OMS para a promoção de dietas saudáveis (reduzir o sal, reduzir as gorduras saturadas e trans, e adotar as recomendações da OMS a respeito do marketing que visa as crianças). Da mesma maneira, a ampliação dos programas voltados diretamente para a subnutrição vem sendo lenta e desigual. Os mecanismos de coordenação das ações intersetoriais são fundamentais para executá-las com êxito, mas, para fazer alguma diferença, eles precisam ser respaldados por um apoio de alto nível e por recursos humanos e financeiros.

7 Os dados e o conhecimento atuais não são suficientes para aproveitar ao máximo os investimentos

O relatório apoia o apelo por uma revolução nos dados sobre a nutrição. A escassez de dados nos impede de identificar e aprender com os avanços reais a nível global e nacional. Também oculta as desigualdades internas dos países, dificultando que os governos as conheçam e que outras partes envolvidas consigam cobrar responsabilidades dos governos. O relatório recomenda desagregar os dados para entender melhor onde existe má nutrição. Em uma análise de mais de 50 países, a taxa de atraso no crescimento na sub-região nacional com a maior taxa do distúrbio é três vezes maior do que a da sub-região nacional com a menor taxa. Em 13 países, a taxa de atraso no crescimento no quintil mais rico da sociedade supera os 20%, desmentindo a ideia de que uma renda alta equivale necessariamente a uma boa nutrição. Nós nos defrontamos com lacunas significativas de dados relacionados com os gastos com ações sensíveis à nutrição e com ações para combater a obesidade e as DNTs relacionadas com a nutrição; a cobertura e o impacto dos programas de combate a todas as formas de má nutrição; o estado de nutrição das 60 milhões de pessoas desalojadas por conflitos; e a prevalência e as tendências da má nutrição em nações frágeis. Por último, nos confrontamos com lacunas no conhecimento para entender os episódios de sucesso e de estagnação, e para compreender os motores subjacentes do aumento da obesidade e das DNTs.

CHAMADOS À AÇÃO

1 Fazer a escolha política de acabar com todas as formas de má nutrição

Não estamos em vias de alcançar as metas de nutrição. A anemia, por exemplo, está declinando tão lentamente que, no ritmo atual, cumpriremos a meta global mais perto de 2130 do que de 2030. E, longe de estarem diminuindo, a obesidade e o sobrepeso estão aumentando, o que põe os marcos da nutrição global em risco. Mas essa previsão pessimista pode mudar: reduções acentuadas da má nutrição no Brasil, no Peru, em Gana e no estado indiano de Maharashtra foram impulsionadas por governos e outras partes

interessadas que assumiram compromissos e os cumpriram. Acabar com a má nutrição é, em última análise, uma escolha política que líderes governamentais, doadores, organizações da sociedade civil e empresas a nível subnacional, nacional e internacional precisam fazer. Assumir compromissos SMART com a nutrição traçaria uma trajetória diferente de desenvolvimento para países e indivíduos de todo o mundo.

2 Investir mais e destinar melhor os recursos

Investir no fim da má nutrição é um dos passos mais eficazes em termos de custo que um governo pode dar. Cada US$ 1 investido em programas de nutrição comprovados dá um retorno no valor de US$ 16. Para alcançar os principais marcos globais de nutrição, governos e doadores precisarão triplicar seus compromissos com a nutrição ao longo da próxima década. Um rápido aumento nos gastos e as consequentes melhorias na nutrição são possíveis, como mostraram lugares como o estado indiano de Maharashtra ao combater a subnutrição. Ao mesmo tempo, governos, organizações da sociedade civil, doadores e empresas precisam empenhar-se mais para garantir que os orçamentos de vários setores — agricultura, educação, sistemas alimentares, sistemas de saúde, assistência social e água, saneamento básico e higiene — destinem mais recursos a acabar com todas as formas de má nutrição. Precisamos de mais recursos para obter capacitação no sentido de combater a obesidade, o diabetes e outras DNTs relacionadas com a nutrição. E precisamos começar a enxergar os investimentos em nutrição como uma maneira de incentivar o crescimento econômico, em vez de enxergar uma nutrição melhor como um resultado desse crescimento econômico.

3 Coletar os dados certos para aproveitar ao máximo os investimentos

As lacunas nos dados são um obstáculo significativo para o avanço da nutrição em todo o mundo. Cada país tem um contexto nutricional diferente e precisaria reunir os dados nacionais e subnacionais dos quais necessita para entender sua situação única e atuar sobre ela. Com os ODSs em mente, os governos, os doadores, as empresas e as organizações da sociedade civil deveriam controlar e divulgar regularmente seus gastos e seu impacto sobre todas as formas de má nutrição, incluindo o atraso no crescimento, a emaciação, a anemia, a obesidade e as DNTs, assim como sobre o aleitamento materno exclusivo.

4 Investir na aplicação de soluções comprovadas e baseadas em evidências, e na identificação de outras soluções

Hoje, temos experiência, dados e evidências suficientes para agir de forma decisiva para melhorar os resultados em nutrição. Exemplos do Brasil, de Gana, do Peru e de outros países, apresentados neste relatório, podem informar a linha de ação de cada país. Sabemos quais intervenções são mais eficazes para enfrentar a subnutrição. Sabemos quais políticas públicas têm boas possibilidades de funcionar para reduzir todas as formas de má nutrição. Aprendemos que é importante trabalhar com os cidadãos e a sociedade civil e criar mecanismos de governança intersetorial. Ao mesmo tempo, governos, financiadores e pesquisadores deveriam esforçar-se para preencher as lacunas de conhecimento que refreiam as ações. Por exemplo, nossa falta de conhecimento a respeito dos fatores que causam o aumento da emaciação, o aleitamento materno não exclusivo, a obesidade e o sobrepeso obstruem nossa capacidade de mobilizar recursos fora do setor da saúde para preveni-los. Saber mais a respeito de como alguns países conseguem superar as barreiras para a implantação de programas de nutrição e obter taxas mais altas de cobertura nesses programas, enquanto outros não conseguem fazer isso, ajudará a superar os gargalos. Identificar maneiras novas e mais baratas de usar os dados subnacionais existentes e coletar novos dados quando for necessário ajudará a assegurar que ninguém seja deixado para trás na era dos ODSs.

5 Combater todas as formas de má nutrição

Governos, empresas, organizações da sociedade civil e indivíduos precisam enfrentar todas as formas de má nutrição. Isso significa que os governos dos países de média e baixa renda devem agir para reduzir acentuadamente a subnutrição antes que a obesidade e as DNTs relacionadas com a nutrição se tornem ainda mais incontroláveis. Isso significa que esses países devem integrar a prevenção e o controle do diabetes e da obesidade nos seus planos para a nutrição, além de pôr em prática políticas e intervenções que possam combatê-las. Significa que os países da OCDE devem aprender com as experiências de outras partes do mundo para melhorar suas estratégias nacionais de combate à obesidade e às DNTs. Significa que os doadores devem ampliar seu foco para reconhecer a ameaça que as DNTs relacionadas com a nutrição e a obesidade representam para a nutrição global. Significa que todas as partes envolvidas precisam aumentar a eficácia de seus investimentos e políticas, identificando e pondo em prática "ações de dupla função" que enfrentem mais de uma forma de má nutrição ao mesmo tempo. E significa que todas as partes envolvidas precisam assumir o "novo padrão de normalidade" para lidar com todas as formas de má nutrição, no mesmo lugar e ao mesmo tempo, algo que representa um problema para quase metade dos países.

1 O NOVO DESAFIO: ERRADICAR TODAS AS FORMAS DE MÁ NUTRIÇÃO ATÉ 2030

"ERRADICAR TODAS AS FORMAS DE MÁ NUTRIÇÃO ATÉ 2030." ESSE FOI O DESAFIO QUE LÍDERES MUNDIAIS ESTABELECERAM PARA TODOS NÓS NO FINAL DE 2015, QUANDO ADOTARAM OS Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs).

É um desafio formidável. Todos os países estão enfrentando sérias dificuldades de saúde pública relacionadas com a má nutrição (2014). Uma em cada três pessoas está desnutrida de uma forma ou de outra (IFPRI, 2015a). A má nutrição se manifesta de várias formas: em crianças que não crescem e tampouco desenvolvem todo seu potencial, em pessoas que são só pele e osso ou estão predispostas a contrair uma infecção, ou ainda em indivíduos com sobrepeso ou cujo sangue contém açúcar, sal ou colesterol demais.

As consequências são literalmente devastadoras (Painel 1.1). Estima-se que 45% das mortes de crianças com menos de cinco anos estejam ligadas à má nutrição (Black et al., 2013). Atualmente, má nutrição e alimentação são, de longe, os principais fatores de risco responsáveis pelo ônus mundial de doenças (Forouzanfar et al., 2015). Todos os anos, as consequências econômicas dessa realidade representam perdas de 10% no Produto Interno Bruto (PIB), um volume muito maior do que a porcentagem anual de perda no PIB mundial causada pela crise financeira global de 2008/2010 (Horton e Steckel, 2013; IFPRI 2015a; World Economics, 2016). Nesse contexto, surgiram também novas estimativas dos custos relacionados com a obesidade e o diabetes. Nos Estados Unidos, por exemplo, um domicílio com uma pessoa obesa contabiliza, por ano, custos adicionais de saúde equivalentes a 8% da renda anual da residência (Su et al., 2015). Na China, as pessoas diagnosticadas com diabetes enfrentam uma perda anual de 16,3% da renda (Liu e Zhu, 2014).

Má nutrição é o resultado da combinação de uma alimentação de baixa qualidade com ambientes e comportamentos precários com relação à assistência médica e ao saneamento, parcialmente influenciados por uma infinidade de fatores subjacentes, tais como instabilidade política, desenvolvimento econômico insuficiente, conflitos, desigualdade e algumas dimensões da globalização.

PAINEL 1.1 A ESCALA DA MÁ NUTRIÇÃO EM 2016

Apesar de os números de pessoas afetadas por diferentes tipos de má nutrição não poderem ser simplesmente somados (pois uma pessoa pode sofrer de mais de um tipo de má nutrição), a proporção de casos de má nutrição é surpreendente.

DE UMA POPULAÇÃO MUNDIAL DE **SETE BILHÕES** DE HABITANTES

Cerca de **dois bilhões** de pessoas sofrem de deficiência de micronutrientes

Aproximadamente **800 milhões** de pessoas sofrem de deficiências calóricas

DOS **CINCO BILHÕES** DE ADULTOS NO MUNDO TODO

Aproximadamente **dois bilhões** têm sobrepeso ou estão obesos

Um em cada 12 tem diabetes tipo 2

DAS **667 MILHÕES** DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS NO MUNDO TODO

159 milhões com menos de cinco anos estão abaixo da altura correta (atraso no crescimento)

50 milhões não pesam o suficiente para a altura que têm (emaciação)

41 milhões estão com sobrepeso

DOS 129 PAÍSES QUE DISPÕEM DE DADOS, **57 PAÍSES**

têm níveis alarmantes tanto de subnutrição como de sobrepeso em adultos (incluindo obesidade)

Fontes: Deficiência de micronutrientes: OMS (2009); sobrepeso e obesidade: OMS (2016j); atraso no crescimento infantil, emaciação e sobrepeso: UNICEF, OMS e Banco Mundial (2015); deficiência calórica: FAO (2015b); diabetes: OMS (2016c). Vários ônus nutricionais: os limites que definem a posição dos países em cada indicador são descritos a seguir: atraso no crescimento em menores de cinco anos ≥ 20%, anemia em mulheres em idade reprodutiva ≥ 20% e sobrepeso e obesidade em adultos (IMC > da 25) ≥ 35%. Os resultados completos encontram-se no Apêndice, na Tabela A1.1.

PODEMOS ERRADICAR A MÁ NUTRIÇÃO ATÉ 2030?

Imagine o surgimento de uma nova doença que potencialmente ameace uma em cada três pessoas, atingindo indivíduos de todas as idades em todos os países. Imagine que o presidente do Banco Mundial compare tal enfermidade a "fomentar a desigualdade na cabeça de nossas crianças". Agora, imagine que, apesar do nosso vasto conhecimento sobre como prevenir e lidar com tal doença, diversos líderes de diferentes níveis façam vista grossa para o assunto. A maioria de nós ficaria indignada. Naturalmente, a doença em questão — a má nutrição — já está entre nós. O cenário que devemos evitar agora é uma resposta comedida.

O momento nunca foi tão propício para implementar uma mudança significativa no nível do compromisso das ações de alto impacto que melhoram o quadro da má nutrição. Reflitamos sobre a seguinte situação:

Primeiramente, os ODSs representam um conjunto sem precedentes de oportunidades para estabelecer compromissos relacionados com a nutrição. Estimamos que pelo menos 12 dos 17 ODSs contêm indicadores que identificam importantes contribuições relacionadas com a nutrição (Figura 1.1). As maiores quantidades de indicadores encontram-se na igualdade de gênero e nos objetivos de saúde. Avançar na direção desses dois objetivos é vital para melhorar o nível de nutrição das pessoas. Se a comunidade da nutrição puder ajudar os parceiros do desenvolvimento nesses e

em outros setores a impulsionar mais rapidamente tais indicadores, todos sairão ganhando no campo da nutrição.

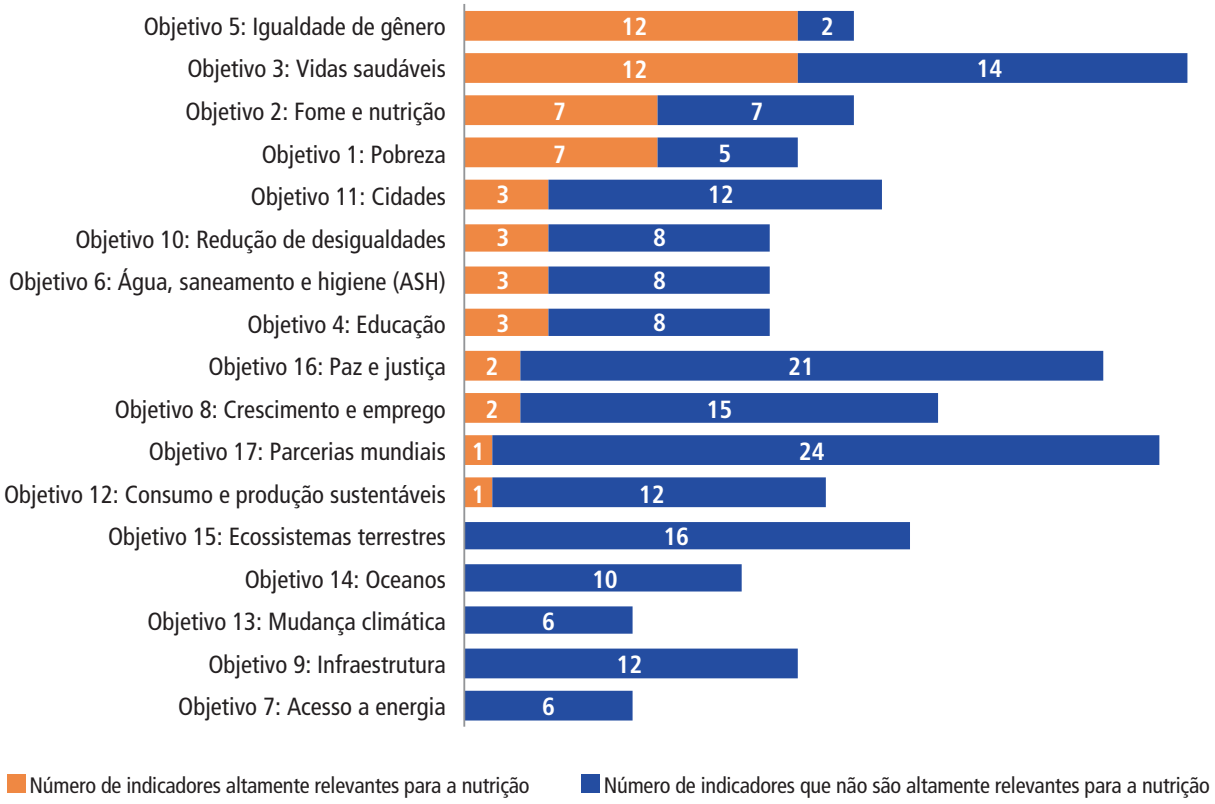
Em segundo lugar, os argumentos econômicos para investir em nutrição estão sendo adotados pelos economistas como vantajosos. Por exemplo, desde o ano passado, o presidente do Banco Africano de Desenvolvimento, uma organização conhecida por financiar estradas, portos e pontes, vem pedindo uma revolução nos investimentos em "infraestrutura intelectual". Em outras palavras, investimento na prevenção da má nutrição nos primeiros anos de vida (Painel Global sobre Agricultura e Sistemas Alimentares para a Nutrição, 2016). Além disso, o Ministério da Fazenda da Índia, em seu Estudo Econômico de 2015/16, dedica um capítulo inteiro à má nutrição, iniciando com a seguinte declaração: "Imagine que o governo fosse um investidor tentando maximizar o crescimento da Índia a longo prazo. Dadas as limitações fiscais e de capacidade, onde ele iria investir? Este capítulo mostra que programas de maternidade, saúde e nutrição nos primeiros anos de vida, de custo relativamente baixo, oferecem retornos muito altos sobre os investimentos" (Índia, Ministério da Fazenda, 2016).

Em terceiro lugar, é genuína a esperança de que a Índia, vista durante muito tempo como sinônimo do problema da má nutrição, possa exercer papel central na solução. Nos últimos dez anos, o país quase duplicou a taxa de redução do atraso no crescimento, em comparação com a década passada (IFPRI, 2015a). Esse fato é bastante significativo, visto que a Índia abriga mais de um terço das crianças com atraso no crescimento do mundo. O despertar da Índia para todas as formas de má nutrição poderia ser um divisor de águas no panorama mundial do alcance dos ODSs, assim como a China o foi para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Como todos os outros países, entretanto, a Índia deve prestar atenção à sua taxa de crescimento de sobrepeso e, sobretudo, aos altos índices de diabetes.

Em quarto lugar, conforme os documentos do *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*, os formuladores de políticas, tanto da comunidade da nutrição como fora dela, estão começando a perceber que o fim da má nutrição depende de outros imperativos do desenvolvimento, tais como a redução das mudanças climáticas, a viabilidade de tornar os sistemas alimentares mais saudáveis e sustentáveis, e o auxílio prestado a empresas para que elas deem mais apoio ao desenvolvimento sustentável.

Finalmente, nesse momento, os ânimos estão favoráveis à nutrição. Conforme a Tabela 1.1 mostra, os últimos anos têm testemunhado um número sem precedentes de declarações e compromissos mundiais correlacionados relativos à nutrição. São ações voluntárias, mas que, em conjunto, vêm se fortalecendo e oferecem uma plataforma firme sobre a qual se podem edificar o comprometimento político e a responsabilização. A Década de Ação pela Nutrição, adotada pela Assembleia Geral das Nações

FIGURA 1.1 Número de indicadores em cada ODS que são altamente relevantes para a nutrição



Fonte: autores.

Unidas em 2016, reforça o compromisso dos países de alcançarem até 2025 as metas mundiais de nutrição adotadas pelos estados-membros da Organização Mundial da Saúde (as metas se encontram na Tabela 2.2). Os ODSs nos deram um escopo ainda mais amplo e cinco anos adicionais para combatermos as diferentes formas de má nutrição, potencialmente eliminando algumas delas. O nível de ambição das metas de nutrição dos ODSs para 2030 ainda está por ser definido, e a Organização Mundial da Saúde (OMS) recebeu pedidos para realizar discussões sobre esse assunto.

A Cúpula Nutrição para o Crescimento (N4G) de 2016 no Rio de Janeiro proporciona a próxima oportunidade para os países se reunirem e discutirem compromissos. Todas as partes interessadas na nutrição precisam agarrar com unhas e dentes essa oportunidade e se engajar no processo de desenvolvimento de compromissos SMART (isto é, específicos, mensuráveis, atingíveis, relevantes e com prazos definidos) para erradicar todas as formas de má nutrição.

Embora este seja um ótimo momento para uma mudança significativa no compromisso que temos com a nutrição, precisamos ter cuidado com os desafios externos. Estes incluem uma potencial desaceleração no crescimento econômico mundial, o aumento do número de pessoas deslocadas por causa de conflitos e uma pressão para a redução dos fundos de assistência. Ao reconhecermos as dificuldades que podem surgir de dentro da comunidade da nutrição, devemos, porém, evitar a complacência, uma incapacidade de trabalharmos juntos e a falta de resultados.

Podemos conter a má nutrição até 2030? Para o problema da desnutrição, é possível atingir o sucesso. Para o sobrepeso, a obesidade e as doenças não transmissíveis relacionadas com a nutrição (DNTs), é possível deter seu crescimento e iniciar uma reversão. Na prática, entretanto, alcançaremos a meta dos ODSs de erradicar a má nutrição somente se aqueles com poder para fazer alguma diferença exercerem tal prerrogativa. Cada um de nós que estamos lendo o presente relatório tem o poder de transformar destinos. Precisamos tornar as coisas mais fáceis para que os formuladores de políticas tomem as decisões certas e, ao mesmo tempo, seja mais difícil para eles fazer o que não devem. É isso que o *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2016* almeja alcançar. Podemos atingir esse objetivo até 2030, mas apenas se optarmos por fazê-lo.

O QUE PRECISA ACONTECER PARA ERRADICAR A MÁ NUTRIÇÃO

A calamidade mundial da má nutrição não é inevitável. Ela é o resultado das escolhas que fazemos ou das que deixamos de fazer.

FAZER AS ESCOLHAS POLÍTICAS CERTAS

Isso fica bem claro quando comparamos as diferentes escolhas nutricionais feitas por países que, sob outros aspectos, são semelhantes. Como já sublinhamos antes no *Relatório sobre a Nutrição Mundial* de anos anteriores, os governos e a sociedade civil no Brasil, no Peru, no Vietnã, no Quênia, em Gana e no estado indiano de Maharashtra têm buscado, por meio de esforços constantes e determinados, melhorar os resultados de nutrição. E seus esforços compensaram.

Esses países fizeram escolhas políticas de alocar recursos escassos para a nutrição. Como ficou provado nos *Relatórios sobre a Nutrição Mundial* de 2014 e 2015, grupos da sociedade civil desses lugares contribuíram para a mudança, ajudando a articular o sofrimento e o desperdício do potencial humano resultante da má

TABELA 1.1 O estabelecimento de um compromisso mundial com a nutrição

Ano	Compromisso mundial com a nutrição
2011	As Nações Unidas divulgam uma declaração política sobre doenças não transmissíveis (DNTs) como resultado de uma Reunião de Alto Nível sobre a Prevenção e o Controle das DNTs.
2012	Na Assembleia Mundial da Saúde, os governos nacionais adotam uma série de metas de nutrição como parte do Plano de Implementação Integral em Nutrição Materna, de Bebês e Crianças Pequenas.
2013	Os governos do Reino Unido e do Brasil, juntamente com a Fundação Children's Investment Fund (CIFF), organizam uma cúpula destinada a aumentar o comprometimento com ações que visem alcançar as Metas Mundiais para a Nutrição Materna, de Bebês e Crianças Pequenas. Na Assembleia Mundial da Saúde, governos nacionais adotam uma série de metas para a prevenção e controle de DNTs, incluindo metas de nutrição.
2014	As Nações Unidas organizam uma reunião de acompanhamento da Reunião de Alto Nível sobre a Prevenção e o Controle de DNTs de 2011, para avaliar o progresso do tema. Os países se comprometem claramente a definirem, até 2015, metas nacionais para as DNTs e estabelecem indicadores de processo que levam em consideração as nove metas para reduzir as DNTs.
2014	Os governos se reúnem na Segunda Conferência Internacional sobre Nutrição (ICN2) da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura/ Organização Mundial da Saúde e concordam em estabelecer dez compromissos, na Declaração de Roma sobre Nutrição e no Quadro de Ação que a acompanha.
2015	Os países se reúnem na sede das Nações Unidas para adotar uma nova meta de nutrição que faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, no sentido de erradicar, até 2030, todas as formas de má nutrição.
2016	A Assembleia Geral das Nações Unidas declara uma Década de Ação pela Nutrição, de 2016 a 2025. A Década de Ação traduziria os compromissos da Segunda Conferência Internacional sobre Nutrição (ICN2) em ações e iniciativas coerentes e coordenadas por parte de todos os governos nacionais, tanto de países de alta renda quanto de baixa renda.
2016	Data proposta para a Cúpula Nutrição para o Crescimento (N4G) no Rio de Janeiro, Brasil
2016	A liderança do Japão em matéria de nutrição cresce antes da reunião do G7, em 2016, e no período que antecede as Olimpíadas e Paralimpíadas de Tóquio em 2020.

Fonte: autores.

nutrição. A articulação do descontentamento é o primeiro passo, mas é imperativo que ela seja acompanhada de um conjunto de soluções que as partes interessadas do país possam implementar, com a participação daqueles mais afetados.

O compromisso político para fazer algo a respeito da má nutrição cria espaço para dialogar sobre o que precisa acontecer. No entanto, as pessoas desnutridas necessitam de mais do que apenas conversa; precisam de ação. E não de qualquer ação; precisam de ações que, endossadas por evidências, reduzirão a má nutrição. Precisam de ações pelas quais os implementadores podem ser responsabilizados. Precisam de ações ambiciosas. Finalmente, precisam de ações alinhadas com os esforços de outras pessoas. A má nutrição é causada por um poderoso conjunto de fatores, de modo que requer um alinhamento ainda mais poderoso das partes interessadas, trabalhando em várias frentes, para superá-la.

Sabemos exatamente quais ações devem ser tomadas. As evidências são fortes. Cada vez mais sabemos como agir. Seja o problema o atraso no crescimento ou a anemia ou a obesidade, sabemos que temos que trabalhar em diversos níveis, em múltiplos setores. E embora precisemos de uma corrente contínua de novas evidências para causar ainda mais impactos e aproveitar os recursos existentes, além de justificar a obtenção de ainda mais recursos, a força das provas atuais é suficiente para permitir o progresso em várias frentes.

Para alcançar o ODS 2 ("Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e a melhoria da nutrição, bem como promover a agricultura sustentável") e os outros ODSs, devemos implementar políticas que tornem a alimentação, a saúde e a educação, assim como a água, o saneamento e a higiene (ASH), e os sistemas de redução da pobreza mais orientados para a nutrição. Precisamos de políticas que façam com que os ambientes alimentares, sociais, de saúde e de moradia levem a comportamentos que reduzirão a má nutrição em todas as suas formas. Conforme propusemos no *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*, precisamos de políticas de "dupla função" que abordem a subnutrição e, ao mesmo tempo, combatam a obesidade e as DNTs (doenças não transmissíveis) relacionadas com a nutrição. Temos que repensar essas políticas, financiá-las e implementá-las.

- A alimentação é atualmente o fator número um para o ônus de morbidade mundial. As escolhas alimentares disponíveis para nós são condicionadas por nossos sistemas alimentares, que não são suficientemente bem estruturados para permitirem o consumo de alimentos, saudáveis, nutritivos e de alta qualidade. Existem ideias plausíveis para fazer os sistemas alimentares se esforçarem mais para nos proporcionar uma nutrição adequada, reforçando, ao mesmo tempo, a sustentabilidade.
- Nossos sistemas de saúde são a fonte das principais intervenções nutricionais de maior impacto que abordam a subnutrição. Eles também podem desempenhar um papel fundamental na prevenção e no controle do sobrepeso e da obesidade. Contudo, os sistemas de saúde ainda estão longe de ser universais. Conforme os *Relatórios sobre a Nutrição Mundial* anteriores mostraram, as taxas de cobertura das intervenções nutricionais diferem bastante de país para país e de intervenção para intervenção.
- Os sistemas educacionais poderiam fazer muito mais para manter as meninas na escola com o objetivo de atrasar a idade em que dão à luz seu primeiro filho. As escolas também representam uma excelente oportunidade para redefinir normas sobre alimentação saudável e boas práticas nutricionais.
- Programas contra a pobreza, tais como os de instituições de assistência social, concentram intensos fluxos de recursos, em comparação com os de nutrição, mas o sucesso em combater a pobreza não se traduz necessariamente em sucesso na erradicação da má nutrição. Sabemos como reformular os programas contra a pobreza de maneira a lhes dar um maior foco na nutrição, o que, por sua vez, gerará maiores retornos econômicos ao longo da vida das pessoas.
- Um melhor fornecimento de água e um saneamento mais eficiente ajudam a melhorar a nutrição, mas poderão certamente funcionar melhor nesse sentido se sua estrutura tiver como foco os bebês e as crianças pequenas.

Financiamento é, claro, essencial, para que tais ações sejam implementadas de maneira contínua e abrangente. Para isso é preciso intensificar o uso dos recursos existentes para melhorar a nutrição e buscar recursos extras, de governos, autoridades locais, comunidades, doadores externos, domicílios e empresas, para intensificar as intervenções que já estejam causando grande impacto. Isso significa que se devem incluir a obesidade e as DNTs resultantes da má nutrição na equação do financiamento, para que as intervenções nutricionais possam ter duplicados os seus resultados e para que as ações para aliviar o enorme ônus que as DNTs representam para a saúde pública recebam uma quota mais justa dos recursos financeiros.

REJEITAR AS PROVIDÊNCIAS ATUAIS

As providências atuais nos conduzirão à erradicação da má nutrição? Somente muitos anos depois de 2030. As providências atuais resultarão na manutenção desse flagelo no mundo todo, no esgotamento do potencial humano e na dilapidação do crescimento econômico. Qual é a base para essa previsão pessimista? Primeiramente, o sobrepeso, a obesidade e as DNTs relacionadas com a nutrição estão aumentando; esse crescimento precisa ser contido antes de começarmos a discutir quanto tempo levará para erradicá-las. Em segundo lugar, simples extrapolações baseadas nas providências atuais para combater a incidência de anemia em mulheres sugerem que somente em 2124 alcançaríamos uma taxa de incidência de 5%. Simples extrapolações baseadas nas providências atuais para combater os índices de atraso no crescimento sugerem que a meta mundial de 100 milhões, prevista para 2025, seria atingida somente em meados de 2030 e a de 50 milhões, apenas em meados da década de 2050[1]. Além disso, conforme mostramos no Capítulo 5, as velocidades de implementação das políticas e programas permanecem impressionantemente baixas. Pessoas desnutridas não podem esperar tanto tempo para seus direitos serem respeitados, protegidos e promovidos.

A governança mundial da nutrição, ou seja, as várias entidades que definem normas, que avaliam o que funciona na prática e atribuem responsabilidades para que recursos suficientes possam ser mobilizados para as atividades certas nos lugares corretos, deve ser

adequada para o seguinte propósito: nos proporcionar uma boa oportunidade de erradicarmos a má nutrição até 2030.[2]

ESTABELECER COMPROMISSOS QUE CONTEM

Ninguém deve subestimar o capital político que os formuladores de políticas devem gastar para redefinir políticas e ampliar intervenções, financiando essas duas ações. Nesse sentido, qualquer deslize na implementação representa desperdício de energia e diminui a esperança de que mudanças sejam possíveis.

O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* foi estabelecido na Cúpula Nutrição para o Crescimento de 2013 como um mecanismo de responsabilização independente, a fim de tornar mais difícil que as partes desistam dos compromissos com a nutrição. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* manteve essa função central, ao mesmo tempo em que reestruturou seu trabalho para que se vissem as coisas de um ponto de vista mais positivo. Por exemplo, o primeiro *Relatório sobre a Nutrição Mundial*, em 2014, teve como objetivo reunir diferentes vertentes do mundo da nutrição para que, juntas, elas tivessem mais poder e responsabilização. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015* teve como objetivo expandir o círculo dos compromissos para erradicar a má nutrição em todas as suas formas.

O presente *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2016* tem como objetivo tornar mais fácil que os governos e partes interessadas estabeleçam verdadeiros compromissos de alto impacto para erradicar a má nutrição em todas as suas formas. Ele oferece orientações para governos e outras partes interessadas sobre os seguintes pontos:

- *Por que* os compromissos são importantes: eles são um sinal da existência de intenções e acompanham uma melhoria do desempenho.
- *Onde* estabelecer compromissos: em quais locais e setores.
- *Para quem* os compromissos são feitos: quais grupos etários e de gênero, e quais grupos socioeconômicos.
- *Até que ponto* alguns dos nossos atuais compromissos são SMART (específicos, mensuráveis, atingíveis, relevantes e com prazos definidos), ambiciosos e alinhados; e como todos os nossos compromissos com a nutrição poderiam ser reforçados.
- *Quais* tipos de compromisso devem ser estabelecidos: com quais políticas e programas se comprometer, e quantos recursos para financiamento estão disponíveis e são necessários.
- *Quem* precisa fazer o quê e até quando.

No entanto, como podemos ter certeza de que o comprometimento é mesmo sério? Ele leva a ações que conduzem ao que realmente queremos: melhorias aceleradas no estado nutricional?

Qualitativamente, *Relatórios sobre a Nutrição Mundial* anteriores destacaram a importância do compromisso com a ação. Por exemplo, em 2014, percebemos a importância da Missão Nutricional do estado indiano de Maharashtra (uma declaração pública de intenções do ministro chefe de estado para reduzir a má nutrição), no sentido de permitir ações que conduziram ao rápido declínio das taxas de atraso no crescimento. Em 2015, descrevemos o compromisso do governo da Etiópia para reestruturar o maior programa de assistência social da África, tornando-o mais focado no tema nutrição. Neste relatório, destacamos os esforços dos líderes do Peru em todos os níveis para tornar a nutrição uma prioridade, monitorá-la com investimentos em dados e análises, e relacionar o desempenho com alocações orçamentárias. Observamos como líderes econômicos indianos estão reenquadrando os investimentos em nutrição como investimentos na sustentabilidade do crescimento econômico do país. O Brasil é um outro exemplo onde compromissos políticos que estão sendo consistentemente cumpridos têm sido seguidos por determinadas ações, conforme detalhamos na seção seguinte.

Quantitativamente, é praticamente impossível demonstrar a título definitivo que um maior compromisso gera uma redução mais rápida da má nutrição. É difícil medir comprometimento e depois identificar o que vem primeiro, o comprometimento ou o progresso. No entanto, faz sentido esperar que o comprometimento e o progresso andem de mãos dadas, um alimentando o outro. O painel 1.2 fornece três exemplos quantitativos que sugerem que comprometimento e ação trabalham juntos.

Erradicar a má nutrição até 2030 é mais do que um desafio técnico; é um desafio político. Muitas das soluções de programas e políticas técnicas para a redução da má nutrição em todas as suas formas são conhecidas. Entretanto, elas não estão sendo implementadas, seja por conta dos altos custos políticos para colocá-las em prática, seja pelos baixos custos de não o fazer, ou ambos. No presente momento, precisamos de uma mudança significativa de 15 anos no compromisso político com a era dos ODSs — um compromisso com a implementação de ações que reduzam mais rapidamente a má nutrição, garantam os recursos para tais ações, avaliem seus impactos e atendam às avaliações.

COMO INCENTIVAR O COMPROMETIMENTO POLÍTICO COM AS AÇÕES DE NUTRIÇÃO

O comprometimento político é importante. Seja o comprometimento voltado para elevar o status da nutrição na agenda política, ou para alcançar uma determinada meta, ou ainda para pôr ações em prática, ele sempre fará uma diferença fundamental. Ademais, com exceção de alguns casos, como o Brasil (veja mais adiante nessa seção), a comunidade de nutrição não tem sido muito eficaz em transformar a nutrição em uma questão política. O que podemos aprender com outros setores, com a sociedade civil e com as experiências dos países sobre a criação e o cumprimento dos compromissos?

Para termos uma ideia do que podemos aprender, voltemo-nos para o exemplo do HIV/AIDS. Em 2015, a meta, tida como impossível, de tratar 15 milhões de pessoas com HIV/AIDS foi alcançada e cedo. Embora o flagelo da AIDS esteja longe de ser erradicado, o progresso com relação a esse desafio mundial de saúde tem sido substancial e sem precedentes. O Painel 1.3 defende que o progresso na luta contra o HIV/AIDS se iniciou com a politização da doença e sugere três ações necessárias para tornar a nutrição mais política.

Entretanto, conseguir apoio político para uma ideia ou um conjunto de ações requer habilidades básicas de mobilização: desenvolver mensagens simples e claras que gerem respostas emotivas, mas também racionais; esclarecer as maneiras como as pessoas podem agir; não esperar que os outros implementem ações; dar exemplo, tanto a nível individual ou, o que é ainda melhor, de

PAINEL 1.2 O COMPROMISSO PARA MELHORAR A NUTRIÇÃO IMPORTA?

LAWRENCE HADDAD

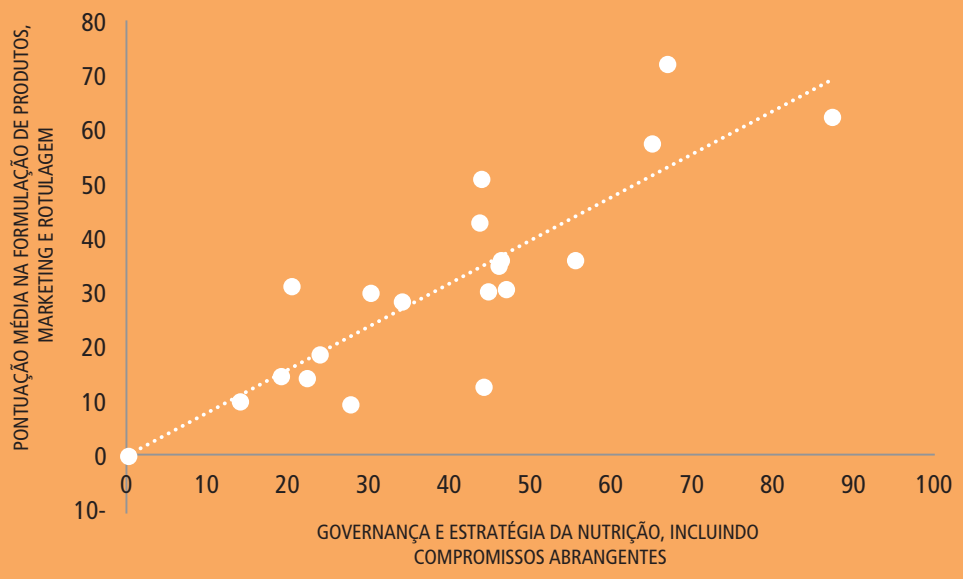
Os três exemplos empíricos a seguir oferecem evidências de que comprometimento e desempenho devem ser simultâneos.

Conforme discutimos no Capítulo 3, um modo de os países expressarem seus comprometimento é definir metas claras para a redução da má nutrição. Para uma amostra de 41 países com baixa e média rendas, constatamos que o índice da redução do atraso no crescimento nos anos 2000 apresenta ampla e significativa correlação com a existência de uma meta específica de status nutricional com prazos definidos (geralmente atraso no crescimento).[1] Metas e progresso parecem caminhar lado a lado. Esse fato é consistente com outro estudo que relaciona forte governança da nutrição com baixos níveis de atraso no crescimento (Sunguya et al., 2014).

Alguns defendem que, para as empresas, é fácil assumir compromissos, mas compromissos facilmente assumidos não contribuem para a boa nutrição; a "prova de fogo" consiste em verificar se as empresas realmente fazem o que precisa ser feito. Usando os dados de 28 grandes empresas de alimentos e bebidas mencionadas no Índice de Acesso à Nutrição de 2016, a Fundação para o Acesso à Nutrição (ATNF) descobriu uma associação positiva entre empresas que assumem compromissos grandes para com a nutrição e aquelas que têm uma capacidade relativamente mais forte para oferecer produtos, marketing e rotulagem que apoiem a nutrição (veja a figura abaixo).

Os doadores da Cúpula Nutrição para o Crescimento que enfatizam a importância da nutrição em seus documentos doam quantias equivalentes a essa ênfase? A organização Development Initiatives (Iniciativas de Desenvolvimento) selecionou os relatórios e documentos mais recentes dos doadores, contendo suas prioridades declaradas de desenvolvimento. Cada documento foi avaliado, a fim de determinar se a nutrição é explicitamente qualificada como uma prioridade para aquela instituição. Em geral, os doadores que definiram a nutrição como prioridade em seus documentos de políticas tenderam a gastar a maior parcela dos recursos com a nutrição. Não achamos nenhum exemplo de doadores que priorizem a nutrição em seus documentos e que depois deixem de gastar grandes somas em nutrição (análises disponíveis mediante pedido).

OS COMPROMISSOS DAS EMPRESAS COM A NUTRIÇÃO ESTÃO ASSOCIADOS A UM MELHOR DESEMPENHO NA PROMOÇÃO DA NUTRIÇÃO



Fonte: Rachel Crossley, ATNF.

forma coordenada, com outras pessoas. No Reino Unido e, cada vez mais, ao redor do mundo, renomados chefs de cozinha, como Jamie Oliver, estão fazendo campanha para melhorar a qualidade da comida que podemos comprar, à qual podemos ter acesso e que somos influenciados a adquirir. O Painel 1.4 descreve quatro lições dos últimos 15 anos da campanha implementada por Jamie Oliver e pela Jamie Oliver Food Foundation.

PAINEL 1.3 POLITIZAÇÃO DA NUTRIÇÃO

KENT BUSE

Subnutrição e doenças não transmissíveis relacionadas com a nutrição (DNTs) são escândalos mundiais, cada um com suas políticas particulares. Uma abordagem mais política da nutrição, que inclua, fortaleça e respeite a sociedade civil, pode ajudar a desestabilizar a balança de poder, para eliminar a má nutrição em todas as suas formas. Enquanto a comunidade internacional eleva e confronta o flagelo da nutrição, vale a pena refletir sobre três lições interrelacionadas, resultantes da luta contra a AIDS.

Primeiramente, as pessoas que se preocupam com a nutrição devem refletir e agir mais politicamente, para gerar incentivos políticos para lideranças políticas. Embora Marion Nestle, Tim Lang, Nicolas Freudenberg e outros ativistas acadêmicos, assim como instituições como o IFPRI, estejam apoiando um entendimento político sobre a nutrição, isso não se reflete inteiramente nos movimentos sociais. Por exemplo, o movimento "slow food" faz análises corretas, mas alcança mais sucesso na transformação da cultura alimentar dos grupos de intelectualoides dos Estados Unidos e da Europa do que no confronto direto com o complexo industrial alimentício mundial (Slow Food, 2015). Richard Horton, da revista *The Lancet,* tem razão ao caracterizar o movimento pela extinção das DNTs como prosaico e cortês (Horton, 2015). Está na hora de apoiar um maior engajamento da sociedade civil na criação de um espaço onde se substitua a complacência pela urgência e onde haja demandas transformadoras vindas da base; e de estabelecer ligações com outras causas sociais para ganhar mais força política.

Em segundo lugar, independentemente da ânsia por parcerias públicas-privadas e de abordagens voluntárias, a mão dos mecanismos locais, regionais, nacionais e intergovernamentais precisa ser fortalecida para controlar os mercados quando estes atuarem contra os interesses nutricionais. Incentivos políticos para ações aos níveis políticos mais altos são fundamentais para progredir na abordagem de um problema que diz respeito a toda a sociedade e que gera desafios enormes que ferem os interesses comerciais e os sistemas sociais prevalentes. Aparentemente, é mera ilusão imaginar que seja possível fazer progresso substancial sem uma poderosa intervenção estatal por meio de políticas públicas e ações baseadas em fatos e dados.

Finalmente, dada a complexidade e a dimensão do desafio da nutrição, faz-se necessária a existência de um órgão máximo que sirva como plataforma para diálogo político. Esse órgão deve ampliar o alcance das conversações atuais, proporcionar uma certa coordenação onde for possível e, acima de tudo, garantir responsabilização. O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) reúne governos, 11 agências da ONU, a sociedade civil e o setor privado quando este é relevante para a coordenação de uma resposta a diversos níveis. De acordo com o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, o UNAIDS fornece um modelo para enfrentar outros desafios complexos ao desenvolvimento no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs). Além da coordenação, a verdadeira recompensa é, obviamente, uma rede de responsabilização, que se vincula com o órgão máximo e possui um mecanismo de revisão confiável e independente, além de ser respaldada por uma sociedade civil poderosa e legítima. A comunidade internacional deveria encarregar-se de realizar uma análise urgente da arquitetura mundial da nutrição, a fim de avaliar como ela deve se adaptar para concretizar o ODS 2. Atribuir um papel preponderante à sociedade civil será essencial. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* poderia desempenhar um importante papel, protagonizando essa análise.

Aprender com um setor ou com a sociedade civil é importante, mas é a nível nacional que todas as lições precisam ser integradas. O Brasil é um dos melhores exemplos de país que estruturou um forte compromisso político com a nutrição. O país fez uso de algumas estratégias utilizadas para gerar comprometimento com a luta contra o HIV/AIDS, incluindo o foco nos direitos humanos, e baseou-se fortemente na participação da sociedade civil desde suas bases.

A Figura 1.2 mostra as mudanças no perfil nutricional da população brasileira. Ela mostra que o comprometimento compensou: a prática do aleitamento materno exclusivo (< 6 meses) aumentou significativamente, de 2% em 1986 para 39% em 2006; os índices de atraso no crescimento caíram de 19% em 1989 para 7% em 2007; os índices de emaciação estão muito baixos, a 2%. Em 2014, o país atingiu o Objetivo 1 de Desenvolvimento do Milênio para a pobreza e a fome. Algumas mudanças, no entanto, têm sido negativas: o sobrepeso e a obesidade em adultos estão muito elevados (atualmente, 54% e 20%, respectivamente) e continuam crescendo. A anemia atinge 20% da população, enquanto a insegurança alimentar e nutricional continuam sendo problemáticas em determinadas comunidades.

Vários motores, tanto positivos como negativos, encontram-se nas raízes das mudanças no perfil nutricional da população brasileira. Entre eles se incluem a redução da pobreza (Figura 1.2), a globalização e as políticas públicas. Desde os anos 80, o Brasil vem instituindo uma série de estratégias implementadas por meio de políticas públicas. A Tabela 1.2 fornece exemplos de políticas de segurança alimentar e nutricional. Várias das políticas públicas implementadas para alcançar esses objetivos se concentraram no fortalecimento de aquisições públicas, descritas no Painel 6.2, no Capítulo 6. As abordagens de alcance universal incluem a estratégia do Fome Zero, iniciada em 2003, e a aprovação de uma lei em 2010, incluindo o direito à alimentação na constituição brasileira (o Brasil é um dos três países do mundo que aprovaram essa lei). A lei do direito à alimentação estipula a libertação em relação à fome e à má nutrição e o acesso à alimentação adequada e saudável.

PAINEL 1.4 FAZER DA BOA NUTRIÇÃO UMA QUESTÃO VISÍVEL PARA O PÚBLICO: LIÇÕES DA JAMIE OLIVER FOOD FOUNDATION

JO CREED

O ano 2016 tem o potencial de ser importantíssimo na luta contra o duplo ônus da obesidade e da subnutrição que afeta nossas crianças. Agora é hora de combinar esses dois problemas, que antes eram abordados separadamente. Precisamos gerar uma mensagem poderosa: milhões de pessoas comem demais os alimentos errados, enquanto outras comem pouquíssimos alimentos certos.

Através das várias campanhas de Jamie Oliver, várias lições importantes têm surgido sobre como transformar um grande problema em uma questão visível para todos:

1. A mensagem precisa ser pormenorizada em uma declaração clara, simples e inegável. Em última instância, é direito humano de toda criança ter acesso a uma alimentação boa, saudável, com produtos frescos. E todos podemos entender essa mensagem e apoiá-la. É vital passar essa mensagem ligada a um conteúdo emocionalmente inspirador. O documentário "Jamie's Sugar Rush", da Jamie Oliver Food Foundation, por exemplo, que investiga a contribuição do açúcar para os problemas mundiais de saúde, foi concebido para servir como instrumento de engajamento do público e aumentar a conscientização sobre a relação entre o consumo de açúcar e as doenças relacionadas com a alimentação. Em particular, como essa relação afeta a obesidade infantil.[1]

2. Igualmente importante é a necessidade de criar um movimento que dialogue com pessoas do mundo todo e lhes proporcione formas de agir. Por exemplo, o abaixo-assinado lançado por ocasião do dia anual de ação da fundação, Food Revolution Day (Dia da Revolução Alimentar), que reivindicava educação alimentar para todas as crianças, recebeu mais de 1,6 milhão de assinaturas de pessoas do mundo todo. A petição transformou um problema enorme em uma única ação de fácil entendimento, congregando vozes individuais num movimento mundial e unido.

3. Dar o exemplo, em vez de esperar que governos tomem a iniciativa, é fundamental para gerar mudanças positivas. Depois da campanha britânica de Jamie Oliver contra o açúcar, mais restaurantes e cadeias de restaurantes têm cobrado seus próprios impostos sobre bebidas com açúcar. Além disso, por meio das redes sociais e do engajamento das bases, a fundação vai à luta, pedindo às pessoas que compartilhem histórias reais, participem das campanhas e se tornem ativistas pela causa. Temos visto, tanto em escolas do Reino Unido como dos Estados Unidos, vários pais iniciarem suas próprias revoluções alimentares a partir do trabalho da fundação. Como resultado do Food Revolution Day, também constatamos pessoas criando clubes de culinária para ensinar as crianças o que é a boa alimentação. Engajando as pessoas e incentivando-as a agir, a fundação formou um exército de membros da comunidade da revolução alimentar, composto de mais de 2.000 embaixadores voluntários em 114 países, do Brasil à Índia e à Nigéria, e de organizações agindo como suas parceiras.

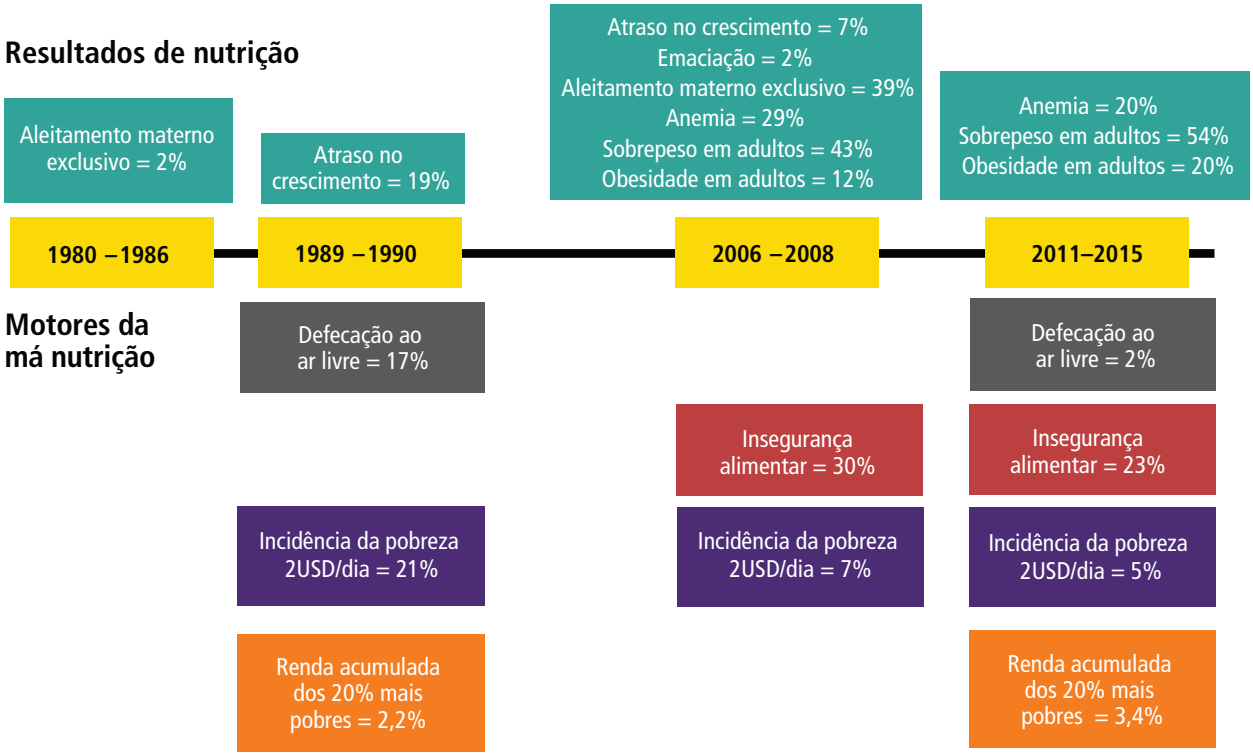
4. Por fim, ações concretas só podem funcionar quando todos (indivíduos, pais, escolas, empresas, organizações e comunidades) se reunirem para entrarem em ação e se pronunciarem. Todas essas medidas foram estruturadas para mudar os cálculos políticos dos tomadores de decisão, através do aumento da conscientização pública e do aumento da visibilidade das questões específicas para o público, para que não possam mais ser ignoradas. Sabemos que, com mensagens claras e emocionalmente inspiradoras e com a ajuda de bastante gente trabalhando em conjunto, podemos criar um movimento para ação que obrigue os governos a nos escutar. O trabalho da fundação sobre obesidade infantil no último ano conduziu a uma forte coesão entre grupos e organizações da causa, todos reivindicando que os governos implementem sua própria estratégia inovadora e vigorosa contra a obesidade infantil. Juntos precisamos facilitar o trabalho dos governos, para que façam o que é certo e contribuam com soluções que eles possam usar, adotar e adaptar.

O mundo precisa de vontade política, liderança e ação. Conforme se viu no *Relatório sobre a Nutrição Mundial,* alguns países já estão implementando grandes mudanças. Esse movimento precisa continuar, precisamos que outros países intensifiquem essas ações e as tornem ainda mais fortes. Agora é o momento de trabalharmos juntos para exigir uma vida melhor, mais saudável e mais feliz para as gerações futuras. Façamos com que nossas vozes sejam realmente ouvidas.

Esse comprometimento com a política pública é reforçado pelos compromissos financeiros do governo. Por exemplo, os gastos do governo federal com programas sociais corresponderam a 17% do PIB do país em 2012, um aumento de 128% desde 2000 (CAISAN, 2013).

Quais foram os fatores que levaram a esse comprometimento político com o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas? Muitos elementos parecem ter sido essenciais: o engajamento da sociedade civil (intitulada de "participação social" no Brasil); a criação de estruturas intersetoriais de governança dentro do governo e entre este e a sociedade civil; e evidências epidemiológicas do problema. Essas mesmas características são encontradas na explicação do compromisso político com diferentes aspectos da má nutrição: segurança alimentar e nutricional, obesidade e aleitamento materno. O Painel 1.5 fornece mais detalhes dos fatores que reforçam esse compromisso.

FIGURA 1.2 Mudanças no status e nos motores da nutrição do Brasil, 1980–2015



Fonte: autores, baseados nos seguintes dados: atraso no crescimento e emaciação (menos de cinco anos): UNICEF, OMS e Banco Mundial (2015); aleitamento materno exclusivo (< 6 meses): UNICEF (2016b); sobrepeso em adultos e obesidade: Malta et al. (2014) (primeiro ponto de dados); OMS (2015a) (segundo ponto de dados); anemia (mulheres em idade reprodutiva): CONSEA (2010) (primeiro ponto de dados); Stevens et al. (2013) (segundo ponto de dados); insegurança alimentar: Burlandy, Rocha e Maluf (2014); pobreza na faixa de dois dólares por dia: Banco Mundial (2016); renda acumulada pelos 20% mais pobres/mais ricos: IPEA (2014); defecação ao ar livre: JMP (2015b).

TABELA 1.2 Estratégias-chave e políticas públicas sobre segurança alimentar e nutricional no Brasil

Ano	Estratégia/política
1981	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
1988	Código Nacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno; a duração da licença-maternidade aumentou para quatro meses
1993	Plano Nacional de Combate à Fome e à Miséria
1999	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
2003	Lançamento da estratégia Fome Zero
2003	Programa de Aquisição de Alimentos (PAA)
2004	Programa de Transferência de Renda (Bolsa-Família)
2006	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), estabelecendo o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN)
2009	Lei revisando o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)
2010	O direito humano à alimentação adequada e saudável é incorporado à constituição brasileira
2010	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN)
2014	Publicação do Guia Alimentar para a População Brasileira; Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade
2015	Decreto para permitir a implantação do Código Nacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno

Fonte: autores.

PAINEL 1.5 COMO SE DESENVOLVEU O COMPROMISSO POLÍTICO DO BRASIL COM A NUTRIÇÃO

CECILIA ROCHA, PATRICIA CONSTANTE JAIME E MARINA FERREIRA REA

O compromisso político do Brasil com a promoção da nutrição em suas diversas formas, que vem se desdobrando ao longo de várias décadas, baseia-se no engajamento da sociedade civil, em estruturas de governança intersetorial e em dados e evidências. Isso se aplica a diferentes aspectos da má nutrição ao longo do tempo: segurança alimentar e nutricional, obesidade e aleitamento materno. De forma geral, a história é bem-sucedida, mas o Brasil tem muito trabalho pela frente para tratar dos desafios emergentes e restantes: os índices de prática do aleitamento materno exclusivo continuam inadequados, a incidência de anemia ainda é alta e o número de pessoas obesas é alto e continua aumentando. É essencial que os compromissos políticos continuem acontecendo no Brasil, para enfrentar esses desafios.

Segurança Alimentar e Nutricional

Grande parte do ímpeto deste apoio político veio da base, por meio de **organizações não governamentais e movimentos sociais**. Desde a década de 1950, esses grupos da sociedade civil têm ativamente feito campanhas pela segurança alimentar. Sua mobilização resultou na primeira Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, em 1986. Durante a conferência, o objetivo de segurança alimentar foi oficialmente modificado e virou "segurança alimentar e nutricional", posicionando a nutrição como prioridade bem mais alta na agenda política. Em 1996, a delegação oficial do Brasil para a Cúpula Mundial de Alimentação, em Roma, contou com membros tanto do governo como da sociedade civil (CONSEA, 2009). Um dos resultados foi o estabelecimento, em 1998, do Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional (FBSAN), uma associação de organizações sociais, pesquisadores, equipes governamentais e outros profissionais. Esse fórum foi fundamental para a abertura de um espaço de diálogo político, mobilização e inovação entre organizações da sociedade civil. Essas entidades se uniram ao redor da fé na importância das políticas e da institucionalização de programas para uma conquista sustentável do direito à alimentação.

O comprometimento político cresceu com a eleição de um **governo que priorizou a segurança alimentar e nutricional**. Em 2002, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva subiu ao poder com a promessa de erradicar a fome. Ele criou o Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome, para implementar essa promessa; e, nesse processo, vários integrantes proeminentes de organizações da sociedade civil foram indicados para ocupar cargos públicos. O Programa Fome Zero foi estruturado não só como um programa social, mas também como um modelo de desenvolvimento econômico. A ideia era expandir a demanda de alimentos para combater a insegurança alimentar domiciliar, aumentando o poder de compra com o programa de transferência de renda (Bolsa-Família) e ampliando o programa de merenda escolar. Simultaneamente, seria combatida a pobreza dos pequenos agricultores do Brasil, que eram a principal fonte de alimentos do país (FAO, 2002). As políticas que ligam a agricultura familiar à segurança alimentar são destacadas no Capítulo 6 (Painel 6.2).

O próximo passo fundamental foi o desenvolvimento de um **espaço de governança para o engajamento entre o governo e a sociedade civil**. Em 2002, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) foi restabelecido, a fim de reunir membros da sociedade civil, muitos vindos do Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional (FBSAN), e do governo. O CONSEA foi a fonte de várias leis e políticas apresentadas na Tabela 1.2; e, juntamente com o FBSAN, ele esteve por trás da campanha pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), aprovada em 2006.

Os espaços de governança intersetorial passaram a existir. Depois da aprovação da LOSAN, o governo estabeleceu o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), que reuniu dois órgãos de coordenação: o CONSEA e a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). Juntos, esses órgãos incorporam dez ministérios e secretarias especiais, incluindo educação, desenvolvimento agrário, ciência e tecnologia e direitos humanos (Chmielewska e Souza, 2011). Foi o SISAN que permitiu a coordenação, a implementação e o monitoramento eficazes das políticas públicas (Tabela 1.2).

Durante todo esse processo, **o investimento em dados e o uso destes e de fatos** tiveram papel preponderante. Nos anos 90, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada do Brasil (IPEA) elaborou um mapa nacional da fome, mostrando que havia 32 milhões de indigentes que representavam mais de 20% da população do Brasil (IPEA, 1993, citado em Chmielewska e Souza, 2011). Agora, esse mapa está sendo fundamental, à medida que o governo vai avançando para combater a insegurança alimentar e nutricional restante do país, por meio do desenvolvimento de um Mapa de Populações Tradicionais e Específicas.

Continua

A experiência do Brasil deve servir de inspiração para outros países. Algumas formas de má nutrição podem ser erradicadas em menos de uma geração, mas outras estão propensas a emergir se não estivermos alertas. A monitoração eficaz da conjuntura da nutrição permite um processo evolutivo contínuo de atualizações e aperfeiçoamentos das políticas públicas na abordagem dos problemas conforme eles vão surgindo.

Continuação

PAINEL 1.5 COMO SE DESENVOLVEU O COMPROMISSO POLÍTICO DO BRASIL COM A NUTRIÇÃO

CECILIA ROCHA, PATRICIA CONSTANTE JAIME E MARINA FERREIRA REA

Obesidade

Os mesmos fatores ajudaram a impulsionar o compromisso político mais recente do Brasil com a prevenção da obesidade. O primeiro fator foi a criação de **evidências**. Ao longo das décadas de 90 e de 2000 a 2010, o país concentrou-se na redução da fome e do atraso no crescimento, apesar de os índices de obesidade estarem altos e continuarem crescendo. Entretanto, pesquisas comparativas e repetidas ilustraram a magnitude do problema da obesidade e a velocidade da sua ocorrência. Apesar de algumas partes interessadas governamentais essenciais terem inicialmente resistido a considerar a obesidade um problema, instituições governamentais e outras partes interessadas usaram seus recursos financeiros, sua influência e seus aliados políticos em coalizões para perseguir novos objetivos políticos relativos à prevenção dessa condição de saúde e à promoção de dietas saudáveis.

Em segundo lugar, a natureza **intersetorial** da luta contra a subnutrição preparou o Brasil para um combate intersetorial contra a obesidade. Em 2014, a CAISAN desenvolveu uma Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade para integrar ações setoriais existentes e novas iniciativas, aumentar o consumo de alimentos frescos, saudáveis e regionais e diminuir o consumo de alimentos ultraprocessados. Essa estratégia convida vários estados e municípios brasileiros a implementar grande parte das ações.

Em terceiro lugar, **diálogos intensos entre o governo e a sociedade civil têm acontecido**, tais como os intermediados pelo CONSEA e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) com o fim de formular políticas públicas. Um dos resultados foi a publicação, em 2014, do novo *Guia Alimentar para a População Brasileira*, que enfatiza os alimentos preparados na hora de comer. No entanto, ainda continuam existindo desafios importantes para o controle da obesidade. A introdução de reformas regulatórias mostrou-se desafiadora. O governo não conseguiu, apesar de seus esforços, desde 2004, restringir as campanhas de marketing para promover alimentos infantis com alto teor de gordura, açúcar e sal. Essa experiência indica uma necessidade de gerar um consenso político entre os poderes executivo, legislativo e judiciário e de estabelecer novas normas sociais.

Aleitamento Materno

O único exemplo brasileiro de regulação da indústria relacionada com a nutrição é a lei de comercialização de substitutos do leite, uma conquista difícil de obter, no compromisso do país com a prática do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses e sua continuação com alimentos complementares saudáveis até o segundo ano de vida ou além. No começo da década de 80, a prática do aleitamento materno exclusivo era extremamente rara no Brasil, apenas 2%. Entretanto, o país já mostrava um comprometimento no sentido de melhorar esse quadro. Um dos sinais disso era a maior cobertura dos cuidados pré-natais e outro foi a transformação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno em lei. O Brasil desempenhou um papel importante na preparação e na finalização do código, em 1981; e, no mesmo ano, lançou seu próprio programa de promoção do aleitamento materno. Em 1988, o Brasil adotou seu próprio código de comercialização de substitutos do leite materno, que foi inicialmente implementado como uma norma sanitária. Em 2006, o código tornou-se a Lei 11265/2006. Como todas as legislações no Brasil, entretanto, essa lei só poderia ser implementada depois que passasse por um processo chamado "regulamentação da lei". O processo durou nove anos e dez meses. Em 3 de novembro de 2015, o decreto foi finalmente assinado (Brasil, Presidência da República, 2015). Ao longo desse processo, a indústria de alimentação de lactentes se opôs fortemente à legislação e tentou várias vezes enfraquecê-la. Conter essa forte oposição foi obra de esforços ativos da **sociedade civil**. A Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar-Brasil (IBFAN) foi a principal liderança nessa disputa, pressionando pela legislação, entrando diretamente em contato com o presidente do país e monitorando infrações. O CNS também desempenhou um papel fundamental na defesa da causa durante os anos 90 e, mais recentemente, por meio do CONSEA, depois da entrada de um membro do IBFAN–Brasil, em 2014.

Em que pesem esses sucessos, desafios significativos continuam existindo. Os índices da prática do aleitamento materno exclusivo no Brasil continuam baixos em comparação com outros países (Capítulo 2); a qualidade dos cuidados pré-natais é deficiente; e a lei de 2006 continua sendo desrespeitada. Um estudo em 18 cidades apontou 227 infrações, por parte de 52 empresas, incluindo propaganda enganosa e rótulos inadequados (IDEC, 2016).

COMO ESTE RELATÓRIO AJUDARÁ VOCÊ A ESTABELECER COMPROMISSOS DE NUTRIÇÃO QUE REALMENTE CONTEM

O relatório pretende ser prático e auxiliar os defensores da nutrição e aqueles que eles procuram influenciar. O objetivo é inspirar compromissos que façam alguma diferença.

O Capítulo 2 acompanha o sucesso dos países em alcançar os compromissos que estabeleceram na Assembleia Mundial da Saúde para atingir metas específicas. Ele fornece detalhes das mudanças de status da nutrição. Em quais regiões e países o status da nutrição está melhorando e para quem? Este capítulo ajudará os defensores da nutrição a focar nas formas de má nutrição em que seu país menos tem progredido. Ele também auxiliará os defensores internacionais da nutrição a alocarem recursos onde são mais necessários.

O Capítulo 3 explora o progresso feito por governos e empresas na definição de metas para a nutrição materna, de bebês e crianças pequenas, e para as DNTs relacionadas com a nutrição aos níveis nacional, subnacional e empresarial. Ele mostra onde é preciso atuar para melhorar a quantidade e a qualidade das metas.

O Capítulo 4 relata o progresso no cumprimento dos compromissos originais da N4G e analisa seu alinhamento e suas características SMART. Esse capítulo fornece uma avaliação de quais compromissos da N4G estão em vias de serem cumpridos ou não e o que é necessário, nesse momento, para avançar no processo N4G na era pós-Segunda Conferência Internacional sobre Nutrição (ICN2)/Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

O Capítulo 5 concentra-se na ajuda dada aos formuladores de políticas para acelerar a implementação de ações que apoiem seus compromissos. Em que estado se encontra essa implementação, onde está o atraso e o que precisa acontecer para que essa implementação se acelere? O capítulo também foca na implementação de políticas em áreas-chave onde governos têm estabelecido compromissos internacionais: aleitamento materno e políticas para dietas saudáveis. O capítulo termina com uma avaliação dos dados sobre a cobertura das intervenções diretas em nutrição com uma análise sobre como aumentar as taxas de cobertura.

O Capítulo 6 trata dos motores subjacentes ao status da nutrição. Inúmeros recursos são alocados para esses motores; mas quais são os compromissos que formuladores de políticas e outras partes interessadas precisam estabelecer para que tais recursos sejam mais eficientes na aceleração das melhorias da nutrição? Os *Relatórios sobre a Nutrição Mundial* anteriores concentraram-se na agricultura e na assistência social; este ano, reunimos motores da subnutrição com os da obesidade/ das DNTs relacionadas com a nutrição, para focarmos em água, saneamento e higiene (ASH) e educação, e novamente analisamos os sistemas alimentares. Também tratamos das oportunidades para assumir novos compromissos com a nutrição no campo humanitário.

O Capítulo 7 orienta os tomadores de decisão sobre onde e quanto investir, a fim de colocar os compromissos com as ações em prática. O capítulo atualiza os tomadores de decisão sobre as quantias gastas atualmente por governos e doadores com nutrição; compara esses gastos com outros itens do orçamento governamental e resume análises recentes de prováveis custos para se alcançarem metas mundiais de nutrição, bem como as fontes de renda que podem financiá-las. Pela primeira vez, analisamos os gastos com DNTs relacionadas com a nutrição e também com formas de subnutrição.

O Capítulo 8 identifica as ferramentas e os dados dos quais os formuladores de políticas precisam para medir o efeito de suas ações e estruturar os compromissos, a fim de acelerar as melhorias da nutrição. O capítulo foca no nível subnacional, destacando as desigualdades nos resultados, incluindo áreas que enfrentam crises humanitárias e contingentes crescentes de pessoas deslocadas.

O Capítulo 9 finaliza com chamados específicos à ação para cada grupo de partes interessadas, para ajudar a erradicar a má nutrição até 2030.

USE ESTE RELATÓRIO COMO UMA FORMA DE INTERVIR

Mais de 100 pessoas contribuíram na redação deste relatório. Não concordamos com o princípio de que a má nutrição no século XXI seja "normal".

Para aqueles que têm poder e influência em sua casa, hospital, comunidade, município, universidade, empresa, cidade, órgão público, parlamento ou governo, afirmamos que um mundo sem má nutrição pode passar a "ser normal". Use este relatório para ajudar a estabelecer compromissos que ajudem na erradicação da má nutrição. Tais compromissos abalarão o mundo atual, acabando com sua complacência em relação à má nutrição, e ajudarão a criar uma nova realidade para um terço da humanidade, em todos os países, a quem se está negando a oportunidade de desenvolver todo o seu potencial.

Para aqueles dentre vocês que sentem que não pertencem aos círculos de poder e influência, utilize este relatório para educar e organizar suas comunidades e ajudá-las a se dedicar a gerar um processo político para a erradicação da má nutrição. Use este relatório para ajudar aqueles em posições de poder e influência a estabelecerem compromissos que façam diferença. Da mesma forma, use o relatório para tornar mais difícil que as partes interessadas na nutrição desistam de suas responsabilidades e compromissos com ela.

Os ODSs convidam todos nós a imaginar a erradicação da má nutrição. Tal visão revela a dimensão do nosso desafio, mas também reconhece a extensão da recompensa: um mundo onde as crianças precisarão aprender o que é a má nutrição, ao invés de vivenciá-la. Para que isso aconteça, cada leitor deste relatório precisa comprometer-se mais com o processo político para erradicar a má nutrição até 2030. Nenhum movimento social jamais foi bem-sucedido sem tal engajamento.

2 O PANORAMA MUNDIAL DA NUTRIÇÃO: AVALIAÇÕES DO PROGRESSO

PRINCIPAIS CONCLUSÕES

Este capítulo descreve as últimas estimativas do status da nutrição para oito indicadores aos níveis global, regional e nacional.

- **Ao nível global, o mundo não está no rumo certo para atingir os objetivos de nutrição mundiais. Essas avaliações, no entanto, ocultam variações significativas entre países e regiões:**
  - Muitos países estão no rumo certo para atingir as metas mundiais para o atraso no crescimento, emaciação e sobrepeso em crianças menores de cinco anos e para o aleitamento materno exclusivo de lactentes com menos de seis meses de idade.
  - Quase todos os países estão tendo dificuldade para cumprir as metas para a anemia em mulheres e para o sobrepeso, a obesidade e a glicemia elevada/o diabetes em adultos.
  - O atraso no crescimento em crianças menores de cinco anos está em declínio em todas as regiões, exceto na África; e o número de crianças com menos de cinco anos com sobrepeso está aumentando mais rapidamente na Ásia.
- **A obesidade e o sobrepeso são agora um ônus global desconcertante e estão se aproximando da escala de outras formas de má nutrição.** A prevalência de sobrepeso, obesidade e diabetes em adultos está aumentando em todas as regiões e em quase todos os países. O número de crianças menores de cinco anos com sobrepeso continua aumentando globalmente, aproximando-se do número de crianças menores de cinco anos que sofrem de emaciação.
- **As lacunas de dados continuam sendo um obstáculo significativo para a avaliação dos progressos na nutrição.** A ausência de dados é o principal obstáculo à determinação do verdadeiro progresso aos níveis global e nacional, ocultando as desigualdades nos países e dificultando a responsabilização por parte dos governos.

PAINEL 2.1 OITO METAS DE NUTRIÇÃO MUNDIAIS PARA 2025 ADOTADAS PELA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE

Utilizaremos aqui o termo "metas de nutrição mundiais" para nos referirmos a dois conjuntos de metas adotadas pela Assembleia Mundial da Saúde. Um é o conjunto de metas da Organização Mundial da Saúde para a nutrição materna, de bebês até um ano de idade e de crianças pequenas:

- Alcançar uma redução de 40% no número de crianças menores de cinco anos com atraso no crescimento
- Alcançar uma redução de 50% na anemia em mulheres em idade reprodutiva
- Alcançar uma redução de 30% no baixo peso ao nascer
- Não registrar nenhum aumento no sobrepeso em crianças menores de cinco anos
- Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses em até, pelo menos, 50%
- Reduzir a emaciação em crianças menores de cinco anos a menos de 5% e mantê-la nesse nível

O outro consiste em duas metas da Organização Mundial da Saúde dentro do Quadro de Monitoramento Global para a Prevenção e Controle de Doenças não Transmissíveis:

- Não registrar nenhum aumento na obesidade, nem no diabetes (em adultos e adolescentes)
- Alcançar uma redução de 30% na ingestão média de sal pela população

CONFORME DISCUTIDO NO CAPÍTULO 1, O ESTABELECIMENTO DE METAS É UMA MANIFESTAÇÃO DE COMPROMETIMENTO POLÍTICO. OS PAÍSES JÁ ASSUMIRAM DIVERSOS COMPROMISSOS PARA alcançar as metas de nutrição mundiais até 2025 (Painel 2.1). Para a nutrição materna, de bebês até um ano de idade e de crianças pequenas, a Assembleia Mundial da Saúde de 2012 (AMS) estabeleceu seis metas para 2025. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* monitora cinco dessas metas.[1] A AMS também concordou com nove metas de doenças não transmissíveis (DNTs), uma das quais ("deter o aumento do diabetes e da obesidade") é monitorada neste relatório por meio de três indicadores. Ao todo, utilizamos oito indicadores de status de nutrição para monitorar seis dessas metas.

Este capítulo fornece as últimas estimativas do status de nutrição para esses oito indicadores no mundo inteiro, por região e por país. Primeiramente, apresentamos o progresso aos níveis global e regional. Em segundo lugar, apresentamos o status da nutrição ao nível nacional de três formas diferentes: comparando-o às metas mundiais, analisando-o em relação a outros países e de forma conjunta; combinando as estimativas de atraso no crescimento e de emaciação, para obter uma representação mais completa do ônus da subnutrição.

PROGRESSO NO CUMPRIMENTO DAS METAS MUNDIAIS

A Tabela 2.1 apresenta as últimas Estimativas Conjuntas de Má Nutrição Infantil para atraso no crescimento, emaciação, emaciação grave e sobrepeso em crianças menores de cinco anos do UNICEF, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Banco Mundial (lançadas em setembro de 2015). As estimativas nos lembram que fizemos progressos significativos na redução do número de crianças com atraso no crescimento, mas menos progresso na redução do número de crianças que sofrem de emaciação. E o número de crianças menores de cinco anos com sobrepeso está aumentando. Não dispomos de dados atualizados para anemia, sobrepeso, nem para a obesidade em adultos, nem tampouco para glicemia elevada, desde o *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*.

As últimas Estimativas Conjuntas de Má Nutrição Infantil sobre atraso no crescimento, emaciação e sobrepeso em crianças menores de cinco anos não alteram nossa avaliação, no *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*, de que o mundo está fora do rumo em que devia estar para atingir as metas mundiais para os oito indicadores de nutrição que monitoramos (Tabela 2.2).

Regionalmente, conforme mostra a Figura 2.1, os números de atraso no crescimento estão em declínio em cada região listada, exceto na África. O número de crianças com menos de cinco anos com sobrepeso (Figura 2.1) está aumentando mais rapidamente na Ásia.

Conforme mostra a Figura 2.2, prevê-se que as prevalências de sobrepeso e obesidade, apenas obesidade, e diabetes (glicemia elevada) em adultos aumentem a taxas semelhantes em todas as regiões.

TABELA 2.1 O estado mundial da má nutrição

Indicador	Número de indivíduos	Prevalência atual (%)
Atraso no crescimento em crianças menores de cinco anos	159 milhões em 2014 (255 milhões em 1990)	23,8 (39,6 em 1990)
Sobrepeso em crianças menores de cinco anos	41 milhões em 2014 (31 milhões em 1990)	6,1 (4,8 em 1990)
Emaciação em crianças menores de cinco anos	50 milhões em 2014	7,5
Emaciação grave em crianças menores de cinco anos	16 milhões em 2014	2,4
Anemia em mulheres entre 15 e 49 anos (não gestantes e gestantes)	533 milhões em 2011	29 para mulheres não gestantes em 2011 (33 em 1995) 38 para mulheres gestantes em 2011 (43 em 1995)
Aleitamento materno exclusivo (menos de seis meses)	ND	39 em 2014
Baixo peso ao nascer	20 milhões em 2014	15
Sobrepeso em adultos (com 18 anos ou mais)	1,9 bilhão em 2014	39
Obesidade em adultos (com 18 anos ou mais)	600 milhões em 2014	13
Diabetes em adultos (glicemia elevada) (com 18 anos ou mais)	ND	9

Fonte: as estatísticas de atraso no crescimento, sobrepeso, emaciação e emaciação grave foram obtidas das Estimativas Conjuntas de Má Nutrição Infantil de 2015, que estimaram os números para 2014 (UNICEF, OMS e Banco Mundial, 2015); as estatísticas de anemia são de Stevens et al. (2013), que estimaram os dados de 2011; os dados de aleitamento materno exclusivo são do UNICEF (2016b); os dados de baixo peso ao nascer são do resumo de políticas mais recente da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o tema (OMS, 2014a); os dados de sobrepeso, obesidade e diabetes em adultos são da OMS (2014b).

Observação: ND = não disponível; não há nenhuma estatística global sobre quantas pessoas têm diabetes e quantos lactentes são exclusivamente amamentados, para corresponder aos percentuais. Não estão disponíveis dados comparáveis de 1990 para emaciação e emaciação grave em crianças menores de cinco anos, ou de anemia em mulheres em idade reprodutiva. De acordo com as Estimativas Conjuntas de Má Nutrição Infantil de 2015 (UNICEF, OMS e Banco Mundial, 2015), havia 667 milhões de crianças menores de cinco anos no mundo.

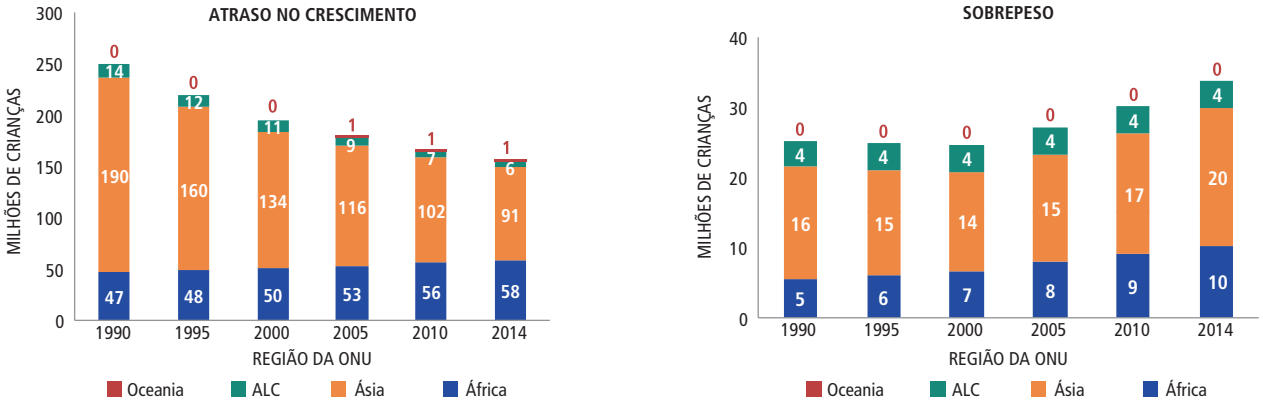
TABELA 2.2 Comparação entre o progresso mundial e os objetivos de nutrição mundiais

Meta e indicador	Ano de referência	Status de referência	Meta para 2025	No rumo certo para atingir a meta, ou não?	Base para as avaliações
Atraso no crescimento Reduzir em 40% o número de crianças menores de cinco anos com atraso no crescimento	2012	162 milhões	~100 milhões (atualmente 159 milhões)	Não	A taxa atual de redução não é suficientemente rápida para alcançar 100 milhões em 2025
Emaciação Reduzir a emaciação infantil para menos de 5% e mantê-la nesse nível	2012	8%	< 5% (atualmente 7,5%)	Não	A taxa atual de redução não é suficientemente rápida para estar abaixo de 5% em 2025
Sobrepeso em crianças menores de cinco anos Nenhum aumento no sobrepeso na infância	2012	7%	Nenhum aumento (atualmente 6,1%)	Não	A proporção de referência para 2012 foi reduzida de 7% para 5,9% nas JCMEs de 2015 e a taxa atual está ligeiramente acima desse limite; portanto, o mundo não está no rumo em que devia estar para atingir essa meta
Anemia Reduzir em 50% a anemia em mulheres em idade reprodutiva	2011	29%	15% (nenhum novo dado acima da base de referência)	Não	Muito pouco progresso desde 1995, quando foi estimada em 33%
Baixo peso ao nascer Reduzir em 30% o baixo peso ao nascer	2008–2012	15%	10%	ND	Os métodos de estimativa estão sendo revisados (veja o Painel 2.1)
Aleitamento materno exclusivo Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses para pelo menos 50%	2008–2012	38%	50% (atualmente 39%)	Não	Não está aumentando suficientemente rápido para cumprir a meta de 50% em 2025
Sobrepeso em adultos Deter o aumento da prevalência	2014	38%	Deter o aumento da prevalência	Não	As taxas estão aumentando na grande maioria dos países, 2010-2014
Obesidade em adultos Deter o aumento da prevalência	2014	12%	Deter o aumento da prevalência	Não	As taxas estão aumentando na grande maioria dos países, 2010-2014
Diabetes em adultos (glicemia elevada) Deter o aumento da prevalência	2014	9%	Deter o aumento da prevalência	Não	As taxas estão aumentando na grande maioria dos países, 2010-2014

Fonte: com base no IFPRI (2014, Tabela 3.1; 2015a, Tabela 2.1), UNICEF, OMS e Banco Mundial (2015), OMS (2014b, 2016s, 2016t); estimativa de anemia de 1995 de Stevens et al. (2013).

Observação: o termo "metas de nutrição mundiais" refere-se às metas adotadas pela Assembleia Mundial da Saúde para a nutrição materna, de bebês e crianças pequenas, e também às metas relacionadas com a nutrição no Quadro de Monitoramento Global para a Prevenção e Controle de Doenças não Transmissíveis (DNTs). Para o baixo peso ao nascer, novos métodos de estimativa de dados foram desenvolvidos e devem ser lançados no segundo semestre de 2016 por um grupo de trabalho que inclui a Faculdade de Higiene e Medicina Tropical de Londres, o UNICEF e a Organização Mundial da Saúde. Para obter mais informações sobre os métodos para determinar a meta de emaciação, veja Onis et al. (2013). ND = nenhum dado disponível. JCMEs = Estimativas Conjuntas sobre a Má Nutrição Infantil.

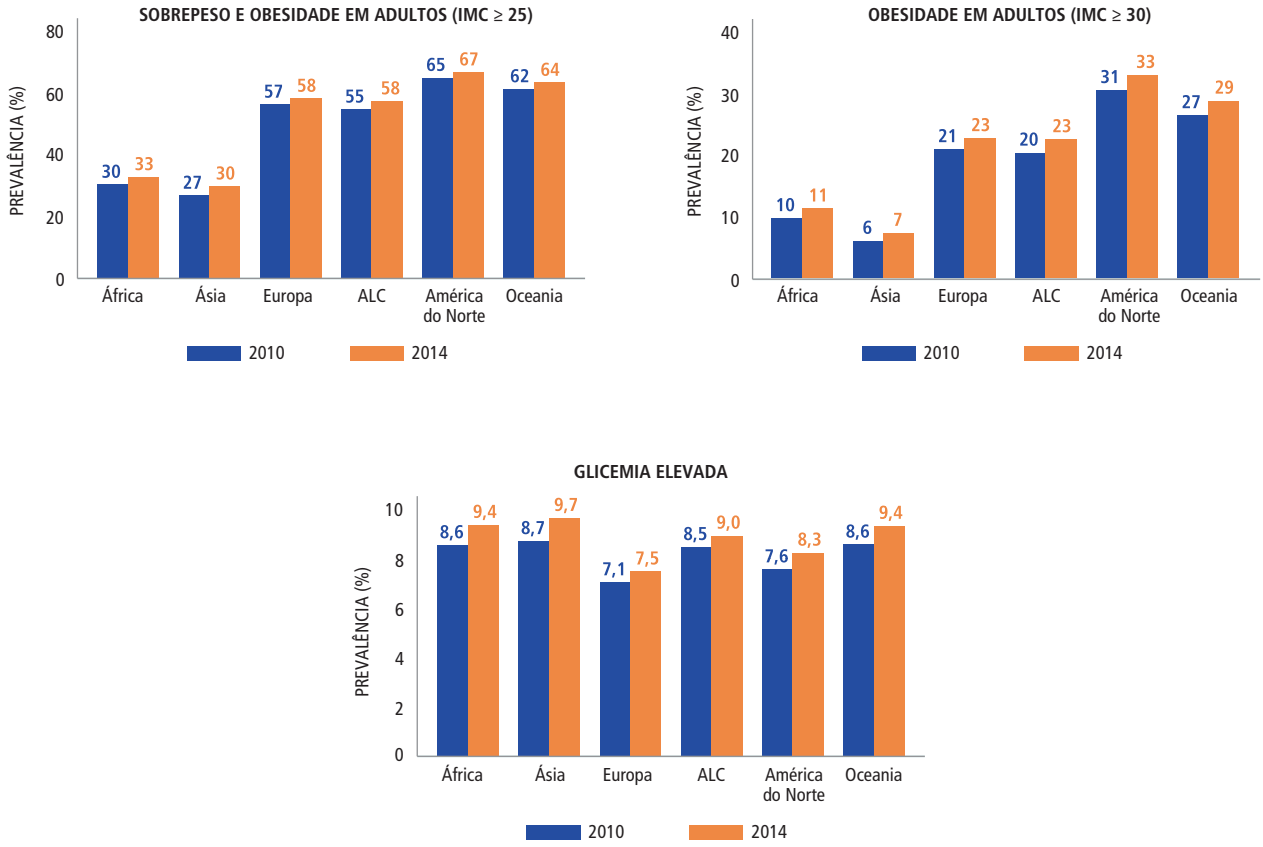
FIGURA 2.1 Número de crianças menores de cinco anos afetadas pelo atraso no crescimento e pelo sobrepeso por região, 1990-2014



Fonte: autores, com base nos dados do UNICEF, da OMS e Banco Mundial (2015).

Observação: ALC = América Latina e Caribe. Europa e América do Norte não foram incluídos nas estatísticas de sobrepeso devido à falta de dados. As estimativas para a Ásia excluem o Japão. As estimativas para a Oceania excluem a Austrália e a Nova Zelândia.

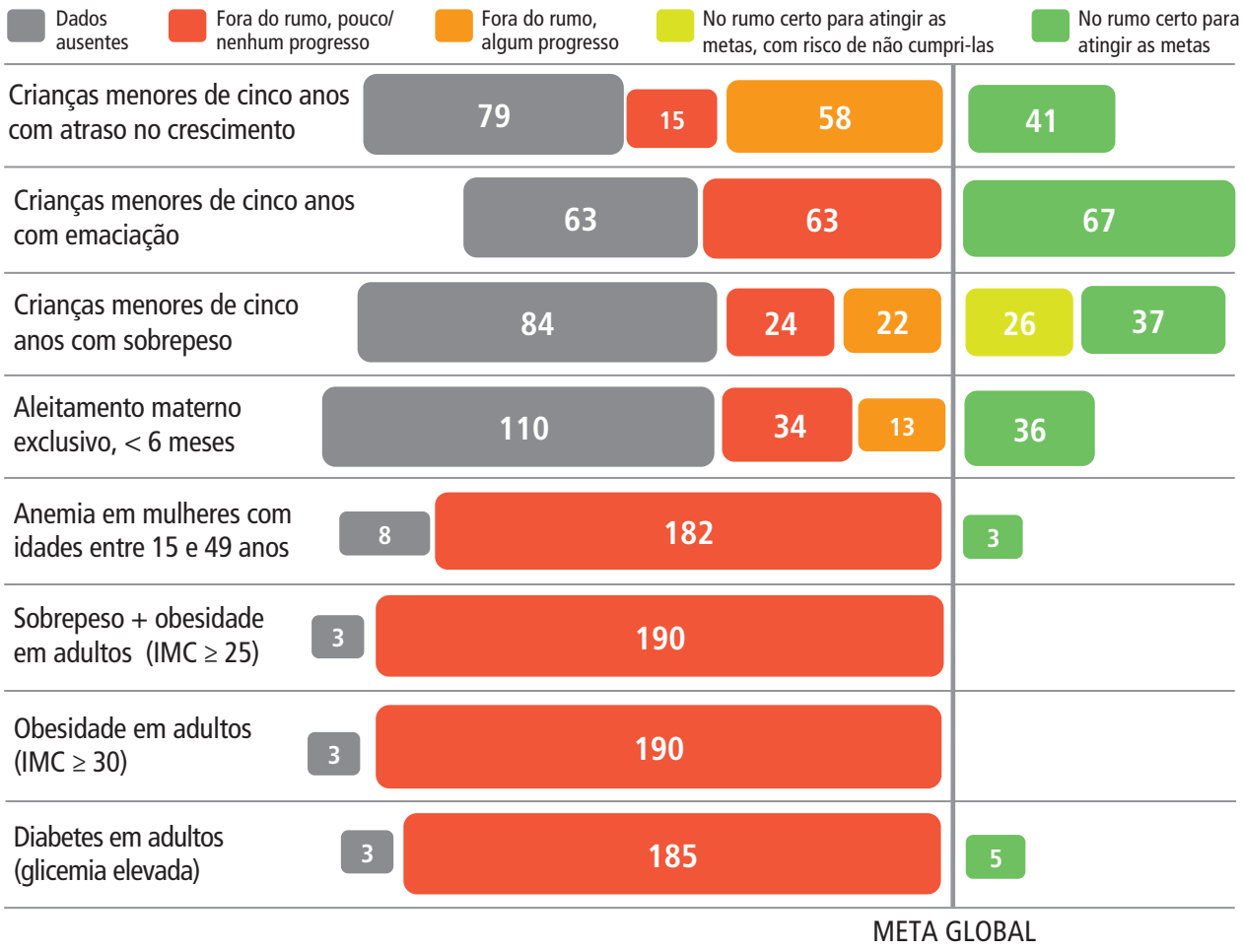
FIGURA 2.2 Sobrepeso e obesidade em adultos, obesidade em adultos e diabetes em adultos, por região da ONU, 2010 e 2014



Fonte: autores, com base em dados da OMS (2015a).

Observação: glicemia elevada = glicemia em jejum ≥ 7,0 mmol/L (126 mg/dl) ou sob medicação para glicemia elevada ou com histórico de diagnóstico de diabetes. IMC = índice de massa corporal; ALC = América Latina e Caribe. Número de países = 190. Os dados de prevalência são estimativas ajustadas e padronizadas por idade (população com 18 anos de idade ou mais). As estimativas regionais são médias ponderadas por população.

FIGURA 2.3 Número de países em vários estágios de progresso rumo às metas de nutrição mundiais



Fonte: autores, com base nos dados de Stevens et al. (2013), do UNICEF (2016b), do UNICEF, da OMS e do Banco Mundial (2015), da OMS (2015a).

Mas como temos visto desde os *Relatórios Globais de Nutrição* de 2014 e 2015, os números globais e regionais ocultam muitas variações de país para país. A aplicação das metas mundiais a nível nacional revela que muitos países estão em vias de cumpri-las e que muitos mais estão progredindo, ainda que fora do ritmo necessário para cumprir a meta global.

Na verdade, dos 24 países que relatam novos dados (nas JCMEs), desde o *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*, apenas um regrediu, na sua avaliação (de "no rumo certo para atingir as metas" para "fora do rumo, mas houve um certo progresso"). Por outro lado, Camarões, Congo, El Salvador, São Tomé e Príncipe e Timor--Leste passaram todos para a categoria "no rumo certo para atingir as metas" em vários indicadores (veja a Tabela A3.1 do Apêndice).

A Figura 2.3 resume os progressos mais recentes de todos os países em relação às metas mundiais, utilizando regras desenvolvidas para o *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015* (veja o Apêndice 2). A figura mostra, em primeiro lugar, que muitos países estão no rumo certo para atingir as metas e muitos estão fazendo bons progressos no sentido de cumprir a meta global da AMS para o atraso no crescimento, a emaciação e o sobrepeso em crianças menores de cinco anos e aleitamento materno exclusivo de lactentes com menos de seis meses. Em segundo lugar, para os quatro indicadores restantes (anemia em mulheres com idade entre 15 e 49 anos e sobrepeso, obesidade e glicemia em adultos) quase todos os países não estão no rumo certo para atingir as metas. Em terceiro lugar, a disponibilidade de dados continua sendo um verdadeiro problema quando se trata de fazer avaliações. O primeiro conjunto de quatro indicadores baseia-se em pesquisas transversais, mas muitos países não têm dados suficientes para fazer uma avaliação. De quatro possíveis avaliações, para 193 países, somos capazes de fazer apenas 436 avaliações, ou 56% de um total de 772. O segundo conjunto de quatro indicadores tem um banco de dados subjacente mais esparso porque as avaliações dependem de estimativas modeladas. Não fica claro se há conexão entre a falta de progresso no sentido de se alcançar uma meta global e a dependência de dados modelados; portanto, poderiam ser feitas mais pesquisas sobre isso.

A Figura 2.3 não inclui avaliações de baixo peso ao nascer (BPN) porque as estimativas da prevalência de BPN precisam ser reforçadas. O trabalho nessa área está em andamento, e o Painel 2.2 descreve o que está sendo feito e quais os avanços que estão sendo obtidos.

PAINEL 2.2 QUANTOS BEBÊS NASCEM ABAIXO DO PESO TODOS OS ANOS?

HANNAH BLENCOWE, ELAINE BORGHI, MERCEDES DE ONIS, JULIA KRASEVEC, JOY LAWN E SUHAIL SHIEKH

O baixo peso ao nascer faz as crianças correrem maior risco de morbidade e mortalidade, sendo um indicador-chave de parto prematuro e status nutricional. Em 2012, a Assembleia Mundial da Saúde adotou a meta de redução de baixo peso ao nascer (BPN) em 30% entre 2012 e 2025 (OMS 2012b), mas monitorar o progresso tem sido um desafio, porque muitos recém-nascidos não são pesados ao nascer. A fim de melhorar os dados a nível de país e de sequências cronológicas, o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), a Organização Mundial da Saúde e a Universidade Johns Hopkins vêm trabalhando com a Faculdade de Higiene e Medicina Tropical de Londres para aumentar a quantidade e a qualidade dos dados de BPN, incluindo os seguintes:

- Expansão dos dados dos sistemas de informações de rotina (1.119 pontos de dados de 99 países passaram a ser incluídos, abrangendo mais de 308 milhões de nascidos vivos)
- Métodos aperfeiçoados para ajustar as estimativas de taxa de BPN a partir de dados resultantes de pesquisas das famílias (aplicados a 70 Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos e 93 Pesquisas de Demografia e Saúde)
- Revisão dos critérios de inclusão, permitindo que sejam incluídos apenas os dados de pesquisas onde pelo menos 30% dos recém-nascidos foram pesados (32 pesquisas de 18 países foram eliminadas) e excluindo fontes de dados contendo taxas de BPN de menos de 3,2% ou superiores a 40% (37 pontos de dados de 15 países foram excluídos)
- Desenvolvimento de um modelo para estimar as taxas de BPN e melhorar a comparabilidade entre os países de forma transparente e objetiva

O lado positivo disso é que agora há mais dados tirados de relatórios de saúde de rotina, principalmente de países de renda alta e de renda média-alta, e a qualidade dos dados de sequência cronológica disponíveis tem melhorado através de critérios de inclusão revisados. Entretanto, o ruim é que a maioria dos dados excluídos com base nesses critérios de inclusão revisados eram de países de renda baixa e média-baixa, onde apenas uma minoria dos recém-nascidos é pesada; assim, os dados disponíveis representam uma amostra tendenciosa, que inclui apenas crianças de famílias mais ricas.

As próximas medidas imediatas incluem finalização da sequência cronológica revisada, conclusão da criação de modelos, realização de consultas aos países e divulgação dos resultados no início de 2017. O grupo também elaborará diretrizes para pesar com precisão, registrar e emitir relatórios sobre os pesos ao nascer, para ajudar a melhorar a qualidade dos dados dos países.

Apresentar um relatório sobre BPN requer uma pessoa qualificada para prestar assistência especializada no parto, equipada com instrumentos adequados e com habilidade para pesar o bebê e registrar o peso ao nascer, além de sistemas eficazes de emissão de relatórios de rotina para agrupar os dados. Os relatórios globais de BPN continuarão sendo prejudicados por alimentação com dados precários até que os governos priorizem profissionais especializados para auxiliar no parto, investindo nisso e, ao mesmo tempo, removendo os obstáculos, para garantir que os pesos de todos os recém-nascidos sejam obtidos, registrados e informados em relatórios.

A ausência de dados é o principal obstáculo para nossa capacidade de identificar o verdadeiro progresso nos planos global e nacional e de aprender com ele. Ela oculta a desigualdade dentro dos países e torna bem mais difícil alcançar a aspiração dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de "não deixar ninguém para trás". Por fim, essa ausência também representa um grande obstáculo à responsabilização. O Painel 2.3 destaca os dados disponíveis nos perfis de nutrição dos países do próprio *Relatório sobre a Nutrição Mundial*.

Na era dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a revolução de dados deve incluir a nutrição. As pessoas da comunidade de nutrição devem aproveitar todas as oportunidades para se envolver nos processos de investimento de dados, começando pela Revolução Mundial de Dados para o fórum de Desenvolvimento Sustentável, previsto para o segundo semestre de 2016 e a cada dois ou três anos depois disso (SDSN da ONU 2015).

PROGRESSO NO STATUS DE NUTRIÇÃO A NÍVEL NACIONAL

Esta seção apresenta dados do status nacional de nutrição de três formas diferentes, para ajudar as partes interessadas de cada país a acelerar as ações em prol da nutrição.

Primeiro, apresentamos os dados por meio dos quais se pode constatar se os países estão mais próximos de cumprir cada uma das oito metas mundiais. Os países decidirão onde devem alocar sua energia e seus recursos no combate à má nutrição. Saber que eles estão próximos de alcançar uma meta global pode inspirar mais ações, embora isso possa também desviar a atenção dos indicadores nos quais eles estão fazendo pouco progresso. De qualquer forma, os dados adicionais devem estimular ainda mais a discussão sobre as prioridades.

Em segundo lugar, apresentamos a classificação de cada país em relação aos oito indicadores. A classificação nacional tende a

PAINEL 2.3 OS PERFIS DE PAÍSES DO *RELATÓRIO SOBRE A NUTRIÇÃO MUNDIAL*

TARA SHYAM

Os perfis de nutrição do *Relatório sobre a Nutrição Mundial* reúnem mais de 80 indicadores sobre o status de nutrição, abrangência de intervenção, determinantes subjacentes e recursos para todos os 193 países-membros da ONU. Esses dados são apresentados por país, região e sub-região, bem como em um perfil global. Eles estão disponíveis sob a forma de documentos à parte, de duas páginas, e como dados brutos no site www.globalnutritionreport.org.

Os dados são extraídos da OMS, do UNICEF, da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e do Banco Mundial, entre outros. Para incentivar os dados abertos para nutrição, todos os conjuntos de dados incluídos nos perfis do *Relatório sobre a Nutrição Mundial* foram obtidos de fontes disponíveis ao público, quer sejam livremente acessíveis (on-line ou impressas) ou livremente disponíveis junto à instituição que as publicou. Sempre que possível, dados de pesquisas têm sido utilizados nos perfis; entretanto, as melhores estimativas modeladas disponíveis também são utilizadas onde não se podem identificar dados de pesquisa sólidos do ponto de vista metodológico. Uma observação técnica, também disponível no site do *Relatório sobre a Nutrição Mundial*, detalha as fontes dos dados e as fornece as definições de cada indicador utilizado nos perfis.

Além de apresentar os dados que estão disponíveis, os perfis de nutrição também destacam onde existem lacunas, seja na disponibilidade de dados ou na compatibilidade dos dados de um país com as normas internacionais. Embora outras fontes de dados possam estar disponíveis, ser fidedignas e utilizadas a nível nacional, os perfis de nutrição do *Relatório sobre a Nutrição Mundial* incluem apenas dados cujas metodologias sejam consistentes nos 193 países. Isso garante que um único padrão esteja sendo utilizado ao se fazerem comparações entre os países para cada indicador.

Os perfis visam ajudar os defensores da nutrição de todos os setores a avaliar o progresso na nutrição de um país, compará-lo com o de outros dentro da mesma região e entre as regiões, e defender maiores ações em prol da nutrição em seu campo de trabalho.

FIGURA 2.4 Países que estão mais próximos de mudar de "fora do rumo" para "no rumo certo para atingir as metas", por indicador de nutrição

Atraso no crescimento, crianças menores de cinco anos (n = 114)	Nepal (mais próximo), Costa do Marfim, Nicarágua, Uruguai, Sérvia, Zimbábue, Índia, Guiné Equatorial, Ruanda, Sri Lanka
Emaciação, crianças menores de cinco anos (n = 130)	Suriname (mais próximo), Tonga, Haiti, Libéria, Vietnã, Camarões, Senegal, Congo, Butão, Guiné-Bissau
Sobrepeso, crianças menores de cinco anos (n = 109)	Jamaica (mais próximo), Djibouti, Bolívia, Marrocos, Lesoto, Indonésia, Chile, Moçambique, Ruanda, República da Coreia
Aleitamento materno exclusivo, < 6 meses (n = 83)	Peru (mais próximo), Malawi, Jamaica, Guatemala, Butão, Ucrânia, Etiópia, Armênia, ARI da Macedônia, Belarus
Anemia, mulheres com idade entre 15 e 49 anos (n = 185)	Peru (mais próximo), Vanuatu, México, Quênia, Filipinas, Etiópia, Tajiquistão, Indonésia, Panamá, Malawi
Sobrepeso/obesidade em adultos (IMC ≥ 25) (n = 190)	Nauru (mais próximo), Ilhas Marshall, Tonga, Kiribati, Micronésia, Palau, Fiji, Japão, Samoa, RPD da Coreia
Obesidade em adultos (IMC ≥ 30) (n = 190)	RPD da Coreia (mais próximo), Nauru, Japão, Afeganistão, Timor-Leste, Eritreia, Nepal, Níger, Burundi, República Centro-Africana
Diabetes em adultos (glicemia elevada) (n = 190)	Israel (mais próximo), Bósnia e Herzegovina, Letônia, Singapura, RPD da Coreia, Bélgica, Espanha, Ucrânia, Montenegro, Japão

META GLOBAL

Fonte: autores, com base nos dados de Stevens et al. (2013), UNICEF (2016b), UNICEF, OMS e Banco Mundial (2015), e OMS (2015a).

Observação: IMC = índice de massa corporal; RPD da Coreia = República Popular Democrática da Coreia; ARI da Macedônia = Antiga República Iugoslava da Macedônia.

PAINEL 2.4 OS LANÇAMENTOS DO *RELATÓRIO SOBRE A NUTRIÇÃO MUNDIAL* NOS PAÍSES PODEM DESENCADEAR NOVAS AÇÕES

LAWRENCE HADDAD

Tive a sorte de participar de mais de 20 lançamentos nacionais do *Relatório sobre a Nutrição Mundial* de 2014 a 2016, cobrindo países com tipos muito diferentes de ônus originário da má nutrição. Esta é uma avaliação subjetiva do que pude notar sobre a capacidade dos lançamentos de relatórios de originar o diálogo e a ação.

1. **A demanda de lançamentos nacionais é forte.** A grande maioria dos lançamentos é organizada pelas partes interessadas do país. Há uma expectativa de um evento que veja a má nutrição sob todos os pontos de vista, desde as entradas de informações até os resultados, que analise o progresso na região e também compare esse progresso com as metas mundiais, e fale tanto do processo quanto das realizações.

2. **Desencadeiam-se conversas.** Às vezes, elas são sobre os dados (por exemplo, por que os últimos dados nacionais são diferentes do que está nos bancos de dados da OMS/UNICEF/Banco Mundial e, portanto, no *Relatório sobre a Nutrição Mundial*); às vezes, tais conversas estão relacionadas com questões altamente relevantes no país anfitrião, mas que não foram suficientemente enfatizadas no *Relatório sobre a Nutrição Mundial* (por exemplo, o papel da mídia ou a desigualdade dentro de certo país); e, às vezes, elas são sobre a descrença de que determinado país esteja se saindo melhor (ou pior) do que um país vizinho.

3. **Iniciam-se ações.** Por exemplo: um ministro da saúde convoca sua equipe e exige que lhe digam por que o país não está no rumo certo para atingir uma certa meta global; um parlamentar deseja saber como seu país pode se comprometer com o Pacto Nutrição para o Crescimento; líderes de um processo nacional de planejamento integram-se na equipe do *Relatório sobre a Nutrição Mundial*, ajudando a moldar, a justificar e a comunicar sua nova estratégia nacional de nutrição; um secretário de gabinete deseja saber como utilizar as evidências sobre os retornos econômicos para uma ampliação das ações de nutrição; e um líder de uma rede da sociedade civil utiliza as estatísticas e as apresentações do *Relatório sobre a Nutrição Mundial* para defender a ideia de que o país deve participar do Movimento para a Ampliação da Nutrição.

4. **Os lançamentos do *Relatório sobre a Nutrição Mundial* são uma alternativa insuficiente para um esforço nacional semelhante.** Relatórios nacionais periódicos sobre a nutrição reforçariam a responsabilização pela nutrição, produziriam dados mais granulares e relevantes e alimentariam os processos nacionais e subnacionais de nutrição. Isso também estimularia a produção, a análise, o controle e a utilização de dados nacionais e subnacionais.

ser mais fácil de interpretar, tanto para os formuladores de políticas quanto para o público; portanto, ela pode desencadear um debate sobre o desempenho de cada país em relação a outros países.

Finalmente, para um grande número de países, apresentamos dados sobre o percentual de crianças menores de cinco anos afetadas pelo atraso no crescimento, pela emaciação, ou por ambos. Quando avaliamos o status de nutrição e defendemos a redução da má nutrição, tendemos a utilizar um indicador ou outro; mas combiná-los nos dá uma noção mais completa do ônus da má nutrição, o que, por sua vez, justifica a necessidade de se agir com urgência.

PAÍSES QUE ESTÃO MAIS PERTO DE ATINGIR AS METAS MUNDIAIS

O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015* acrescentou algumas nuances às avaliações dos países, distinguindo entre um país que não estava no rumo certo para atingir as metas, e portanto fazia pouco progresso, de outro que estava fora do rumo, mas fazia progresso. Aqui fornecemos alguns detalhes sobre os países que estão mais próximos de atingir cada um dos oito indicadores de nutrição monitorados no *Relatório sobre a Nutrição Mundial*. A proximidade é avaliada simplesmente com base na distância entre as taxas de progresso necessário para alcançar as metas e as taxas reais de progresso.[2]

A Figura 2.4 destaca os dez países, para cada indicador, que estão mais próximos de cumprir a taxa necessária de mudança para alcançar a meta global em 2025. A avaliação pode permitir uma interpretação diferente dos dados e, assim, fornecer aos países algum novo incentivo, ao saberem se estão "perto" de cumprir a meta global.

CLASSIFICAÇÕES NACIONAIS POR INDICADOR DE STATUS DE NUTRIÇÃO

As Tabelas 3.2 a 3.9 do Apêndice mostram a classificação dos países por seus níveis em relação aos oito indicadores da Figura 2.4. As classificações dão aos países uma noção de sua posição em relação a seus vizinhos e aos países semelhantes a eles, em vez de em relação a uma meta global. A classificação também é uma forma útil para organizações da sociedade civil compararem a posição de seu próprio país e para desenvolverem o diálogo sobre o motivo pelo qual seu país está se dando melhor ou pior em relação aos países semelhantes a ele. Nos numerosos lançamentos do *Relatório sobre a Nutrição Mundial* ao redor do mundo, apresentamos dados de status de nutrição para países em regiões específicas classificadas pelos oito indicadores monitorados pelo *Relatório sobre a Nutrição Mundial*. A posição do país anfitrião em relação a seus vizinhos nunca deixa de chamar a atenção dos

funcionários do governo anfitrião ou da mídia nacional do país (Painel 2.4).

CLASSIFICAÇÃO DOS PAÍSES PELO ÔNUS COMBINADO DE ATRASO NO CRESCIMENTO E DE EMACIAÇÃO

Nem todas as crianças com atraso no crescimento sofrem de emaciação. E nem todas as crianças que sofrem de emaciação têm atraso no crescimento. Para avaliar completamente o ônus da subnutrição em crianças menores de cinco anos, precisamos estimar quantas crianças são afetadas pelo atraso no crescimento, pela emaciação, ou por ambos. No *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*, utilizando dados de cinco países com um elevado ônus de subnutrição, fornecemos um instantâneo da prevalência de crianças de seis a 59 meses de idade que sofriam de atraso no crescimento, de emaciação ou de ambos (concomitância), destacando o fato de que, em todos os cinco países, uma minoria de crianças evitou tanto o atraso no crescimento quanto a emaciação (Dolan, Mwangome e Khara 2015).

Aqui fornecemos uma análise expandida de todos os países com disponibilidade de conjuntos de dados recentes representativos do país (2005-2015).[3] Os 83 países dessa amostra incluíram aqueles com ônus de subnutrição alto, médio e baixo. A prevalência estimada de crianças entre seis e 59 meses de idade que sofrem de atraso no crescimento ou de emaciação é de 38,9%. Isso se compara a uma estimativa para os mesmos países de 33,0% das crianças de seis a 59 meses que têm atraso no crescimento. Uma estimativa do percentual de crianças que sofrem de atraso no crescimento ou de emaciação fornece uma estimativa mais ampla do ônus de má nutrição que afeta crianças menores de cinco anos do que apenas as estatísticas de atraso no crescimento. Conforme mostra a Figura 2.5, dos 83 países, há 13, destacados em vermelho, onde menos da metade de todas as crianças menores de cinco anos escaparam tanto do atraso no crescimento quanto da emaciação.

CHAMADOS À AÇÃO

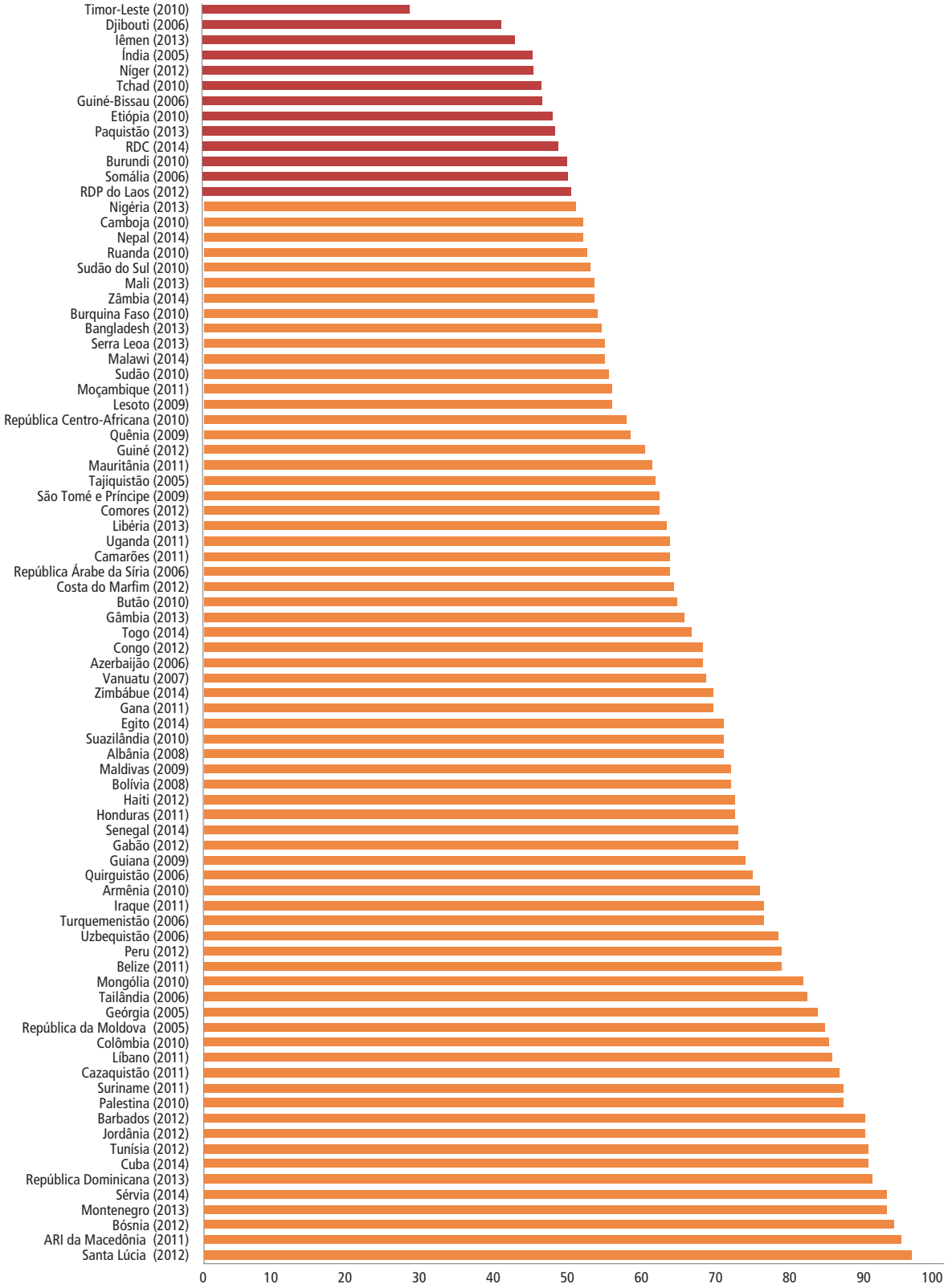
1. **Apoiar mais histórias de progresso nutricional.** Cada país é um exemplo de sucesso, falha ou estagnação em matéria de nutrição, mas essas histórias precisam ser contadas. Os países que estão no rumo certo para atingir as metas mundiais podem fornecer orientação e inspiração sobre como reduzir a má nutrição; os países que não estão no rumo certo para atingir as metas também exigem mais análises e compreensão. Os financiadores devem incentivar os pesquisadores a realizar essas avaliações, os jornais devem publicar esses relatórios e as constatações devem ser divulgadas na mídia. A necessidade de histórias fidedignas é particularmente grande onde os indicadores estão estagnando ou se agravando. Dada a necessidade urgente de histórias de progresso, um importante programa de pesquisa plurianual e plurinacional deveria ser financiado até 2018, para descobrir por que as mudanças ocorrem ou não.

2. **Investir em mais e melhores dados para avaliar o progresso.** A disponibilidade de dados comparáveis a nível internacional sobre os resultados de nutrição ainda é ineficiente, porque não se coletam dados de alta qualidade a nível nacional, ou porque tais dados não são divulgados nas Nações Unidas; estes dados, porém, são essenciais para garantir a responsabilização.
   - Pesquisas sobre as taxas de atraso no crescimento, emaciação e sobrepeso em crianças menores de cinco anos, bem como sobre o aleitamento materno exclusivo, devem ser realizadas pelo menos a cada três a cinco anos. São necessárias mais pesquisas para avaliar a anemia. Os financiadores de Pesquisas de Demografia e Saúde, de Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos, bem como de outras pesquisas do gênero, devem estar preparados para se coordenar mais entre si e responder à demanda dos governos por pesquisas a cada três anos. Países com ônus elevado de má nutrição e com dados de mais de cinco anos de idade devem ser uma prioridade na hora de se efetuar nova coleta de dados.
   - Até 2020, todos os países de renda alta devem compatibilizar seus dados com os bancos de dados da ONU.
   - Nos próximos 12 meses, os defensores da nutrição na ONU e nas instituições multilaterais deverão reforçar a presença da nutrição na atual discussão sobre "revolução de dados" para garantir que a nutrição não fique para trás. Esse esforço poderia começar com a Revolução Mundial de Dados para o Fórum de Desenvolvimento Sustentável, no segundo semestre de 2016.

> Todo país é um exemplo de sucesso, fracasso ou estagnação em matéria de nutrição, mas estas histórias precisam ser contadas.

3. **Começar a avaliar o progresso nacional sobre nutrição todos os anos.** Os países devem pensar em produzir relatórios nacionais anuais sobre nutrição, associados a processos atuais e utilizar esses dados para avaliar o progresso e as evidências sobre o que funciona, ajustar táticas e orçamentos, alterar planos nacionais de nutrição e assumir a responsabilidade pelo progresso.

FIGURA 2.5 Percentual de crianças de 6-59 meses de idade que não sofrem de atraso no crescimento, nem de emaciação



Fonte: Tanya Khara, Martha Mwangome e Carmel Dolan, com base nos dados de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) (2005-2015) e do UNICEF (2016c).

Observação: as barras vermelhas especificam o país/ano em que o percentual de crianças de seis a 59 meses de idade que escaparam do atraso no crescimento, da emaciação ou de ambos ficou abaixo de 50%. RDC = República Democrática do Congo; RDP do Laos = República Democrática Popular do Laos; ARI da Macedônia = Antiga República Iugoslava da Macedônia.

3 DEFINIÇÃO DO ALVO: O PROGRESSO NO ESTABELECIMENTO DE METAS DE NUTRIÇÃO

PRINCIPAIS CONCLUSÕES

Este capítulo explora a dimensão do progresso alcançado pelos governos e empresas na definição de metas de nutrição aos níveis nacional, subnacional e empresarial.

- O estabelecimento de metas nacionais pode ajudar a incitar medidas em prol da nutrição e a fixar metas que sejam SMART (específicas, mensuráveis, atingíveis, relevantes e com prazos definidos), o que pode ajudar a garantir o foco e a responsabilidade. Muitos países, contudo, não conseguiram estabelecer tais metas, ou não conseguiram fazer delas metas SMART. Uma análise de 122 planos nacionais de nutrição, com um total potencial de 732 metas (seis metas para a saúde materna, de bebês até um ano de idade e de crianças pequenas, em cada um dos 122 planos) revelou apenas 358 metas, pouco menos da metade do número estimado. Quando existiam metas, apenas dois terços delas eram SMART.
- Alguns governos nacionais começaram a estabelecer metas relacionadas com doenças não transmissíveis (DNTs), indicando um compromisso crescente; mas eles ainda são uma minoria. Apenas cerca de 30% dos países que forneceram dados à Organização Mundial da Saúde incorporaram metas para a obesidade, diabetes e redução de sal em seus planos nacionais de controle das DNTs.
- Muitos programas de melhoria da nutrição foram descentralizados para unidades administrativas subnacionais; porém, são poucos os exemplos de definição de metas subnacionais. Mesmo as influentes missões estaduais de nutrição da Índia são inconsistentes ao estabelecer as metas de nutrição.
- Aproximadamente a metade das 22 grandes empresas de alimentos e bebidas pesquisadas estabeleceram limites de sal, açúcar e gordura adicionais. Praticamente nenhuma dessas empresas estabeleceu a meta de aumentar os níveis de ingredientes mais saudáveis (como grãos integrais, frutas e vegetais) em seus produtos, ou de garantir o acesso a produtos saudáveis.

POR MEIO DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE (AMS), OS PAÍSES ASSINARAM METAS GLOBAIS DE NUTRIÇÃO (PAINEL 2.1, CAPÍTULO 2); E, COMO MOSTRA O CAPÍTULO 2, UMA FORMA DE acompanhar o progresso dos países é aplicar essas metas globais em âmbito nacional. Contudo as metas que os países estabeleceram para si mesmos são provavelmente ferramentas mais eficazes para promover a responsabilização. Por definição, estas metas autoestabelecidas têm maior adesão do governo e permitem mais controle do que as estabelecidas por entidades de fora do país. E estas metas são mais úteis para a responsabilização quando são SMART (isto é, específicas, mensuráveis, atingíveis, relevantes e com prazos definidos).

Este capítulo foca no progresso dos países no estabelecimento de metas nacionais para os indicadores mencionados no Capítulo 2 (Tabela 2.1). Revisamos os planos nacionais dos países, tanto para a nutrição como para as doenças não transmissíveis (DNTs), para identificar se incluem metas claras e SMART para o progresso. Como o estabelecimento das metas por outras partes interessadas também é importante (ver Capítulo 1), revisamos a evidência sobre o estabelecimento de metas das 22 empresas de alimentos e bebidas que participam do Índice de Acesso à Nutrição.

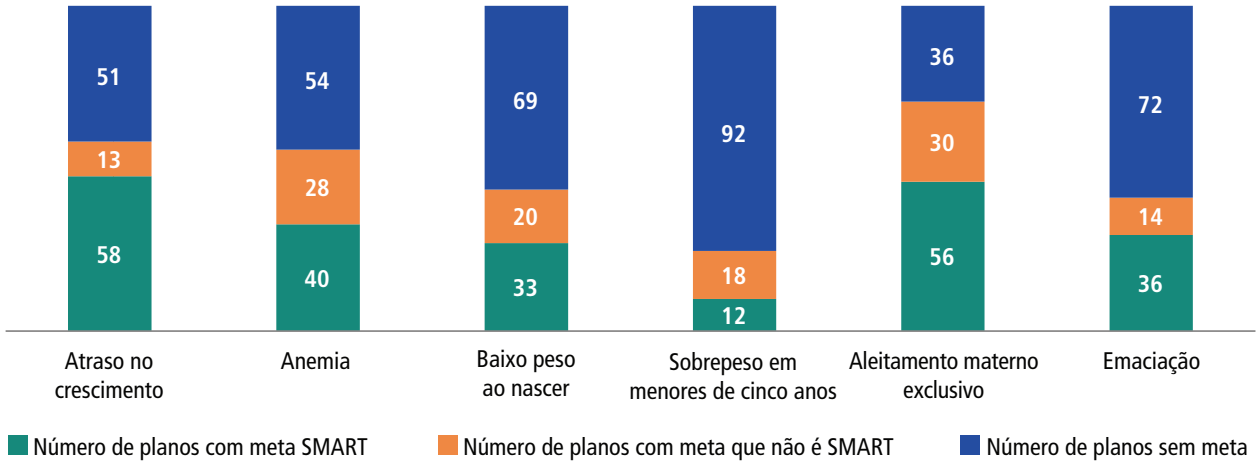
METAS NACIONAIS DE NUTRIÇÃO MATERNA, DE BEBÊS E CRIANÇAS PEQUENAS

Desde a Conferência Internacional de 1992 sobre Nutrição, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem monitorando o desenvolvimento e a implementação de planos nacionais de ação nos países.[1] A OMS revisou os planos de nutrição para avaliar quantos países têm metas paras as seis metas globais sobre nutrição materna, de bebês e crianças pequenas: atraso no crescimento, emaciação e sobrepeso em crianças abaixo de cinco anos, baixo peso ao nascer, anemia em mulheres em idade reprodutiva e aleitamento materno exclusivo. Avaliou ainda se essas metas são SMART, ou seja, específicas (definidas, neste caso, como alinhadas com as metas globais incluídas nos quadros de monitoramento global da OMS), mensuráveis (incluem uma referência[2] e um valor final) e com prazos definidos (indicam prazos específicos).[3]

A equipe da OMS identificou 122 planos de nutrição nacionais e os analisou, para avaliar quantos incluíam metas SMART. Idealmente, cada um dos 122 planos incluiria o conjunto completo de seis metas globais sobre nutrição materna, de bebês e crianças pequenas, e todas seriam SMART, criando um potencial total de 732 metas SMART. A análise mostra, entretanto, que estes 122 planos incluem somente 358 metas - menos da metade das potenciais 732 (Figura 3.2). Onde existem metas, apenas 235 delas (66%) são SMART.

Há também uma variação significativa entre as metas. Como mostra a Figura 3.1, 86 de 122 planos de países contêm metas para melhorar as taxas de aleitamento materno exclusivo. Por outro lado, somente 30, de 122 planos, contêm metas para

FIGURA 3.1 Número dos 122 planos de nutrição nacionais que têm metas, metas SMART e que não têm metas para a nutrição materna, de bebês e crianças pequenas



Fonte: autores, com base em dados de Chizuru Nishida e de Kaia Engesveen.

PAINEL 3.1 FERRAMENTAS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) PARA AJUDAR OS PAÍSES A ESTABELECER METAS NACIONAIS DE NUTRIÇÃO

ELAINE BORGHI, KAIA ENGESVEEN, CHIZURU NISHIDA E MERCEDES DE ONIS

A *Ferramenta de Acompanhamento de Metas Mundiais de Nutrição* (OMS, 2016f) ajuda os países no processo de adaptar as metas globais aos planos nacionais. A ferramenta indica os dados atualizados e comparáveis de um país para cinco dos seis indicadores de metas de nutrição globais (o baixo peso ao nascer ainda não foi incluído). É uma ferramenta interativa, fornecendo para cada um dos indicadores o status de referência, as tendências recentes e o progresso necessário para alcançar as metas estabelecidas para 2025. Esta ferramenta também tem o objetivo de fornecer padrões para o acompanhamento de realização de metas, identificação de lacunas e incentivo à ação.

Um planejamento de políticas baseado em evidências para a nutrição dá orientações sobre *Planos de Melhoria para Países em Desenvolvimento* (OMS, 2016b) através de cinco etapas propostas. Estas etapas podem ser adaptadas ao contexto e à situação do país, usando evidência global e local. Foi desenvolvido em estreita colaboração com a Rede de Políticas Baseadas em Evidências.

O *Sistema de Informações sobre o Panorama da Nutrição* (NLIS) (OMS, 2016i) oferece perfis de nutrição por país, reunindo todos os bancos de dados de nutrição da OMS e incluindo dados sobre outros indicadores-chave relacionados. O NLIS inclui dados sobre obesidade e, no futuro, incluirá dados sobre a lista ampliada dos indicadores do Quadro de Monitoramento de Nutrição Global, o que inclui alguns indicadores de dieta relevantes para doenças não transmissíveis relacionadas com a nutrição.

O *Quadro Conceitual da OMS* (OMS, 2016g) para dificuldades de crescimento e desenvolvimento facilita o entendimento dos diferentes fatores de risco associados ao atraso no crescimento infantil, uma das metas de nutrição globais. O atraso no crescimento também está estreitamente ligado a outras metas de nutrição globais, e o quadro destaca a necessidade de abordagem de vida integral, reconhecendo a saúde das mulheres como a base para a nutrição da criança e destacando o aleitamento materno exclusivo e a alimentação complementar adequada.

A *Biblioteca Eletrônica de Evidências para as Ações de Nutrição* (eLENA) (OMS, 2016d) fornece informações sobre aproximadamente 100 intervenções relacionadas com a nutrição e a dieta com base em evidências, abrangendo todas as formas de má nutrição. O novo aplicativo para celulares eLENA permite o acesso através de smartphones em locais sem acesso confiável à Internet.

Os recursos financeiros e humanos necessários para executar as intervenções selecionadas de nutrição podem ser avaliados através da ferramenta *OneHealth* (OMS, 2016i). Esta ferramenta é projetada para fortalecer a análise do sistema de saúde, o planejamento estratégico e os custos. Ela contém um módulo de nutrição com todas as ações essenciais de nutrição da OMS, assim como outras intervenções específicas de nutrição e sensíveis à nutrição, normalmente realizadas pelo setor de saúde. A ferramenta OneHealth contém vários módulos de impacto, sendo um deles a *Ferramenta de Vidas Salvas* (LiST) (OMS, 2016u). A LiST estima o impacto de intervenções selecionadas na mortalidade infantil e na morbidez, incluindo atraso no crescimento, emaciação e anemia em mulheres grávidas; ela pode, portanto, indicar se as metas do país são atingíveis ou não, conforme a cobertura planejada do programa e os recursos humanos e financeiros disponíveis.

A *Ferramenta de Produção de Contas da Saúde* (OMS, 2016v) acompanha as despesas em ações específicas de nutrição e sensíveis à nutrição. Ela pode ajudar a estabelecer metas de resultados de nutrição que sejam atingíveis e relevantes, bem como a definir metas SMART (específicas, mensuráveis, atingíveis, relevantes e com prazos definidos) de despesas que levem em conta lacunas de financiamento em relação ao aumento das intervenções de nutrição.

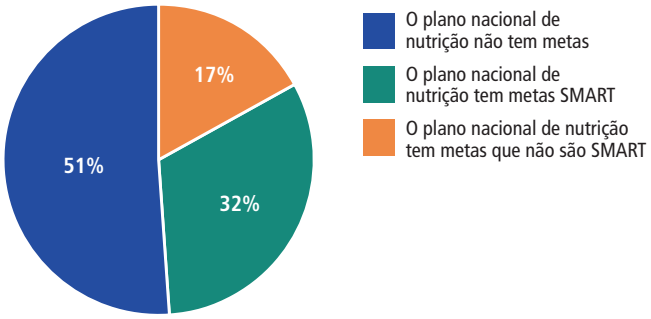
Os gargalos na implementação podem ser identificados através de ferramentas tais como as *Avaliações de Análise do Panorama do País* (OMS, 2016h). As equipes multissetoriais do país poderão utilizar esta ferramenta de avaliação rápida participativa para avaliar sistematicamente os compromissos e capacidade dos países (isto é, sua prontidão) para agir conforme a escala requerida.

O *Banco de Dados Global de Ações de Implementação de Nutrição* (GINA) (OMS, 2016e) pode ajudar os planejadores a superar obstáculos na implementação, através do aprendizado das melhores práticas de outros países. Além disso, o GINA fornece um repositório dos compromissos da política do país e das ações implementadas (atualmente, informações sobre 184 países).

reduzir as taxas de sobrepeso em menores de cinco anos. Há também diferenças nas proporções destas metas que são SMART: 82% das metas de redução do atraso no crescimento são SMART (58 de 71), mas somente 40% das metas de redução do sobrepeso em crianças são SMART (12 de 30).

Para ajudar os governos a avançar e desenvolver metas de nutrição, a OMS tem diversas ferramentas para dar suporte ao estabelecimento de metas nacionais. Estas ferramentas que, na sua maior parte, visam combater a subnutrição, se encontram resumidas no Painel 3.1.

FIGURA 3.2 Presença de metas de nutrição materna, de bebês e crianças pequenas em 122 planos de nutrição nacionais (%)



Fonte: autores, com base em dados de Chizuru Nishida e de Kaia Engesveen.

Observação: SMART = específica, mensurável, atingível, relevante e com prazo definido.

TABELA 3.1 Número de países com metas para a obesidade em adultos, diabetes em adultos e redução de sal, por região da OMS

	Obesidade	Diabetes	Redução de sal
Região africana	12	8	8
Região das Américas	11	9	6
Região do Mediterrâneo Oriental	7	7	4
Região Europeia	9	9	7
Região do Sudeste Asiático	7	5	5
Região do Pacífico Ocidental	17	17	13
Total	**63**	**55**	**43**

Fonte: dados de relatórios não publicados da Pesquisa de Capacidade de Combate a DNTs dos Países, fornecidos pela Unidade de Vigilância e Prevenção com Base na População da OMS, Departamento para a Prevenção de DNTs. Impresso com permissão.

METAS NACIONAIS PARA DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS RELACIONADAS COM A NUTRIÇÃO

As metas globais para as DNTs foram estabelecidas como parte do Quadro de Monitoramento Global de DNTs, baseado no desempenho histórico dos países melhor colocados na classificação, representando 10% do total de países, para ajudar a estabelecer o nível de realização considerado possível até 2025 (as metas se encontram listadas no documento OMS 2016p). Para preencher as lacunas de dados, a OMS estabeleceu referências padronizadas com base em idade para 2010, para todas as metas, com base nos dados e métodos de estimativa existentes. A OMS também acompanha rotineiramente os progressos e emite relatórios de status periódicos globais.

A OMS agora está incentivando e apoiando os estados-membros a desenvolver metas nacionais baseadas nas estabelecidas no Quadro de Monitoramento Global de DNTs, porém também baseadas na situação nacional de cada país. Para adaptar as metas globais ao âmbito nacional, a OMS aconselha os países a revisarem seu desempenho atual na prevenção e gestão de DNTs; o nível atual de mortalidade associado às DNTs; exposição a fatores de risco; e programas, políticas e intervenções orientadas para o combate às DNTs, tanto planejadas como em andamento.

A OMS produziu diversos documentos de orientação para auxiliar os governos nacionais no estabelecimento de metas nacionais consistentes com as metas globais para reduzir as DNTs. O primeiro documento contém uma orientação detalhada aos estados-membros para que possam medir corretamente cada um dos 25 indicadores e monitorar seu progresso ao longo do tempo. Para cada indicador, fornece-se uma definição completa; identificam-se as fontes apropriadas de dados e apresenta-se um cálculo detalhado, onde for preciso. A segunda ferramenta é uma planilha Excel que permite aos países inserir os dados atuais de prevalência para calcular o nível que eles possam desejar estabelecer para uma meta e os valores que preveem para 2025 ou quaisquer anos que eles queiram monitorar nesse ínterim.[4]

A OMS dá apoio aos países no uso dessas ferramentas, oferecendo oficinas em diversos países, nas quais os países revisam suas fontes de dados existentes, o nível de resposta programática e os futuros investimentos planejados para a prevenção e o controle das DNTs. Os países também estudam os níveis apropriados para o estabelecimento de metas nacionais. As ferramentas também são usadas em missões especiais em cada país.

O grupo de combate às DNTs da OMS usa sua pesquisa da capacidade do país para enfrentar as DNTs, na qual se coletam os dados fornecidos pelo próprio país para acompanhar quantos planos nacionais de DNTs incluem essas metas, inclusive um aumento de 0% em obesidade/diabetes e uma redução de 30% no consumo de sal/sódio. A Tabela 3.1 mostra os dados fornecidos por 174 países. Destes, 36% têm metas para a obesidade, 31%, para o diabetes e 25%, para a redução de sal. Alguns países usaram as mesmas metas ou metas similares àquelas estabelecidas globalmente. Por exemplo, o Quênia estabeleceu metas nacionais de aumento de 0% na obesidade e no diabetes até 2020, a mesma meta global, só que para 2020, em vez de para 2025 (Painel 3.2). A redução de sal tem uma meta mais baixa de 15% até 2020. Outros países adotaram metas

PAINEL 3.2 PLANEJAMENTO NACIONAL PARA COMBATER A OBESIDADE NO QUÊNIA

LINDSAY JAACKS, JUSTINE KAVLE, ALBERTHA NYAKU E ABIGAIL PERRY

Poucos países da África ao sul do Saara têm respostas nacionais para abordar a epidemia de obesidade, apesar do fato de que, em muitos países (tais como Gana, Quênia, Mauritânia, Níger, Serra Leoa, República Unida da Tanzânia e Zimbábue), a prevalência de sobrepeso e obesidade entre as mulheres de 19 a 49 anos está se aproximando de 50% nas áreas urbanas (MQSUN 2016). No Quênia, aproximadamente uma em cada duas mulheres que vivem em áreas urbanas, e uma em cada quatro que vivem em áreas rurais, tem sobrepeso ou é obesa, assim como aproximadamente 15% das adolescentes (de 15 a 18 anos de idade) que vivem em áreas urbanas, e 8% das que vivem em áreas rurais (Jaacks, Slining e Popkin, 2015). A obesidade e o sobrepeso atingem também aproximadamente 5% das crianças com menos de cinco anos (Tzioumis et al., 2016). A prevalência crescente do sobrepeso contribuiu para um aumento rápido nas doenças não transmissíveis (DNTs), que respondem agora por 27% das mortes de quenianos de 30 a 70 anos de idade (OMS, 2016q).

O governo está começando a agir, um dos poucos exemplos de tal ação na região. Em 2015, o Ministério da Saúde publicou a estratégia nacional do Quênia para a Prevenção e o Controle de Doenças não Transmissíveis, 2015-2020, que inclui uma meta de nenhum aumento na obesidade e no diabetes em adultos. Esta meta é similar à meta de obesidade estabelecida no Quadro de Monitoramento Global de DNTs. O Plano Nacional de Ações de Nutrição (2012-2017) (Quênia, Ministério da Saúde Pública e Saneamento, 2012) fornece atividades específicas para abordar o aumento do sobrepeso e da obesidade no Quênia, incluindo o seguinte: revisar, desenvolver e disseminar uma estratégia abrangente e diretrizes para a prevenção, administração e controle de DNTs relacionadas com a nutrição; treinar prestadores de serviços e conscientizar o público sobre a importância da prevenção, administração e do controle DNTs relacionadas com a nutrição; ampliar a monitoração do índice de massa corporal (IMC) e circunferência da cintura da comunidade e melhorar a nutrição nas escolas (isto é, revisar, desenvolver e disseminar diretrizes de nutrição para as escolas, mobilizar recursos para manter bons programas de alimentação e integrar a educação para a nutrição no currículo escolar).

Quanto à obesidade infantil, as orientações da política para a nutrição materna, de bebês e crianças pequenas do país para 2013 afirmam que a obesidade infantil é um problema de saúde pública emergente (Quênia, Ministério da Saúde, Divisão de Nutrição, 2013). Além disso, em 2014, a primeira-dama do país comprometeu-se a melhorar a nutrição, dando ênfase, em particular, à obesidade infantil. Em resposta a este chamado à ação, o Ministério da Saúde está desenvolvendo atualmente um Plano de Ação Nacional para a Prevenção da Obesidade Infantil, com base nas ferramentas da OMS contidas em sua publicação *Priorização de Áreas de Ação no Campo da Prevenção da Obesidade Infantil Baseada na População* (OMS, 2016m). Uma grande lacuna notada pelo Ministério, entretanto, é a falta de dados para crianças de cinco a 14 anos de idade.

Embora o Quênia esteja no bom caminho, ao integrar sobrepeso e obesidade nas políticas de saúde e nos planos de ação, o país ainda precisa alocar verbas para o programa de combate à obesidade, bem como dedicar mais recursos financeiros à nutrição em geral. Mais apoio político, além de uma vontade política mais firme, incluindo o apoio de diversos setores, são necessários para que se impeça o aumento da obesidade.

mais ambiciosas. Por exemplo, na Estratégia Sul-Africana para a Prevenção e Controle da Obesidade, os ministros do governo "[se] comprometem e convidam todas as partes interessadas a apoiar e fortalecer os esforços para prevenir e reduzir a prevalência da obesidade em até 10% até 2020" (África do Sul, Departamento de Saúde 2015, 10).

O Painel 3.2 fornece mais detalhes sobre os planos para reduzir a obesidade e as DNTs no Quênia, inclusive através da adoção de metas.

ALVOS SUBNACIONAIS

Há uma necessidade crescente de metas de nutrição no âmbito das unidades administrativas subnacionais. Os responsáveis pelas políticas precisam de metas para guiar as ações que conduzirão ao nível zero de má nutrição; os administradores subnacionais precisam dessas metas, na medida em que a responsabilidade pela implementação de programas de nutrição é descentralizada; as empresas precisam delas para identificar oportunidades; os doadores externos precisam dessas metas para direcionar suas intervenções e a sociedade civil precisa delas para promover a responsabilização em relação aos mais vulneráveis. Mas estabelecer metas ao nível subnacional não é fácil: requer capacidade no nível subnacional para monitorar o progresso em relação às metas. Requer, ainda, líderes subnacionais politicamente corajosos conforme seus esforços se tornem mais transparentes.

As missões estaduais de nutrição da Índia são um exemplo de como um comprometimento louvável não era, até hoje, inteiramente respaldado por metas. Estas missões atendem seis estados, com uma população combinada de mais de 300 milhões

PAINEL 3.3 AS MISSÕES ESTADUAIS DE NUTRIÇÃO NA ÍNDIA: FRACO DESEMPENHO NO ESTABELECIMENTO DE METAS

NEHA RAYKAR E PURNIMA MENON

Embora as quedas nas taxas de subnutrição na Índia tenham se acelerado desde 2006, estes resultados mais rápidos ainda estão bem abaixo das taxas de progresso necessárias para atingir as metas globais de nutrição adotadas pela Assembleia Mundial da Saúde (AMS) da qual a Índia é signatária. A Índia está atrás de muitos países mais pobres da África ao sul do Saara; às atuais taxas de declínio, a Índia chegará às taxas de atraso no crescimento de Gana ou Togo em 2030 e às da China, em 2055. Além disso, o status e o progresso nutricional na Índia variam muito de um estado para outro. A Índia precisa estabelecer urgentemente metas a nível subnacional para atingir as metas globais de nutrição e de Desenvolvimento Sustentável (ODSs).

Com relação aos desafios relativos ao estabelecimento de metas a nível estadual, para obter resultados nutricionais, avaliamos se os estados que declararam seu comprometimento para com a nutrição sob a forma de uma missão estadual de nutrição independente também incluíram prazos para melhorias na nutrição. Maharashtra foi o primeiro estado da Índia a lançar sua missão sob a forma de um corpo técnico e consultivo autônomo, em 2005, sob os auspícios do Departamento do Desenvolvimento das Mulheres e Crianças. Subsequentemente, outros cinco estados lançaram suas respectivas missões baseadas no modelo de Maharashtra: Madhya Pradesh, Uttar Pradesh, Odisha, Gujarat e Karnataka. Todas as seis missões estaduais de nutrição concentram-se no período de 1.000 dias após a concepção e se comprometem a aperfeiçoar a coordenação entre setores de forma a melhorar a nutrição infantil.

Estado	A missão estadual de nutrição tem metas de nutrição globais com prazos definidos?					
	Atraso no crescimento em menores de cinco anos	Emaciação em menores de cinco anos	Baixo peso ao nascer	Sobrepeso em menores de cinco anos	Anemia em mulheres em idade reprodutiva	Aleitamento materno exclusivo
Uttar Pradesh	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim
Maharashtra[a]	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Odisha	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Karnataka	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Gujarat	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Madhya Pradesh	Não	Não	Não	Não	Não	Não

Fonte: Maharashtra, Missão de Saúde e Nutrição (2016); Uttar Pradesh, Missão Estadual de Nutrição (2014); Odisha, Departamento do Desenvolvimento das Mulheres e Crianças (2016); Missão de Nutrição Abrangente de Karnataka (2016); Gujarat, Departamento de Saúde e Bem-Estar da Família (2012); Madhya Pradesh, Departamento do Desenvolvimento das Mulheres e Crianças (2016).

[a] Maharashtra monitora alguns destes indicadores sob seu plano de ação, mas não há metas com prazo definido para nenhum deles.

Continua

de pessoas, que resolveram assumir um compromisso público de melhorar a nutrição. Porém, como mostra o Painel 3.3, poucos deles têm metas numéricas e cronogramas concretos para a melhoria nos indicadores de status de nutrição. Uma razão pela qual as missões de nutrição na Índia não cobrem todas as metas enumeradas no Painel 3.3 é, provavelmente, o fato de elas partirem normalmente do Departamento de Estado ou do Ministério do Desenvolvimento das Mulheres e Crianças (WCD), cuja agenda trata da nutrição suplementar. As questões que são abordadas por outros departamentos, como a saúde, não são articuladas nos planos, nem nas missões dos departamentos do WCD. Esta situação demonstra a necessidade de missões ou agências multissetoriais, que envolvam vários departamentos simultaneamente, com alvos claramente definidos e metas mensuráveis, além de pontos de ação monitoráveis para todos os setores.

METAS EMPRESARIAIS

Os países não são as únicas partes interessadas para quem o estabelecimento de metas pode fornecer foco e promover responsabilização.[5] Como o *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015* demonstrou, as empresas influenciam bastante os resultados de nutrição. Quantas das grandes empresas de alimentos e de bebidas estabeleceram metas de nutrição? O Índice de Acesso à Nutrição (ATNI) avalia até que ponto as principais empresas de alimentos e de bebidas se comprometem claramente ou têm políticas formais sobre questões-chave e, em áreas selecionadas, se estabelecem metas quantificáveis.

No ATNI global de 2016, 22 empresas foram avaliadas por meio de pontuação sobre o estabelecimento de metas em 14 áreas que se prestam a objetivos mais quantitativos. A Figura 3.3 mostra

Continuação

PAINEL 3.3 AS MISSÕES ESTADUAIS DE NUTRIÇÃO NA ÍNDIA: FRACO DESEMPENHO NO ESTABELECIMENTO DE METAS

NEHA RAYKAR E PURNIMA MENON

Algumas ideias surgiram da avaliação do estabelecimento de metas no contexto das missões de nutrição em estados da Índia.

1. Apenas dois dos seis estados têm metas claras e mensuráveis para os resultados de nutrição: Uttar Pradesh (Missão de Nutrição do Estado de Uttar Pradesh) e Odisha (Plano de Operação de Nutrição de Odisha). O plano de ação da Missão de Nutrição e Saúde Materno-Infantil Rajmata Jijau, de Maharashtra, inclui o acompanhamento de dez importantes indicadores relacionados com a saúde materna e infantil, mas não especifica metas mensuráveis, nem prazos para estes indicadores. Os estados de Gujarat, Madhya Pradesh e Karnataka não incluem nenhuma meta específica em suas declarações de missão.

2. Nem todas as metas estão alinhadas com as metas globais de nutrição: Uttar Pradesh inclui quatro das seis metas, excluindo baixo peso ao nascer e prevalência de sobrepeso; mas inclui como indicador adicional a prevalência de baixo peso, que não é uma meta global. O Plano de Operação de Nutrição de Odisha inclui apenas atraso no crescimento, emaciação e baixo peso, excluindo as outras metas globais de anemia em mulheres, aleitamento materno exclusivo, sobrepeso em crianças e baixo peso ao nascer.

3. Nos estados que têm metas, elas se baseiam em dados mais antigos. Por exemplo, o plano de ação da Missão de Nutrição do Estado de Uttar Pradesh para 2014-2024 baseia-se nos resultados da Terceira Pesquisa Nacional de Saúde Familiar da Índia (NFHS-3), de 2005 a 2006, e inclui metas com prazos definidos para o atraso no crescimento, a emaciação, o baixo peso, o aleitamento materno exclusivo e a anemia em mulheres. O progresso nos indicadores de metas poderia, ao invés disso, ser medido utilizando os dados da recentemente divulgada Pesquisa Rápida sobre Crianças, de 2014, para que os valores de referência reflitam o status mais recente da subnutrição no estado. Da mesma forma, o Plano de Operação de Nutrição de Odisha, visando acelerar a redução de baixo peso em 15 distritos que apresentam um alto ônus dessa deficiência no estado, inclui metas para o atraso no crescimento, a emaciação e o baixo peso, com base nos níveis do NFHS-3 de 2005-2006.

É necessária uma ação urgente para que todos os estados utilizem os dados novos e atualizados para relatar o estado atual da nutrição e definir novas metas, abrangendo todos os seis indicadores de metas incluídos nos acordos mundiais, e assegurar a disponibilidade de mecanismos apropriados de coleta de dados que forneçam dados comparáveis sobre estas metas ao longo do tempo. O estabelecimento de metas constitui a primeira providência a tomar para fortalecer a responsabilização. A segunda providência é coletar dados sobre as metas declaradas.

que as empresas geralmente não estabeleceram nem publicaram claramente metas mensuráveis.

Com respeito à composição nutricional de seus produtos, 62% das empresas (13 de 21 para as quais isso é relevante) estabeleceram metas para reduzir o sal (ou o sódio) em seus produtos. Dez de 21 empresas (cerca de 50% das empresas relevantes) estabeleceram uma meta para gorduras trans. E, embora algumas tenham estabelecido metas para reduzir gorduras saturadas ou açúcar, praticamente nenhuma estabeleceu metas para aumentar os níveis de ingredientes mais saudáveis, como grãos integrais, fibras, frutas e vegetais.

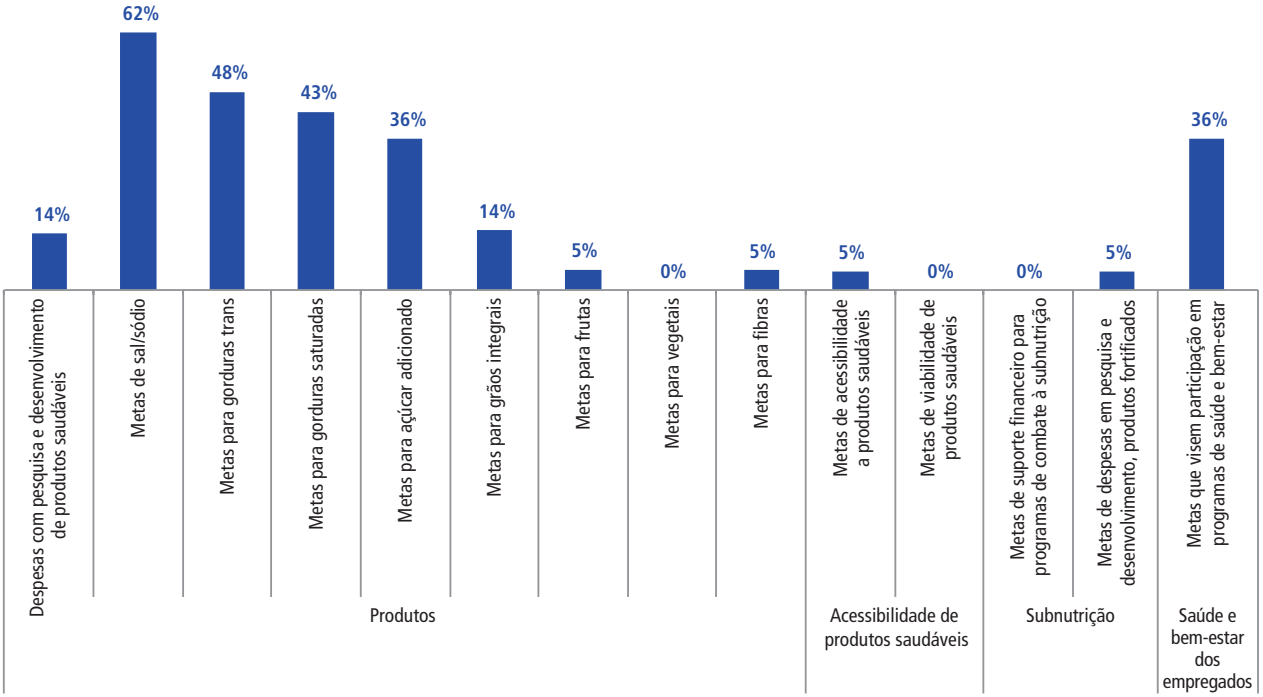
Nas outras áreas onde o ATNI avalia se as empresas têm metas, tais como a acessibilidade ou a viabilidade econômica de produtos saudáveis, despesas de pesquisa e desenvolvimento para produtos mais nutritivos, ou apoio financeiro para programas de combate à subnutrição, o desempenho é lamentável, sendo que somente uma empresa estabeleceu uma meta em duas das quatro dimensões de desempenho. Até mesmo na área de saúde e bem-estar do empregado, somente oito empresas (36%) estabeleceram metas para o nível de participação que esperam estimular nesses programas.

As empresas são administradas, e seu valor é avaliado ao estabelecerem e realizarem metas-chave: metas de receita e crescimento de margem de lucros, penetração de mercado, reconhecimento da marca e diversas outras medidas. Isto é, os gerentes sabem que aquilo que é medido é administrado.

CHAMADOS À AÇÃO

1. **Estabelecer mais metas SMART.** Todos os governos nacionais devem estabelecer metas nacionais SMART para atraso no crescimento, emaciação, aleitamento materno exclusivo, baixo peso ao nascer, anemia, sobrepeso na infância, obesidade em adultos, diabetes e redução de sal para o fim de 2017. Essas metas devem ser ambiciosas, porém atingíveis e alinhadas.

FIGURA 3.3 Fração de empresas no Índice de Acesso à Nutrição que estabeleceram metas claras em diversas áreas



Fonte: análise e dados de Rachel Crossley, Fundação Acesso à Nutrição.
Observação: número de empresas = 22.

2. **Estabelecer mais metas subnacionais.** Os planos nacionais de nutrição devem desenvolver e incorporar resultados de nutrição e estabelecer metas para as principais regiões administrativas.
3. **As empresas de alimentos e bebidas devem estabelecer e apresentar relatórios tendo por base um maior número de metas SMART, para melhorar a nutrição.** As áreas-chave são a adesão ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, reduções significativas em propaganda e publicidade para as crianças e a redução do açúcar, do sal e da gordura em todas as suas linhas de produtos. As empresas devem também publicar claramente estas metas, bem como seu desempenho ao procurar alcançá-las. A próxima avaliação do Índice de Acesso à Nutrição deve apresentar um progresso substancial nestas áreas por parte das 22 maiores empresas de alimentos e bebidas mundiais avaliadas.

4 A NATUREZA DOS COMPROMISSOS DA NUTRIÇÃO PARA O CRESCIMENTO DE 2013 E O PROGRESSO NO SEU CUMPRIMENTO

NO DIA 8 DE JUNHO DE 2013, OS GOVERNOS DO REINO UNIDO E DO BRASIL, EM CONJUNTO COM A FUNDAÇÃO CHILDREN'S INVESTMENT FUND (CIFF), REALIZARAM UMA REUNIÃO de cúpula em Londres intitulada "Nutrição para o Crescimento: Vencer a Fome Através dos Negócios e da Ciência", conhecida desde então como "N4G". O objetivo do encontro era fazer uma "declaração fundamental por parte dos líderes para intensificar o compromisso político, aumentar os recursos e tomar medidas urgentes em relação à nutrição" (Reino Unido, 2013a,1).

Na cúpula, 90 partes interessadas, entre países, agências internacionais, doadores, empresas e organizações da sociedade civil (OSCs), assumiram os compromissos que seriam publicados no Documento de Compromissos da N4G (Reino Unido, 2013b) (ver Painel 4.1). Outras 20 partes interessadas assumiram compromissos depois da cúpula, o que gerou um total de 204 compromissos assumidos por 110 partes interessadas.

O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* foi criado nesse encontro em parte para monitorar esses compromissos. Os *Relatórios sobre a Nutrição Mundial* de 2014 e 2015 continham uma análise do progresso no cumprimento desses compromissos. Nesta edição do Relatório, analisamos o progresso no cumprimento dos compromissos entre 2015 e 2016 e comparamos os avanços ao longo dos últimos três anos de relatório, com base nos relatórios fornecidos pelas partes interessadas (os detalhes sobre a metodologia estão on-line, no Apêndice 7). Além disso, tendo em vista as futuras cúpulas da N4G e os recentes desdobramentos da Segunda Conferência Internacional sobre Nutrição (ICN2) e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs), fazemos uma avaliação dos compromissos da N4G no sentido de adotar medidas para combater a má nutrição. Fazemos três perguntas: os compromissos de 2013 da N4G são SMART (específicos, mensuráveis, atingíveis, relevantes e com prazos definidos)? Eles estão alinhados com todas as formas de má nutrição? E, por último, qual é o alinhamento dos compromissos governamentais com as recomendações para a tomada de medidas multilateralmente pactuadas na ICN2?

PROGRESSO NA IMPLANTAÇÃO DOS COMPROMISSOS DE 2013 DA N4G AO LONGO DE 2015

TAXA DE RESPOSTA

A taxa de resposta dos signatários ao pedido de divulgação de dados a respeito de seus compromissos foi de 65% em 2016, em contraste com os 92% de 2014 e os 83% de 2015. Os doadores e as agências da ONU apresentaram as taxas de resposta mais altas (acima de 80%), enquanto as empresas foram as que deram menos respostas (31%). Países (60%), organizações da sociedade civil (80%) e outras organizações (75%) aparecem entre ambos os extremos. A taxa caiu entre todos os tipos de signatários. O declínio entre as empresas foi especialmente notável: de 83% em 2014, a taxa de resposta caiu para 72%, em 2015, e para 30%, em 2016. Já os doadores apresentaram sistematicamente uma taxa de resposta de 100% na divulgação de dados sobre seus compromissos financeiros nesses três anos (porém, a taxa

PRINCIPAIS CONCLUSÕES

Este capítulo avalia se os compromissos assumidos na cúpula de 2013 da Nutrição para o Crescimento (N4G) estão em vias de ser cumpridos, se eles são SMART (específicos, mensuráveis, atingíveis, relevantes e com prazos definidos), se levam em consideração todas as formas de má nutrição e se estão alinhados com as recomendações intergovernamentais para a tomada de medidas desde 2013.

- Dois terços dos compromissos da cúpula Nutrição para o Crescimento (N4G) estão em vias de ser cumpridos, mas os diferentes grupos estão progredindo em ritmos diferentes.

  Quanto aos compromissos de adoção de políticas e cumprimento de programas,

  - Nove dos 12 doadores estão em vias de cumpri-los,
  - Seis das sete agências da ONU estão em vias de cumpri-los,
  - Nove dos 21 governos nacionais estão em vias de cumpri-los,
  - Sete das 11 organizações da sociedade civil estão em vias de cumpri-los, e
  - Sete das 29 empresas estão no rumo certo para atingir os compromissos da força de trabalho.

  Quanto aos compromissos financeiros dos doadores,

  - Os dez doadores cumpriram cerca de 61% de seu compromisso de quase US$ 20 bilhões assumido na N4G;
  - Excluindo os Estados Unidos e o Banco Mundial desta análise (porque eles assumiram compromissos limitados ao período entre 2013 e 2015), os oito doadores restantes cumpriram cerca de um terço dos compromissos da N4G; e
  - Este desempenho é animador; mas, a partir de 2016, o Banco Mundial e os Estados Unidos precisam assumir novos compromissos, ainda mais ambiciosos, que sejam SMART.
  - Menos partes interessadas (apenas 65%) informaram seu progresso em relação aos compromissos da N4G neste ano, com uma queda particularmente visível na resposta das empresas. Este fenômeno poderia ser explicado pelo "cansaço da divulgação de dados" ou pela irregularidade dos ciclos de divulgação de dados da N4G.
- A maioria dos compromissos da N4G não são SMART e, portanto, é difícil monitorá-los. Na realidade, apenas 29% dos compromissos da cúpula N4G de 2013 são SMART.
- A maioria dos compromissos da N4G não especifica com quais tipos de má nutrição pretende lidar. Quando especificados, porém, eles se concentram no atraso no crescimento, na emaciação e no aleitamento materno exclusivo. Os compromissos da N4G não abordam todas as formas de má nutrição; a obesidade, o sobrepeso e as doenças não transmissíveis estão visivelmente ausentes.
- É necessária uma virada, visando evoluir dos compromissos de 2013 da N4G para um novo conjunto unificado de compromissos que lidem com todas as formas de má nutrição. A Década de Ação pela Nutrição, a Cúpula da Nutrição para o Crescimento no Brasil e a definição de ODSs a nível nacional oferecem excelentes oportunidades para garantir que os futuros compromissos sejam SMART e lidem com todas as formas de má nutrição.

PAINEL 4.1 OS COMPROMISSOS DA NUTRIÇÃO PARA O CRESCIMENTO

PATRIZIA FRACASSI

Na cúpula da Nutrição para o Crescimento (N4G) de 2013, 110 partes interessadas assumiram quatro tipos de compromissos, no sentido de adotar medidas:

- Os compromissos de impacto se concentram em resultados concretos, alinhados com as metas da Assembleia Mundial da Saúde para o aleitamento materno exclusivo ou o atraso no crescimento, por exemplo.
- Os compromissos financeiros concentram-se nas fontes e na quantidade de recursos financeiros a serem destinados às metas de nutrição.
- Os compromissos de criação de políticas criam um ambiente mais propício para a ação em prol da nutrição ou implementam políticas específicas para melhorar a nutrição.
- Os compromissos de desenvolvimento de programas se concentram na adoção de estratégias concretas para alcançar as metas de nutrição.

Sob a liderança dos governos do Reino Unido e do Brasil, bem como da Fundação Children's Investment Fund (CIFF), os participantes da Cúpula da N4G decidiram se concentrar na subnutrição. Foram assumidos compromissos para alcançar três objetivos principais com base em recomendações elaboradas por um grupo misto de especialistas de diversas instituições nacionais e internacionais:

1. Garantir que intervenções eficazes em nutrição alcancem ao menos 500 milhões de mulheres grávidas e crianças abaixo de dois anos.
2. Reduzir em ao menos 20 milhões o número de crianças abaixo de cinco anos com atraso no crescimento até 2020.
3. Salvar as vidas de ao menos 1,7 milhões de crianças abaixo de cinco anos ao prevenir o atraso no crescimento, aumentar o aleitamento materno exclusivo e ampliar o tratamento da desnutrição aguda grave (Reino Unido, 2013a).

No período imediatamente anterior à cúpula da N4G, a direção e os comitês consultivos técnicos identificaram uma série de áreas de alta prioridade a serem abordadas por compromissos viáveis. Entre essas áreas de alta prioridade, os **países** escolheram compromissos relacionados com: 1) a criação de metas de redução da subnutrição; 2) a definição dos níveis de apoio nacional; 3) a criação de novos acordos para melhorar a governança e a legislação; e 4) o fortalecimento da monitoração do progresso e da transparência dos relatórios. Em especial, a ênfase nos acordos sobre governança indicou a importância de uma liderança executiva firme e da coordenação interministerial. Em cada país signatário, os pontos focais do governo para a nutrição, com o apoio de parceiros técnicos, desempenharam um papel fundamental na criação de compromissos nacionais no período anterior à Cúpula de Londres. Na maioria dos casos, os compromissos assumidos em Londres refletiram o trabalho feito a nível nacional. Isso possibilitou que os países informassem os resultados de seus compromissos ao *Relatório sobre a Nutrição Mundial* nos anos seguintes.

Para as **empresas**, o primeiro passo foi apoiar a produtividade e a saúde de seus funcionários, ao adotar uma política nutricional e ao melhorar as políticas para a saúde materna, incluindo o apoio às mães que amamentam. Algumas empresas se comprometeram, ainda, a melhorar a nutrição proporcionada pelos sistemas alimentares, de modo que as mães e seus filhos tivessem acesso aos alimentos nutritivos e financeiramente acessíveis de que necessitam.

Para os **doadores**, a ênfase recaiu na mobilização e no alinhamento dos recursos internacionais, possibilitando acordos de coordenação liderados pelos países e propiciando o aprendizado mútuo (por exemplo, o compartilhamento de conhecimento entre países do Sul) e o auxílio técnico. Com este fim, a Rede de Doadores do Movimento para a Ampliação da Nutrição (SUN) criou uma metodologia comum para monitorar os recursos financeiros dos doadores.

As **organizações da sociedade civil** se comprometeram a mobilizar recursos privados para apoiar a melhoria dos programas nutricionais, especialmente em estados frágeis, e a coordenar as ações destinadas a oferecer respostas alinhadas à subnutrição. A defesa de interesses e a transparência das informações foram vistas como formas de permitir que os cidadãos cobrassem dos seus governos o cumprimento dos compromissos assumidos e impulsionassem as ações e o progresso em relação à nutrição.

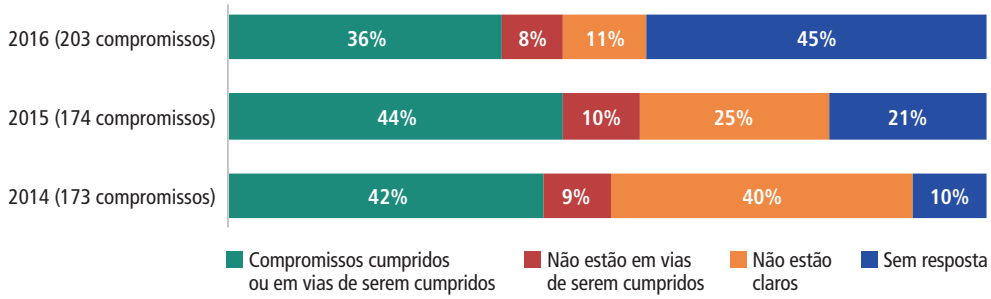
A **ONU e seus países-membros** concentraram seus esforços em estabelecer, conjuntamente, metas de nutrição claras e ambiciosas, com indicadores relevantes, conforme os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

de apresentação de relatórios de dados de compromissos não financeiros foi menor em 2016). Veja os detalhes completos sobre as respostas dos signatários no Apêndice 7, em www.globalnutritionreport.org.

Não ficou claro por que a taxa de resposta foi menor por parte dos signatários em 2016, apesar do processo de engajamento consistente para incentivá-los e da simplicidade da plataforma para informar os dados. Entre as diversas razões possíveis, estão as seguintes:

- Poderia estar havendo um desgaste devido à constante divulgação de dados; três anos de divulgação intensa, com prazos variados, pode ser desanimador se a razão de ser dos ditos relatórios não for clara.

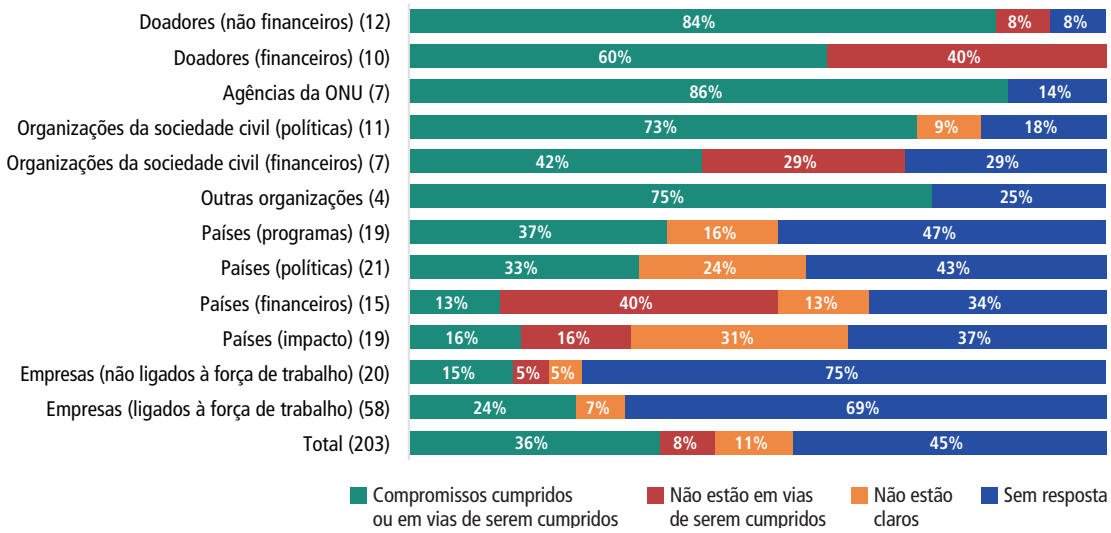
FIGURA 4.1 Progresso geral em relação aos compromissos da N4G — 2014, 2015 e 2016



Fonte: autores.

Observação: em 2013, foram assumidos 204 compromissos, mas o *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2014* incluiu apenas 173 deles, porque, em 2014, as empresas ainda não estavam prontas para divulgar seus dados. As taxas de resposta da Figura 4.1 são fornecidas apenas para os compromissos monitorados tanto em 2014 quanto em 2015. O número de compromissos foi de 174 em 2015 e de 173 em 2014, porque, nos dados que a Etiópia divulgou em 2014, ela não diferenciou entre os componentes de "programas" e "políticas" em seu compromisso da N4G, mas fez isso em 2015. O número total para 2016 inclui todos os compromissos assumidos, totalizando 203; este total difere do número inicial de 2013 porque a Fundação Naandi foi excluída do processo de emissão de relatórios.

FIGURA 4.2 Progresso em relação aos compromissos da N4G por grupo de signatários, 2016



Fonte: autores.

- Os prazos do *Relatório sobre a Nutrição Mundial* são modificados a cada ano, porque seu lançamento é programado para coincidir com importantes eventos internacionais de nutrição, que não ocorrem no mesmo período de cada ano. Isso impossibilita um cronograma sistematicamente uniforme para a divulgação dos dados.
- O relatório de 2016 tinha um prazo particularmente curto para a sua emissão: apenas sete meses entre as datas-limite, em relação ao relatório anterior, devido à Cúpula da N4G no Rio de Janeiro, prevista para ocorrer este ano.
- Também houve mudanças de alguns profissionais que ocupam cargos decisivos nas organizações informantes, o que resultou na perda da perspectiva histórica sobre os relatórios e o conhecimento da N4G anterior.

Mas ainda pode ter havido outras razões. É necessário um trabalho mais profundo para se compreender por que as empresas tiveram uma taxa de relatórios significativamente inferior à das outras partes interessadas.

PROGRESSO GERAL

Na análise de 2016, um número menor de partes interessadas informou ter cumprido ou estar no rumo certo para cumprir seus compromissos (36%), em comparação com 2014 e 2015. Isso, em parte, foi consequência da taxa de resposta mais baixa (Figura 4.1[1]). Outros 19% dos compromissos não estavam em vias de ser cumpridos ou não foram considerados claros, porque não foram fornecidas evidências suficientes para que fosse feita uma análise.

Entre as respostas recebidas, porém, mais de dois terços dos compromissos foram considerados em vias de serem cumpridos

PAINEL 4.2 EXEMPLOS DE COMPROMISSOS ASSUMIDOS NA N4G DE 2013 QUE ESTÃO EM VIAS DE SER CUMPRIDOS E QUE JÁ FORAM CUMPRIDOS

SWETHA MANOHAR E SARA GLASS

A seguir, estão exemplos de compromissos assumidos por várias partes interessadas na Cúpula da Nutrição para o Crescimento (N4G) de 2013, em Londres, os quais já foram ou estão em vias de ser cumpridos. Apesar de não questionar se esses compromissos eram ambiciosos ou se foram bem-sucedidos na tarefa de alcançar uma melhoria nas condições nutricionais, este painel mostra quais eram e como foram cumpridos esses compromissos.

Agências da ONU

- O Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (IFAD) se comprometeu a orientar aproximadamente 20% de todos os novos projetos financiados pela instituição à obtenção de resultados positivos em nutrição. Em 2016, o IFAD informou que 21% de seus recursos foram destinados a projetos sensíveis à nutrição.
- O UNICEF assumiu diversos compromissos, entre os quais apoiar a implantação das Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos (MICS) em cerca de 50 países durante os três anos seguintes. O organismo informou ter implantado as MICSs em mais de 50 países, sendo que mais de 58 pesquisas foram realizadas, estão em andamento ou em planejamento desde 2013 (veja mais detalhes no Painel 4.3).

Governos

- O governo de Bangladesh se comprometeu a reduzir o atraso no crescimento de 41% (em 2011) para 38% (em 2016) e a emaciação de 16% (2011) para 12% (2016); a mobilizar ajuda financeira nacional e internacional para atender a suas iniciativas de melhoria da nutrição; e a revisar suas políticas e seus programas emergenciais para que se concentrem explicitamente em intervenções específicas de nutrição e sensíveis a ela. O governo cumpriu seus compromissos de implantação de políticas ao aprovar a Política Nacional de Nutrição de 2015 e a Estratégia Nacional para o Controle da Deficiência de Micronutrientes. Um mecanismo de defesa da nutrição da Estratégia de Comunicação para uma Ampla Transformação Comportamental e Social, bem como a revisão das regras definidas pela Lei de Substitutos do Leite Materno de 2013 estão prestes a ser aprovados. Além disso, o sétimo Plano Quinquenal, a Política Nacional de Nutrição, a Política Nacional de Alimentos e outras políticas e estratégias setoriais importantes levaram a subnutrição em conta ao incluírem abordagens intersetoriais específicas de nutrição e abordagens sensíveis a ela. Bangladesh está em vias de cumprir seus outros compromissos.
- O governo de Burquina Faso cumpriu o compromisso de elaboração de políticas, que consistiu em incluir as organizações da sociedade civil e os parlamentares como partes interessadas principais da nutrição. A sociedade civil foi incluída quando passou a fazer parte da plataforma multissetorial, e a imprensa contribuiu com as atividades de conscientização a respeito da nutrição e aumentou a visibilidade da nutrição ao introduzir unidades móveis de promoção do aleitamento materno exclusivo em determinadas áreas do país.

Doadores

- A Alemanha comprometeu-se a contribuir com US$ 105 milhões e forneceu US$ 102 milhões para intervenções específicas da nutrição e sensíveis a ela, colocando-se em vias de cumprir seu compromisso de fornecer 200 milhões de euros (US$ 260 milhões) em recursos financeiros adicionais para intervenções dos dois tipos entre 2013 e 2020.
- O Banco Mundial comprometeu-se a contribuir com US$ 600 milhões para apoiar programas de nutrição infantil e materna em países em desenvolvimento, aumentando três vezes os gastos feitos entre 2011 e 2012. Ele cumpriu seu compromisso para o período entre 1º de julho de 2013 e 30 de junho de 2015, durante o qual gastou US$ 1,627 bilhão em novos compromissos específicos da nutrição e sensíveis a ela.
- A Fundação Bill & Melinda Gates gastou US$ 90,9 milhões em 2014, o que lhe permitiu ficar em vias de cumprir a promessa de investir um total de US$ 862,7 milhões em programas específicos da nutrição e sensíveis à mesma até 2020.

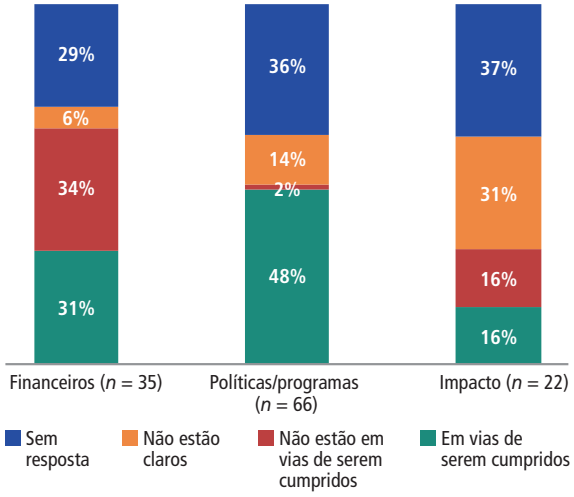
Empresas

- Em 2015, a Cargill concluiu o fornecimento dos recursos prometidos de US$ 150 mil para o Programa da Universidade de Notre Dame para socorrer o Haiti; o programa criou instalações de enriquecimento de sal para produzir três mil toneladas métricas do produto por ano (veja o Painel 4.3).
- A Royal DSM comprometeu-se a apoiar uma melhoria na nutrição de 50 milhões de beneficiários por ano até 2020. Através de sua maior parceria com o Programa Mundial de Alimentos, a DSM alcançou 25,1 milhões de beneficiários em 2014.

Sociedade civil

- A Concern Worldwide comprometeu-se a contribuir com US$ 25,3 milhões e investiu US$ 31.709.300 em ações específicas de nutrição.
- A Helen Keller International se comprometeu a elaborar uma base de evidências para intervenções sensíveis à nutrição, a apoiar iniciativas de enriquecimento de alimentos em grande escala em Burquina Faso, a assegurar o financiamento privado para apoiar iniciativas em nutrição e a desempenhar um papel de liderança em iniciativas globais pela nutrição. A empresa está em vias de cumprir esses compromissos (veja o Painel 5.5, no Capítulo 5).

FIGURA 4.3 Progresso por tipo de compromisso combinado entre doadores, organizações da sociedade civil e países



Fonte: autores.

(36% dos 55%), uma proporção maior em relação aos compromissos de 2014 e 2015 (Figura 4.1).

O Painel 4.2 apresenta exemplos de compromissos que estão em vias de ser cumpridos por diferentes partes interessadas e explica o que elas fizeram. Mais detalhes sobre dois desses compromissos podem ser encontrados nos Painéis 4.3 e 5.5.

Os doadores, as OSCs, as agências da ONU e outras organizações foram bem-sucedidos este ano, fazendo progressos no cumprimento de seus compromissos de políticas e programas. Entre 57% e 86% deles informaram que os tinham cumprido ou estavam em vias de cumpri-los (Figura 4.2). Ao contrário de 2015, verificou-se que uma proporção mais alta de OSCs estava em vias de cumprir seus compromissos para estabelecer políticas (73%) do que de cumprir seus compromissos financeiros (42%). Assim como em 2015, verificou-se que uma proporção mais alta de governos estava no rumo certo para cumprir seus compromissos de criação de políticas e programas do que de cumprir seus compromissos financeiros e de impacto.

Os signatários que assumiram compromissos financeiros na N4G, incluindo doadores, países e OSCs, assumiram um total de 35 compromissos deste tipo (Figura 4.3). Destes, 34% foram considerados em vias de serem cumpridos, na sua avaliação, e 31% não foram considerados em vias de serem cumpridos. Não recebemos respostas para 29% dos compromissos financeiros.

A maioria dos compromissos considerados em vias de serem cumpridos estava relacionada com políticas e programas (48%), seguidos pelos compromissos financeiros (31%) e de impacto (16%). Os compromissos de impacto só foram assumidos pelos países e obtiveram a menor taxa de resposta (63%) entre os três tipos de compromisso. Também foram avaliados como "não estão claros" em maior proporção (31%). Os compromissos financeiros tiveram a proporção mais alta de avaliações "fora do rumo" (31%).

TABELA 4.1 Compromissos financeiros dos doadores na N4G e relatórios sobre esses compromissos

Doador	Compromisso da N4G	Divulgação de dados sobre o compromisso nos *Relatórios sobre a Nutrição Mundial* 2014–2016
Alemanha	US$ 260 milhões em financiamento adicional, 2013-2020	US$ 160 milhões desembolsados durante 2013 e 2014. Presume-se que US$ 96 milhões (US$ 60 milhões - 2 x US$ 32 milhões [nível de 2012]) sejam adicionais.
Austrália	A$ 40 milhões (cerca de US$ 37 milhões[a]) a mais ao longo do período 2013-2017	US$ 108 milhões desembolsados durante 2013 e 2014, mas a quantia adicional não está clara. Presume-se que toda ela seja adicional.
Estados Unidos	US$ 10,015 bilhões, 2012-2014	US$ 7,488 bilhões desembolsados durante o período 2012-2014
Holanda	US$ 390 milhões, 2013-2020	US$ 85 milhões desembolsados durante 2013 e 2014
Irlanda	US$ 338 milhões, 2013-2020	US$ 134 milhões desembolsados durante 2013 e 2014
Reino Unido	US$ 1,922 bilhão, 2013-2020	US$ 1,707 bilhão desembolsado durante 2013 e 2014
União Europeia	US$ 4,565 bilhões, 2014-2020	US$ 615 milhões desembolsados em 2014
Banco Mundial	US$ 600 milhões, 2013-2014	Informou US$ 1,627 bilhão para cobrir 2013 e 2014
Fundação Bill & Melinda Gates	US$ 863 milhões, 2013-2020	US$ 218 milhões desembolsados durante 2013 e 2014
Fundação Children's Investment Fund	US$ 793 milhões, 2013-2020	US$ 65 milhões desembolsados durante 2013 e 2014
Total	US$ 19,863 bilhões	US$ 12,143 bilhões (ou seja, 61% do compromisso)

Fonte: autores; os compromissos da N4G estão disponíveis em Reino Unido (2013b).

Observação: A$ = dólares australianos; todas as outras quantias são em dólares americanos. Na Tabela 7.1 encontra-se um resumo completo dos dados divulgados pelos doadores.

[a] Convertido em dólares americanos usando a taxa de câmbio de 2013 de www.irs.gov/Individuals/International-Taxpayers/Yearly-Average-Currency-Exchange-Rates.

Um exame mais a fundo dos compromissos financeiros dos doadores

Embora os compromissos financeiros fossem os menos propensos a estar fora do rumo, os doadores tiveram um bom desempenho. Ao todo, dez doadores assumiram compromissos financeiros na cúpula de 2013 da N4G. Seis desses compromissos estavam no rumo certo para serem cumpridos ou já tinham sido cumpridos no momento da análise de 2016 (ver a Tabela A7.3 do Apêndice, on-line). Entre os 40% restantes que não tinham sido considerados em vias de ser cumpridos, todos mostraram aumentos acentuados nos desembolsos específicos da nutrição e sensíveis à nutrição desde 2013 (para mais detalhes, veja o Capítulo 7, Tabela 7.1).

Porém, em conjunto, como está sendo o desempenho dos doadores em relação aos compromissos da N4G? A Tabela 4.1 relembra os compromissos financeiros assumidos na N4G e resume as informações a respeito deles divulgada ao longo do período de compromisso de cada doador.

Pela Tabela 4.1, parece que os doadores estão bem encaminhados para cumprir o compromisso de US$ 19,86 bilhões assumido na N4G, já que cumpriram 61% do prometido. No entanto, este bom desempenho é influenciado pelos consideráveis desembolsos feitos pelo Banco Mundial e pelos Estados Unidos, dois grandes doadores que assumiram compromissos de dois a três anos, ao contrário dos outros doadores, que se comprometeram por sete a oito anos. Excluindo o Banco Mundial e os Estados Unidos da análise, os oito doadores restantes cumpriram cerca de 33% de seus compromissos financeiros assumidos na N4G, progresso que os deixa adiantados em relação ao cronograma, após terem cumprido dois anos de um período total de oito anos.

Dado que seus períodos de compromisso já terminaram, esperamos que o Banco Mundial e os Estados Unidos assumam compromissos ambiciosos e SMART em 2016 e no futuro.

Progresso detalhado por grupo de signatários

- **Governos nacionais:** em relação aos compromissos com a redução das taxas de subnutrição (de impacto) três dos 19 governos estão em vias de cumpri-los ou já os cumpriram, segundo o progresso que informaram para essas metas (Tabela A7.2 do Apêndice). Dois dos 15 governos estão em vias de cumprir seus compromissos financeiros e nove de 21 estão em vias de cumprir ou já cumpriram seus compromissos de políticas e/ou de programas.
- **Doadores:** dos dez compromissos financeiros assumidos pelos doadores na cúpula de 2013 da N4G, cinco estão em vias de ser cumpridos e um já foi cumprido (Tabela A7.3 do Apêndice). Dos 12 doadores que assumiram compromissos de políticas e/ou programas, nove foram considerados em vias de cumpri-los e um já os cumpriu (Tabela A 7.4 do Apêndice).
- **Organizações da sociedade civil:** das sete OSCs que assumiram compromissos financeiros na N4G, quatro estão em vias de cumpri-los, uma não respondeu, uma não conseguiu responder e uma não está em vias de cumpri-los. Das 11 que assumiram compromissos de políticas e/ou programas, duas já os cumpriram, seis estão em vias de cumpri-los, uma foi avaliada como "não está claro" e duas não responderam (Tabela dos Apêndices A7.5). Assim como foi informado em 2014 e 2015, muitos dos compromissos da N4G giram em torno do trabalho sensível à nutrição e dos vínculos entre a nutrição, dos recursos ASH (água, saneamento e higiene), da agricultura e da saúde. O Painel 5.5 do Capítulo 5 traz o exemplo de um compromisso bem-sucedido por parte de uma OSC.
- **Empresas:** das 29 empresas que assumiram compromissos de força de trabalho na N4G, isto é, criar uma política nutricional para seu quadro de funcionários e melhorar as políticas para a saúde materna de suas funcionárias, 20 não responderam, sete estão em vias de cumpri-los e duas foram avaliadas como "não está claro" (Tabela A7.7a e A7.7b do Apêndice). Das nove empresas que responderam, sete mostraram uma trajetória positiva (ritmos de progresso contínuos ou acelerado) e duas estão em trajetória descendente (ritmos de progresso sistematicamente lentos ou em desaceleração). Das 20 empresas a assumirem compromissos que não têm a ver com a força de trabalho na N4G, cinco responderam: três estão em vias de cumpri-los, uma não está em vias de cumpri-los e, no caso da outra, não está claro. O Painel 4.3 apresenta um exemplo de compromisso de uma empresa.
- **Agências da ONU:** de forma semelhante a seu desempenho no *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*, as agências da ONU informaram que continuam a fazer progressos nos compromissos assumidos na N4G relacionados com políticas e programas. Seis das sete agências da ONU foram consideradas em vias de cumpri-los (Tabela A7.9 do Apêndice). O Painel 4.3 apresenta um exemplo de comprometimento de uma agência da ONU.
- **Outras organizações:** outras organizações incluem o CABI (Centro Internacional para a Agricultura e as Ciências Biológicas, que, entre outros serviços, oferece um banco de dados em nutrição e ciências dos alimentos); o CGIAR (uma parceria global em pesquisa agrícola), a GAIN (Aliança Global para Melhoria da Nutrição, organismo internacional de combate à má nutrição) e a Grand Challenges Canada (entidade que apoia inovações integradas na saúde mundial). Dessas organizações que responderam, todas estavam em vias de cumprir seus objetivos (Tabela A7.10 do Apêndice).

Esperamos que o Banco Mundial e os Estados Unidos assumam compromissos ambiciosos e SMART em 2016 e no futuro.

QUAL É O ALINHAMENTO, A ABRANGÊNCIA E A ADEQUAÇÃO DOS COMPROMISSOS DA N4G DE 2013 AO MODELO SMART?

Aqui, nosso objetivo é responder três perguntas: os compromissos de 2013 da N4G são SMART? Abrangem todas as formas de má nutrição? E, por último, qual é seu alinhamento com as recomendações para a tomada de medidas pactuadas multilateralmente na ICN2?

ADEQUAÇÃO AO MODELO SMART DOS COMPROMISSOS COM A AÇÃO ASSUMIDOS NA N4G

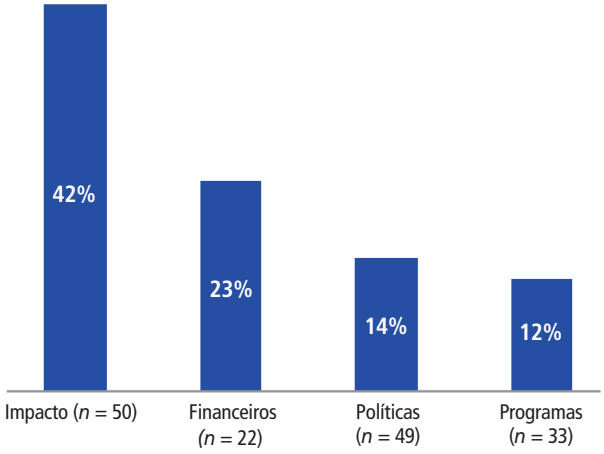
No *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*, analisamos a adequação ao modelo SMART dos compromissos originais da N4G, assumidos em 2013. Os dados do modelo SMART são úteis porque nos permitem tanto ver em qual ponto de um programa ou iniciativa estamos quanto fazer mudanças significativas e proveitosas ao longo do caminho, para aumentar as chances de sucesso. Aqui, realizamos uma análise mais aprofundada. Para isso, primeiramente definimos o que entendemos por "compromissos SMART" no contexto da nutrição. Como parte deste processo, criamos uma nota explicativa: "Compromissos SMART de ação em prol da nutrição: uma nota explicativa". Essa nota de orientação, reproduzida no Apêndice 5, que foi concebida para servir de guia para a preparação de futuros compromissos, de modo a garantir que sejam SMART. Ela também estabelece critérios para determinar se um compromisso existente é SMART.

Usando essa nota explicativa, analisamos os compromissos de 2013 da N4G, concentrando-nos em saber se são específicos, mensuráveis e com prazos definidos, de acordo com os seguintes critérios:

- Um compromisso era classificado como "específico" se contivesse uma medida e indicasse quem era o responsável por executá-la. Compromissos que incluíssem uma medida, mas não identificassem quem a executaria, eram classificados como "não específicos".
- Um compromisso era classificado como "mensurável" se contivesse afirmações quantificáveis ou semiquantificáveis que pudessem ser analisadas. Se o compromisso fosse orientado para uma meta, os dados de referência precisavam ser fornecidos. Se não houvesse nenhuma medida ou fator mensurável, o compromisso era classificado como "não mensurável".
- Um compromisso era classificado como "com prazo definido" se sua descrição incluísse prazos ou cronogramas claros. Se não houvesse nenhuma indicação de controle do tempo, o compromisso era classificado como "sem prazo definido".

Embora o "A" (atingível) e o "R" (relevante), os outros dois aspectos do modelo SMART, sejam fundamentais para fins de adesão ao compromisso e monitoramento dos países, não os usamos na análise, porque incluí-los exigiria um aprofundamento na capacidade atual do país ou da organização e na situação nutricional com a qual ele está trabalhando.

FIGURA 4.4 Parcela do total de compromissos SMART assumidos pelos países na N4G em 2013, por categoria



Fonte: autores.

Infelizmente, como foi informado no *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*, a análise concluiu que apenas 29% dos compromissos originais da N4G cumpriram esses critérios.

Dos 154 compromissos da N4G assumidos em 2013 pelos 25 governos, 37 (24%) eram SMART. Quando os compromissos dos países foram classificados por tipo (Figura 4.4), a proporção mais alta de compromissos SMART era do tipo "de impacto" (21 dos 50, ou 42%), seguidos de cinco de 22 compromissos financeiros (23%). Uma proporção menor de compromissos de políticas e programas eram SMART, sendo que sete de 49 (14%) e quatro de 33 (12%) foram respectivamente avaliados como SMART. É interessante notar que a análise acima mostra que os compromissos que mais se alinham com o modelo SMART (os financeiros e os de impacto) tenderam a não ser considerados em vias de ser cumpridos, enquanto os compromissos de políticas e programas, mais vagos, eram mais propensos a serem considerados em vias de ser cumpridos.

Como informa a Figura 3.6 do *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*, a taxa de alinhamento com o modelo SMART por parte das outras partes interessadas foi a seguinte: 58% para as empresas (compromissos sem ligação com a força de trabalho), 30% para outras agências, 26% para os doadores (compromissos não financeiros), 23% para as agências da ONU e 10% para as OSCs (compromissos não financeiros).

Alguns exemplos de compromissos SMART da N4G estão detalhados no Painel 4.3. Embora não tenhamos podido avaliar se esses compromissos foram eficazes na redução da má nutrição, eles teoricamente correspondiam aos aspectos pertinentes do modelo SMART.

PAINEL 4.3 OS COMPROMISSOS SMART SÃO MAIS FÁCEIS DE MONITORAR: EXEMPLOS DA CARGILL E DO UNICEF

KATHERINE ROSETTIE, WERNER SCHULTINK E TARYN BARCLAY

A Cargill assumiu diversos compromissos SMART— isto é, específicos, mensuráveis, atingíveis, relevantes e com prazos definidos — na Cúpula da N4G de 2013. Uma parte integrante da iniciativa Nourishing the Future ("Nutrir o futuro") da Cargill era o compromisso de explorar novas oportunidades de trabalho na Guatemala, na América Central, com o Programa para as Crianças Vulneráveis da América Latina (EDUCAN), da organização não governamental CARE. O objetivo era educar mais seis mil unidades familiares e 14 mil crianças em três grandes municípios sobre nutrição, ao longo de um período de três anos. Esse compromisso inclui todos os aspectos do modelo SMART. É específico (identifica uma medida específica e o responsável por ela, no caso, as equipes da CARE e da Cargill na Guatemala), mensurável (o número de unidades familiares alcançadas pode ser contado), atingível (a Cargill e a CARE vêm tendo sucesso ao ensinar crianças, pais e mães a obter uma boa nutrição desde 2009), relevante (a Guatemala tem uma alta prevalência de má nutrição crônica) e tem prazo definido (definiu um período de três anos, começando em 2013).

Um segundo compromisso SMART da Cargill foi alocar US$ 150 mil para a promoção do enriquecimento sustentável de sal através de sua parceria com o Programa da Universidade de Notre Dame para o Haiti (NDHP), durante um prazo de três anos. Esse compromisso financeiro inclui todos os cinco aspectos do modelo SMART: é específico (identifica uma ação e o responsável por ela), mensurável (a quantia repassada ao NDHP pode ser monitorada), atingível (a Cargill vem colaborando com a NDHP e lhe dando apoio nos seus projetos desde o início deste século), relevante (a deficiência de iodo e a filariose linfática afetam milhões de haitianos) e tem prazo definido (é limitado a um período de três anos).

Como esses compromissos são SMART, pudemos avaliar claramente se tinham sido cumpridos e se haviam alcançado seus objetivos. Em 2016, a Cargill informou que tinha atingido sua meta de 14 mil beneficiários das ações de conscientização a respeito da nutrição nos três principais municípios nas proximidades das instalações da Cargill na Guatemala. Além disso, 70% das 345 crianças que compunham a amostra dos três municípios servidos pelo programa foram avaliadas e se constatou que elas tinham adquirido um conhecimento adequado sobre segurança alimentar e nutricional. A empresa também cumpriu seu compromisso de fornecer o financiamento prometido ao NDHP em 2015. O NDHP já inaugurou instalações de enriquecimento de sal com capacidade para três mil toneladas métricas por ano, e a Cargill também enviou para o programa do Haiti cerca de 1,5 mil toneladas de sal a preço de mercado, remetidas de suas instalações solares de produção de sal na ilha caribenha de Bonaire.

Na Cúpula da N4G de 2013, o UNICEF também assumiu diversos compromissos SMART cujo objetivo era enfrentar a má nutrição mundial. Um deles era trabalhar com parceiros governamentais para incluir serviços básicos de nutrição em todos os pacotes de intervenção sanitária entregues por ocasião dos eventos do Dia da Saúde Infantil (DSI) durante um período de cinco anos. Esse compromisso é específico (identifica uma medida específica e indica o responsável por cumpri-la), mensurável (a percentagem de eventos do DSI alcançada pode ser contabilizada até um total de 100%), atingível (o UNICEF já vinha trabalhando em muitos países para melhorar a prestação de serviços nutricionais), relevante (os eventos do DSI chegam às populações mais vulneráveis, entre as quais há uma maior prevalência de má nutrição) e tem prazo definido (definiu um período de cinco anos).

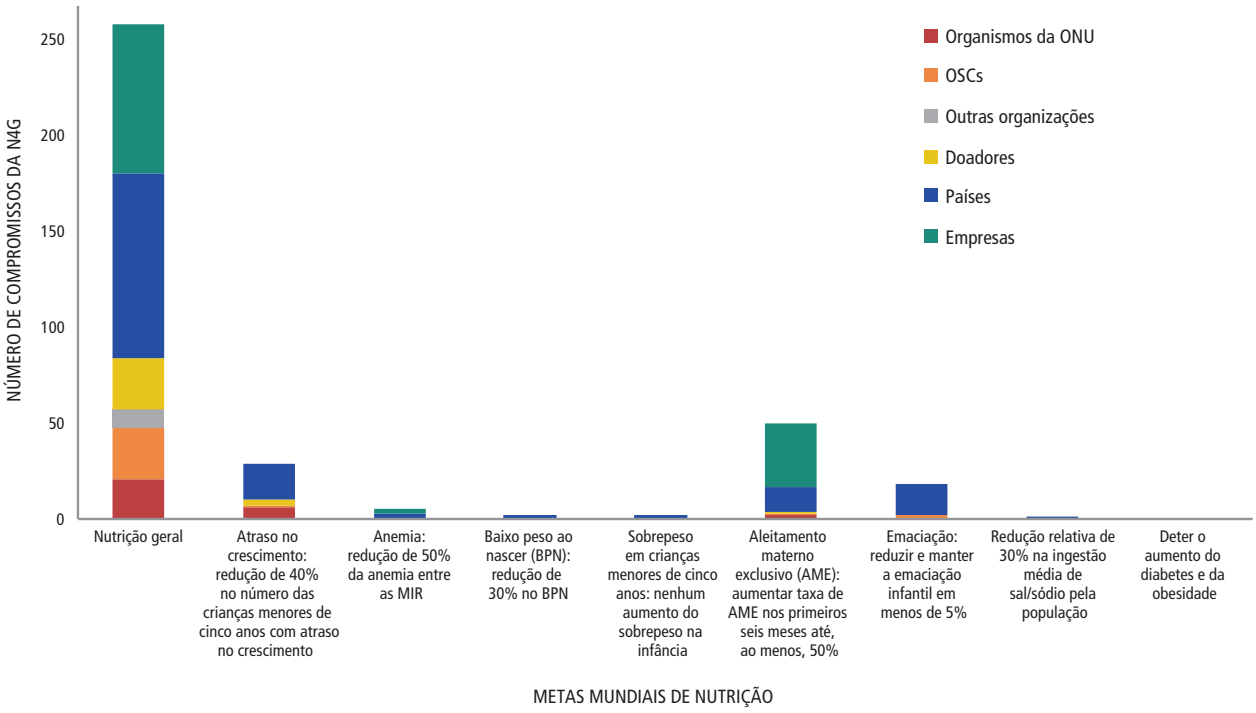
Como esse é um compromisso SMART, foi mais fácil determinar que a UNICEF está fazendo um progresso significativo na incorporação de serviços nutricionais aos eventos do DSI. Com o apoio do governo do Canadá, o UNICEF vem trabalhando em 13 países africanos para oferecer auxílio aos governos no sentido de melhorar a eficácia dos Dias da Saúde Infantil semestrais. Mais especificamente, o UNICEF incluiu, com sucesso, a suplementação de vitamina A, as mensagens publicitárias visando uma mudança comportamental em relação à nutrição, a triagem e o encaminhamento aos especialistas em caso de má nutrição aguda e a promoção e a monitoração do crescimento nos eventos do DSI na África ao sul do Saara.

O segundo compromisso SMART assumido pelo UNICEF consistiu em apoiar a implantação das Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos (MICSs) em cerca de 50 países, durante três anos. Esse compromisso é SMART porque é específico (aproximadamente 50 países), mensurável (o número de países com MICS pode ser contado); atingível (a UNICEF implantou as MICSs de forma bem-sucedida em muitos países; esta é a quinta edição), relevante (as MICSs serão uma importante fonte de dados globais após 2015); e tem prazo definido (limitado a três anos). Desde 2012, o UNICEF vem apoiando um total de 48 países na realização de 59 MICSs, sendo que os relatórios de 50 delas foram publicados e nove estão sendo concluídas.

ALINHAMENTO DOS COMPROMISSOS DA N4G COM AS METAS MUNDIAIS DE NUTRIÇÃO

A Cúpula da N4G de 2013 concentrou-se na subnutrição e, especialmente, no atraso no crescimento, dando menos ênfase à má nutrição em todas as suas formas. Devido ao fato de a Cúpula da N4G ter sido realizada antes da ICN2, dos ODSs e da adoção das metas mundiais da OMS para as doenças não transmissíveis (DNTs) (que ressaltam a ampla gama de consequências da má nutrição a serem revertidas), seria surpreendente que os compromissos da N4G estivessem alinhados com essas iniciativas. Contudo, é instrutivo avaliar o grau de alinhamento dos compromissos

FIGURA 4.5 Número de compromissos da N4G que fazem referência a formas específicas de má nutrição



Fonte: autores.

Observação: OSCs = organizações da sociedade civil; MIR = mulheres em idade reprodutiva; BPN = baixo peso ao nascer; AME = aleitamento materno exclusivo.

TABELA 4.2 Quatro exemplos de compromissos SMART de dupla função, tanto para combater a subnutrição quanto a obesidade/as doenças não transmissíveis relacionadas com a nutrição

Recomendação do QA da ICN2 (de forma abreviada)	Exemplo de compromisso SMART de dupla função	Por que esta medida é de dupla função?
2: Criar ou revisar, conforme o caso, e financiar planos nacionais de nutrição.	O Ministério da Saúde, com dados dos ministérios da Agricultura, da Educação, do Comércio e da Assistência Social, e em consulta à sociedade civil, cria (ou revisa) e financia um plano nacional de nutrição até dezembro de 2017.	Os planos nacionais de nutrição devem abranger a má nutrição em todas as suas formas.
16: Criar padrões baseados nos alimentos e nos nutrientes para tornar a alimentação saudável e a água potável acessíveis em prédios públicos.	Os Ministérios da Educação e da Saúde criam padrões nutricionais para as escolas públicas que aderirem às recomendações da OMS até junho de 2017 e garantem sua adoção pelas escolas até dezembro de 2018.	Os padrões nutricionais para escolas devem promover uma alimentação de alta qualidade para as crianças que correm risco de subnutrição, sobrepeso/obesidade e de contrair DNTs relacionadas com a nutrição.
29: Adaptar e adotar o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as subsequentes resoluções pertinentes da Assembleia Mundial da Saúde.	Até dezembro de 2017, o órgão legislativo incorpora às leis nacionais o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e a orientação da OMS a respeito do marketing inadequado de alimentos comerciais para bebês de até um ano e crianças pequenas.	O aleitamento materno exclusivo desempenha um papel fundamental na prevenção de determinadas formas de subnutrição e do sobrepeso ou da obesidade.
38: Oferecer orientação alimentar às gestantes para que seu peso aumente de forma saudável, com uma nutrição adequada.	O Ministério da Saúde decreta que, até junho de 2017, a orientação alimentar de futuras mães (e dos pais) fará parte da orientação padrão oferecida nas maternidades durante as consultas rotineiras no período da gravidez.	A orientação alimentar deve incluir referências ao risco de todas as formas de má nutrição entre as crianças e deve ser personalizada, quando cabível, abrangendo as formas de má nutrição de que normalmente as mulheres sofrem.

Fonte: WCRF International e NCD Alliance (2016).

Observação: estes exemplos estão alinhados com o Quadro de Ação da Segunda Conferência Internacional sobre Nutrição. QA = Quadro de Ação; ICN2 = Segunda Conferência Internacional sobre Nutrição; DNT = doença não transmissível; OMS = Organização Mundial da Saúde.

da NG4 de 2013 com a gama completa de metas mundiais de nutrição materna, de bebês e crianças pequenas e para as DNTs relacionadas com a nutrição (veja o Painel 2.1 no Capítulo 2). O alinhamento de cada um dos 204 compromissos assumidos pelos signatários do acordo da N4G foi, portanto, determinado com relação a estas oito metas, observando-se se havia alguma menção a qualquer uma dessas metas nos compromissos.

A Figura 4.5 mostra que a ampla maioria dos compromissos não especifica quais eram as formas de má nutrição que cada compromisso procurava enfrentar. No entanto, como seria de se esperar, quando se especificava isso, a maioria dos compromissos se preocupava com o aleitamento materno exclusivo, seguido pelo atraso no crescimento e pela emaciação. O número de compromissos que se referiam especificamente à anemia, ao baixo peso ao nascer, ao sobrepeso, à obesidade e/ou ao diabetes e à redução da ingestão de sal foi insignificante. Curiosamente, porém, dois países (República Unida da Tanzânia e Sri Lanka) assumiram compromissos em relação à obesidade, apesar de a Cúpula da N4G não ter se concentrado nesse problema nutricional.

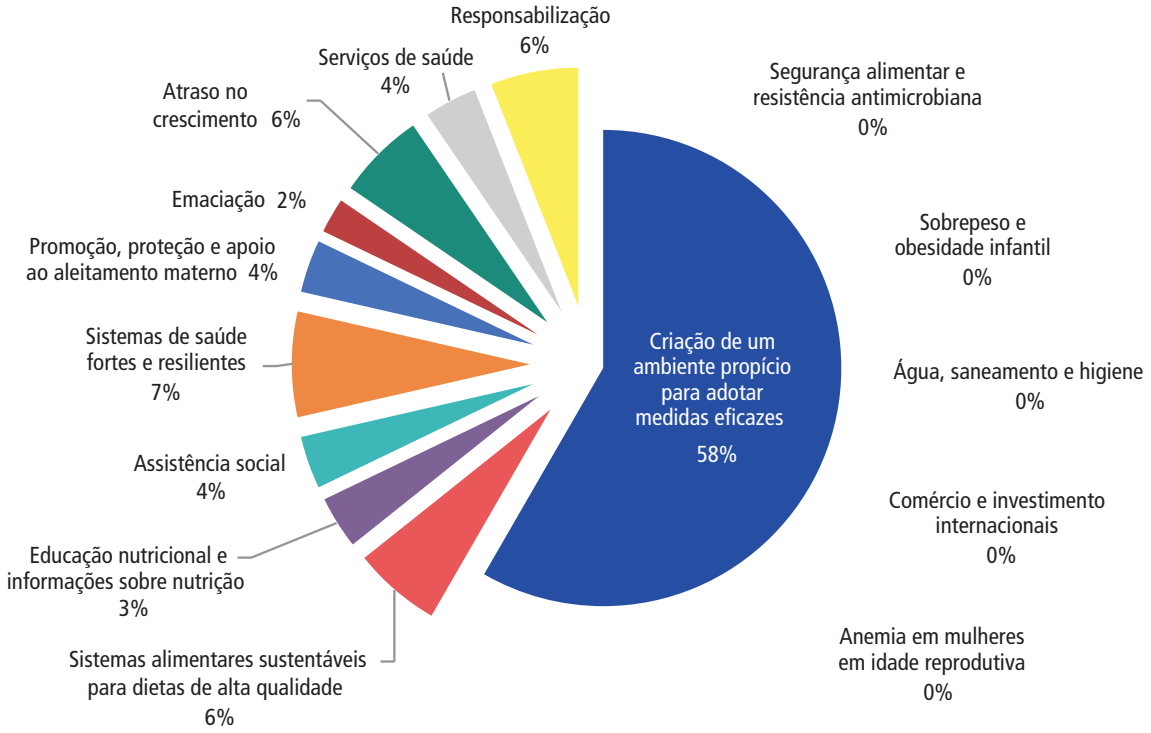
Existe margem para que os compromissos com a nutrição tratem de mais de um tipo de má nutrição ao mesmo tempo. No *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*, identificamos o potencial das medidas "de dupla função", que têm vantagens simultâneas: por um lado, para a subnutrição e, por outro, para a obesidade e as DNTs relacionadas com a nutrição. Em maio de 2016, o Fundo Mundial de Pesquisa contra o Câncer (WCRF International) e a NCD Alliance elaboraram exemplos de medidas SMART de dupla função que os governos poderiam adotar para enfrentar tanto a subnutrição quanto a obesidade e/ou as DNTs relacionadas com a nutrição. Essas medidas estão alinhadas com o Quadro de Ação da ICN2 (WCRF International e NCD Alliance, 2016). Na Tabela 4.2, há exemplos de medidas SMART de dupla função.

COMPATIBILIDADE DOS COMPROMISSOS DA N4G COM AS RECOMENDAÇÕES DA ICN2

Esta seção se concentra nas áreas do Quadro de Ação (QA) da ICN2 de 2014 abrangidas pelos compromissos da N4G. Existem 60 recomendações no QA, divididas em 15 categorias de medidas.

Para identificar as áreas de compatibilidade e alinhamento, revisamos os 75 compromissos de políticas e programas para a adoção de medidas, assumidos pelos governos; e analisamos quais

FIGURA 4.6 Distribuição dos compromissos de política e programas da N4G assumidos pelos governos entre as categorias do Quadro de Ação da ICN2



Fonte: autores.

Observação: esta figura mostra a distribuição de 84 compromissos do N4G entre as 15 categorias de medidas do Quadro de Ação (QA) da Segunda Conferência Internacional sobre Nutrição (ICN2). Não existem recomendações no QA da ICN2 que tratem da fortificação e da suplementação com o objetivo de reduzir as deficiências de micronutrientes, mas três dos países da N4G assumiram compromissos de políticas ou programas nessa área.

as categorias de medidas (das 15 existentes) e recomendações (das 60) tais compromissos refletiam. Encontramos um total de 87 compromissos, mas nosso relatório inclui somente 84, já que três deles não se encaixavam em nenhuma categoria do QA, pois nenhuma categoria contempla o enriquecimento com micronutrientes, nem a suplementação além da anemia. Quando um compromisso da N4G incluía diversas medidas, nós o incluímos mais de uma vez, obtendo, assim, um total de 84 compromissos da N4G.

A Figura 4.6 mostra a distribuição quantitativa desses compromissos. Dada a ênfase da cúpula da N4G em criar acordos para melhorar a governança (Painel 4.1), seria de se esperar que a maioria dos compromissos estivesse alinhada com a primeira das 15 categorias do Quadro de Ação, isto é, aquela que trata da criação de um ambiente propício para as medidas em prol da nutrição. E isso realmente aconteceu: 56% dos compromissos da N4G estavam alinhados com a primeira categoria.

Dois terços desses compromissos com a criação de um ambiente propício se encaixavam em duas das 60 recomendações do QA:

- Recomendação 2: criar ou revisar, conforme o caso, e financiar planos nacionais de nutrição, alinhar as políticas que impactam diretamente a nutrição, envolvendo diferentes ministérios e órgãos, e fortalecer as estruturas jurídicas e as capacidades estratégicas em prol da nutrição.
- Recomendação 3: Fortalecer e criar, conforme o caso, mecanismos nacionais, intergovernamentais, intersetoriais e de múltiplas partes interessadas em prol da segurança alimentar e da nutrição, de modo a supervisionar a execução de políticas, estratégias, programas e outros investimentos em nutrição. Essas plataformas podem ser necessárias a vários níveis e precisam contar com uma firme proteção contra os abusos e os conflitos de interesse.

Os outros compromissos da N4G distribuíram-se pelas 14 categorias de medidas restantes, embora não houvesse nenhum relacionado com a anemia, o sobrepeso infantil, os recursos ASH, nem com o investimento e o comércio internacional.

CHAMADOS À AÇÃO

1. **Fazer com que *todos* os compromissos sejam SMART.** Governos, agências, parlamentos, organizações da sociedade civil (OSCs), doadores e empresas: assumam compromissos com a nutrição que sejam específicos, mensuráveis, atingíveis e tenham prazos definidos. Nosso guia SMART pode ajudá-los.
2. **Assumir compromissos que abranjam todas as formas de má nutrição.** Países-membros e agências da ONU, parlamentos, OSCs, doadores e empresas: garantam que os futuros compromissos com a nutrição tratem de todas as formas (e combinações) de má nutrição, de acordo com seus contextos nutricionais: atraso no crescimento, emaciação, deficiências de micronutrientes, obesidade, sobrepeso e doenças não transmissíveis relacionadas com a nutrição.
3. **Aproveitar qualquer nova oportunidade para assumir compromissos SMART.** Países-membros e agências da ONU, parlamentos, OSCs e doadores: usem a Década de Ação, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs) e o processo da Nutrição para o Crescimento (N4G) como uma oportunidade para elevar seu nível de ambição no sentido de assumir compromissos SMART para com a nutrição.
4. **Concordar em assumir um mecanismo global, independente e firme de divulgação de dados sobre todas as formas de nutrição.** Até o fim de 2017, como parte da Década de Ação, todas as partes implicadas na nutrição deveriam se envolver ativamente em um processo para concordar em usar um mecanismo independente e inclusivo para monitorar o progresso em relação aos resultados, às medidas e aos insumos relacionados com todas as formas de nutrição segundo os ODSs.
5. **Divulgar dados sobre os compromissos.** Países-membros e agências da ONU, OSCs, doadores e empresas: prestem contas, divulgando anualmente os dados referentes a seu progresso em relação à nutrição. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2017* deve poder informar uma taxa de resposta superior a 90%.

5 APLICAÇÃO DAS AÇÕES: PROGRESSOS E DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS DE NUTRIÇÃO

PARA SEREM EFICAZES, OS COMPROMISSOS COM A AÇÃO PRECISAM SER IMPLEMENTADOS E SUA EXECUÇÃO PRECISA SER GARANTIDA. A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS E intervenções depende da conversão do comprometimento político em ações concretas. Como estão se saindo os governos e outras partes interessadas na implementação das políticas e intervenções que refletem o comprometimento?

Neste capítulo, acompanhamos a implementação de quatro conjuntos diferentes de ações: em primeiro lugar, analisamos o progresso realizado na criação de um ambiente propício às ações de nutrição, através de estruturas de governança intersetoriais, uma área sujeita a um número relativamente elevado de compromissos de políticas e programas assumidos na Cúpula da Nutrição para o Crescimento (N4G) de 2013 (ver Capítulo 4). Embora não sejam políticas em si, a finalidade dessas estruturas de governança consiste em impulsionar o desenvolvimento e a implementação de políticas e programas. Em segundo lugar, examinamos as políticas que apoiam o aleitamento materno, uma prática que pode combater várias formas diferentes de má nutrição: emaciação, atraso no crescimento e obesidade. Em terceiro lugar, discutimos políticas que apoiam dietas saudáveis. E em quarto lugar, examinamos a cobertura das intervenções nutricionais diretas.

PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DE MECANISMOS DE GOVERNANÇA INTERSETORIAL PARA A NUTRIÇÃO

Atualmente, a necessidade de governança intersetorial para a nutrição é amplamente reconhecida. A terceira recomendação do Quadro de Ação da Segunda Conferência Internacional sobre Nutrição (ICN2) incentiva os países a desenvolverem mecanismos nacionais intergovernamentais, intersetoriais e com múltiplas partes interessadas, para supervisionar a implementação de políticas públicas.
O Capítulo 4 mostrou que os comprometimentos mais comuns com políticas e programas assumidos na Cúpula N4G de 2013 diziam respeito a mecanismos intersetoriais. Tais mecanismos foram fundamentais para o esforço brasileiro em prol da segurança alimentar e nutricional (Capítulo 1, Painel 1.5). O elemento essencial na experiência

brasileira foi a criação de um conjunto de mecanismos entre ministérios do governo e entre o governo, a sociedade civil e movimentos sociais reunidos através do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). A existência do SISAN, e o fato de ele ser operacional e contar com apoio de nível superior, permitiu a coordenação, a implementação e o monitoramento eficazes das políticas públicas.

O Movimento para a Ampliação da Nutrição (SUN) tem se manifestado, pedindo mecanismos de governança multissetorial para funcionarem como espaços para o desenvolvimento de políticas e planos. Esse movimento pede que diversos setores e diversas partes interessadas trabalhem juntos, em uma abordagem verdadeiramente coerente, associando compromisso político do mais alto nível, leis e políticas eficazes, ações alinhadas de todos

PRINCIPAIS CONCLUSÕES

O presente capítulo explora desafios persistentes e o progresso limitado na implementação das políticas e dos programas de nutrição recomendados.

- Mesmo quando o comprometimento existe, a implementação das políticas e dos programas constitui um desafio. Na presença de mandatos para agir, códigos para nortear e evidências de impacto, a implementação das ações de nutrição em si continua apresentando imensa variação de um país para outro e de uma intervenção para outra. São poucas as evidências e análises sobre onde, por que e como tais lacunas de implementação persistem.

- A experiência obtida com mecanismos intersetoriais e interministeriais de implementação de políticas de nutrição indica que sua probabilidade de sucesso é maior quando existe um compromisso de alto nível, recursos humanos e financeiros adequados e participação social.

- Embora o aleitamento materno seja amplamente reconhecido como uma das melhores maneiras de melhorar a nutrição, a implementação de políticas e programas básicos que o promovam precisa ser drasticamente ampliada:

  - Apenas 36% dos países implementam todas ou muitas das disposições incluídas no Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, que visa incentivar o aleitamento materno exclusivo e o uso adequado de alimentos complementares. Aliás, esse percentual de implementação até vem diminuindo desde a realização da última avaliação.
  - Praticamente um quinto de todos os países carece de dados sobre as políticas de proteção da maternidade (por exemplo, políticas no local de trabalho que apoiem o aleitamento materno exclusivo por longos períodos e as creches), o que faz pensar que há uma enorme lacuna na legislação. Em quase 70% dos países que possuem dados não existem políticas para a oferta de instalações propícias ao aleitamento materno, nem creches no local de trabalho.
  - A análise pioneira da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que promove o aleitamento materno nos hospitais, mostra que menos de 28% das maternidades em 160 países foram certificadas desde 1991. Muitas não foram certificadas ou recertificadas nos últimos anos, refletindo uma diminuição do apoio à iniciativa.

- Os países avançaram de maneira limitada e irregular na implementação de políticas que promovam dietas saudáveis, medida essencial ao combate às DNTs (doenças não transmissíveis). No caso da implementação de três recomendações fundamentais da Organização Mundial da Saúde (relacionadas com a comercialização para as crianças, redução do consumo de sal e redução de gorduras trans e saturadas):

  - dois terços dos países não fizeram progresso algum na implementação de qualquer uma das três recomendações;
  - somente 10% dos países fizeram algum progresso na implementação de todas as três medidas, e um número desproporcional deles são países de alta renda ou países de renda média; e
  - um terço dos países implementou políticas para a redução do consumo de sal, que foi a política mais amplamente implementada até hoje.

- A ampliação das intervenções específicas da nutrição para o combate à subnutrição tem sido lenta e irregular. A implementação de programas de fortificação e suplementação, como a suplementação de vitamina A e de zinco, tem sido mais intensa do que as abordagens para a promoção da saúde, tais como a do aleitamento materno exclusivo e da promoção da diversidade alimentar. A universalização dos sistemas de atendimento médico de cuidados primários constitui uma oportunidade de ampliar ainda mais essas intervenções.

PAINEL 5.1 LIÇÕES APRENDIDAS COM OS MECANISMOS DE GOVERNANÇA INTERSETORIAIS PARA ABORDAR A NUTRIÇÃO: COMISSÕES NACIONAIS DE DNTS NO CARIBE

MAISHA HUTTON E SIR TREVOR HASSELL

Em 2007, os chefes de governo do bloco de cooperação CARICOM (Mercado Comum e Comunidade do Caribe) realizaram uma cúpula inédita e influente sobre doenças não transmissíveis (DNTs) em Porto de Espanha, Trinidad.[1] Como parte da declaração de Porto de Espanha daí resultante, os chefes de governo incentivaram os países a formarem comissões de DNTs como mecanismos para prevenção e controle multissetorial de DNTs a nível nacional, sendo que essa recomendação foi feita inicialmente no Plano Estratégico para Prevenção e Controle de Doenças não Transmissíveis na Região do Caribe 2003-2007. Considerando-se as múltiplas causas e fatores de risco das DNTs, as comissões destinam-se a impulsionar uma resposta "do governo como um todo" (intrassetorial) e "da sociedade como um todo" (intersetorial).

Até o final de 2014, 12 dos 20 países que fazem parte do CARICOM haviam formado comissões de DNTs ou organismos análogos. Sete deles foram lançados em 2011 ou depois, provavelmente como resposta à Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre DNTs. A HCC, Coalizão do Caribe Saudável, uma organização não governamental, tem monitorado e avaliado o funcionamento dessas comissões. Uma análise de cinco das comissões, realizada em 2014, revelou que quatro das cinco comissões contavam com representantes dos Ministérios de Educação e Agricultura (governo) e de organizações religiosas, organizações da sociedade civil voltadas para a saúde e sindicatos (sociedade civil). Três das cinco tinham representação do setor de saúde privado, da indústria e da mídia (setor privado).

Desde a realização da cúpula de DNTs de Porto de Espanha, as comissões nacionais de DNTs obtiveram diversas vitórias na implementação de programas e políticas destinados a abordar a questão das DNTs. Em 2015, a HCC realizou uma abrangente análise de todas as comissões de DNTs nacionais do bloco CARICOM, descobrindo, por exemplo, que as comissões de Barbados haviam liderado campanhas nacionais para melhoria da nutrição e redução do sal, envolvendo toda a população. A Well Bermuda, organismo análogo a uma comissão nacional de controle das DNTs, envolveu, com sucesso, diversos setores na utilização de estratégias de promoção da saúde e vários memorandos de entendimento foram assinados entre o Ministério da Saúde e outros órgãos importantes. Implementaram-se 15 de 18 planos de ação. A HCC informou que a impressão geral foi de que as comissões nacionais de DNTs contribuíram tanto para uma maior conscientização sobre as DNTs dentro dos países quanto para uma resposta multissetorial a elas.

Entretanto, as comissões nacionais de DNTs também enfrentaram desafios significativos para passar da estrutura de governança à implementação das ações. Em março de 2016, somente nove delas estavam ativas. Um levantamento realizado com cinco comissões em 2014 revelou que a maioria de seus líderes acreditava que as comissões não eram suficientemente orientadas para a ação e não podiam garantir a implementação de suas recomendações. Lacunas em recursos humanos e financeiros tolheram seus programas. A falta de entendimento dos vários papéis e funções das partes interessadas constituiu uma barreira à implementação da abordagem multissetorial, da "sociedade como um todo", que era necessária. Além disso, embora tais comissões originalmente se destinassem a servir como plataformas para o desenvolvimento de uma resposta realmente voltada para a sociedade como um todo à epidemia de DNTs, ficou claro que é preciso haver uma força-tarefa interministerial ou mecanismo equivalente, na qual todos os setores do governo estejam verdadeiramente envolvidos, criando, assim, um ambiente fértil para a promoção da saúde em todas as políticas, em uma resposta que envolva o governo como um todo. Com exceção de alguns territórios, esse tipo de resposta abrangente não foi alcançado a nenhum nível significativo. A definição de relacionamentos entre as comissões nacionais de DNTs e os Ministérios da Saúde tem sido complexa e difícil, não raro levantando questões sobre os papéis e as responsabilidades, e destacando a falta de autonomia e o poder de implementação desses organismos. Tem havido dificuldades na monitoração e na avaliação, bem como no compartilhamento de informações, tanto dentro quanto entre os setores e, consequentemente, poucas evidências de que conhecimento e políticas estão se traduzindo em mudanças de comportamento.

Como resposta a tais desafios, a HCC fez recomendações para fortalecer as comissões nacionais de DNTs no Caribe, entre elas, garantir o financiamento estável, fortalecer setores governamentais não relacionados com a saúde, aumentar a participação do setor privado e da sociedade civil e criar um mecanismo formal que permita a interação rotineira entre o Ministro da Saúde e os membros da comissão de DNTs. A HCC está em vias de desenvolver uma estrutura de implementação nacional de DNTs para apoiar a criação ou o fortalecimento das comissões nacionais existentes na região.

os setores da sociedade e melhores recursos para combater a má nutrição. As evidências sugerem que os países participantes do Movimento SUN estão avançando no desenvolvimento de mecanismos intersetoriais. Em setembro de 2015, 48 dos 56 países integrantes do Movimento SUN afirmaram ter um mecanismo intersetorial montado, com múltiplas partes interessadas, embora com graus de funcionalidade variados (SUN, 2015). Por exemplo, entre os países signatários da N4G, a República Democrática do Congo criou seu Comitê Nacional de Nutrição Multissetorial em dezembro de 2015, e a Zâmbia desenvolveu estruturas de coordenação subnacionais aos níveis das províncias, distritos e divisões/comunidades em todos os 14 distritos prioritários.

A maioria dos países está se esforçando para melhorar o envolvimento com as organizações da sociedade civil (OSCs) e a comunidade científica, e também para obter a adesão do setor privado. Com esses mecanismos em vigor em muitos países, o desafio atual consiste em garantir seu funcionamento eficaz. Uma autoavaliação realizada em 2015 pelos países integrantes do movimento SUN revelou que utilizar os mecanismos para alinhar as ações e os recursos era mais difícil do que a princípio se imaginava que seria.

Recomenda-se a governança intersetorial, também, para facilitar a ação multissetorial necessária para abordar a obesidade e as doenças não transmissíveis (DNTs). A nível internacional, o Mecanismo de Coordenação Global para as DNTs da Organização Mundial da Saúde (OMS) entrou em operação em 2014 com o objetivo de facilitar a coordenação das atividades; o engajamento de múltiplas partes interessadas; e a ação intersetorial aos níveis local, nacional, regional e mundial. Também se estabeleceu uma série de iniciativas independentes destinadas a promover a coordenação intersetorial e interdisciplinar, para incentivar ações voltadas para a obesidade e as DNTs. Mais recentemente, criou-se a Lancet Comission on Obesity, que se reuniu pela primeira vez em fevereiro de 2016.

Ao nível nacional, a reunião de revisão das DNTs realizada pela ONU em 2014 produziu uma clara declaração de apoio aos mecanismos para liderar, executar e promover a abordagem multissetorial. Recomendou especificamente que os países devem "pensar em criar, conforme seja apropriado para o respectivo contexto nacional, um mecanismo multissetorial nacional, tal como uma comissão de alto nível, agência ou força-tarefa para engajamento, coerência de políticas e responsabilização mútua das diferentes esferas de formulação de políticas" (ONU, 2014a, 6).

Uma região na qual a criação de comissões de DNTs tem sido levada muito a sério é o Caribe, onde 12 países criaram tais comissões. Essas comissões levaram a alguns resultados positivos, mas também enfrentaram inúmeros desafios, como pode ser visto no Painel 5.1. Assim como nos países integrantes do SUN, essas comissões mostraram que a existência de um mecanismo em si não basta: a comissão precisa ser dotada de recursos humanos e financeiros adequados e ter um peso político concreto, para funcionar de forma eficaz, desempenhando seu papel de transformar os compromissos em ações concretas.

POLÍTICAS PÚBLICAS DESTINADAS A PROTEGER E PROMOVER O ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno é amplamente reconhecido como a melhor opção para a alimentação dos bebês e a OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, continuando o aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais, com a adição de alimentos complementares nutricionalmente adequados, seguros e apropriados (OMS, 2003). A adoção dessa recomendação salva vidas, e os efeitos benéficos atingem populações de todos os países, qualquer que seja a fase de desenvolvimento em que os países se encontrem. Constatou-se que o aleitamento materno confere proteção contra a mortalidade e morbidade infantil, em especial em decorrência de infecções gastrintestinais, aumenta a inteligência e provavelmente reduz a incidência de DNTs, principalmente de sobrepeso e diabetes, mais tarde. Além disso, o aleitamento materno protege a mãe, pois está associado a uma redução do risco de contrair câncer de mama (Victora et al. 2016).

Muitas políticas públicas podem apoiar o aleitamento materno, desde proteções ditadas por leis a programas de apoio e aconselhamento às mulheres. Analisamos aqui as iniciativas para implementar três ações destinadas a melhorar as taxas de aleitamento materno, para as quais existem dados disponíveis da maioria dos países: a implementação nacional do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, a proteção da maternidade e os hospitais amigos da criança.

A IMPLEMENTAÇÃO NACIONAL DO CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZAÇÃO DE SUBSTITUTOS DO LEITE MATERNO

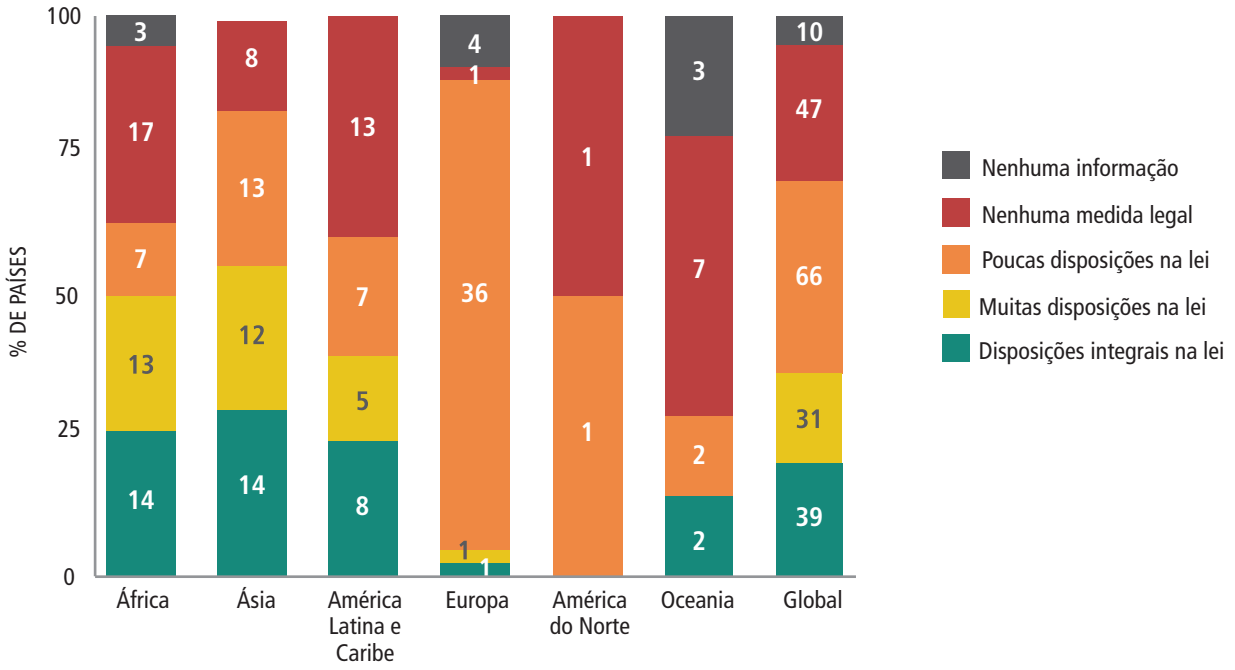
Em 1981, a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) endossou o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e, em seguida, aprovou 16 resoluções relevantes destinadas a proteger o aleitamento materno (OMS, 1981). A AMS adotou o código sob a forma de recomendação e, como tal, seu cumprimento não é obrigatório. Para que o código entre em vigor, os países precisam incluí-lo na sua legislação e regulamentá-lo internamente. Entretanto, o endosso dos países ao código representa um compromisso declarado, a nível internacional, de implementá-lo na prática.

No *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2014*, afirmamos que mais da metade (54%) dos 164 países com dados disponíveis havia conseguido promulgar leis abrangendo todas ou muitas das disposições do código (IFPRI, 2014). Usando dados atualizados compilados pela OMS, pelo UNICEF e pela Baby Food Action Network (IBFAN) (2016), apresentamos agora um quadro mais atualizado da situação da implementação do código no mundo.

Existem atualmente dados disponíveis para 183 de 193 países (95%). A Figura 5.1 mostra as estatísticas mundiais e regionais, e o percentual dos 193 países em cada fase da implementação do código. Em 2016, 70 dos 193 países (36%) incluem todas ou muitas disposições do código. Na África e na Ásia, a proporção de países com todas ou muitas disposições em vigor é maior (50% e 55%, respectivamente) do que no resto do mundo. Não há disposições legais em vigor em 47 países (24%). Devido a uma reavaliação das disposições nos países, o número de países em que há disposições em vigor na realidade diminuiu para menos de 89 de 193 (46%) em 2014.[1]

Para que o código tenha o pleno efeito que a AMS pretendia há 35 anos, muitos outros países terão que aprovar legislação que inclua todos os artigos do código, implementar sanções significativas ao seu descumprimento e criar sistemas de monitoramento confiáveis. Um passo positivo nessa direção foi a recente criação

FIGURA 5.1 Situação legal do código de comercialização de substitutos do leite materno em países-membros da ONU por região, 2016



Fonte: autores, com base em dados da OMS, UNICEF e IBFAN (2016).

Observação: o número de países corresponde aos números nas barras. O percentual de países corresponde à área das barras.

da Rede de Monitoramento e Apoio Global para a Implementação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e Subsequentes Resoluções Relevantes da AMS (NetCode) pela OMS, em colaboração com o UNICEF e as organizações não governamentais dedicadas ao aleitamento materno e à saúde da criança.

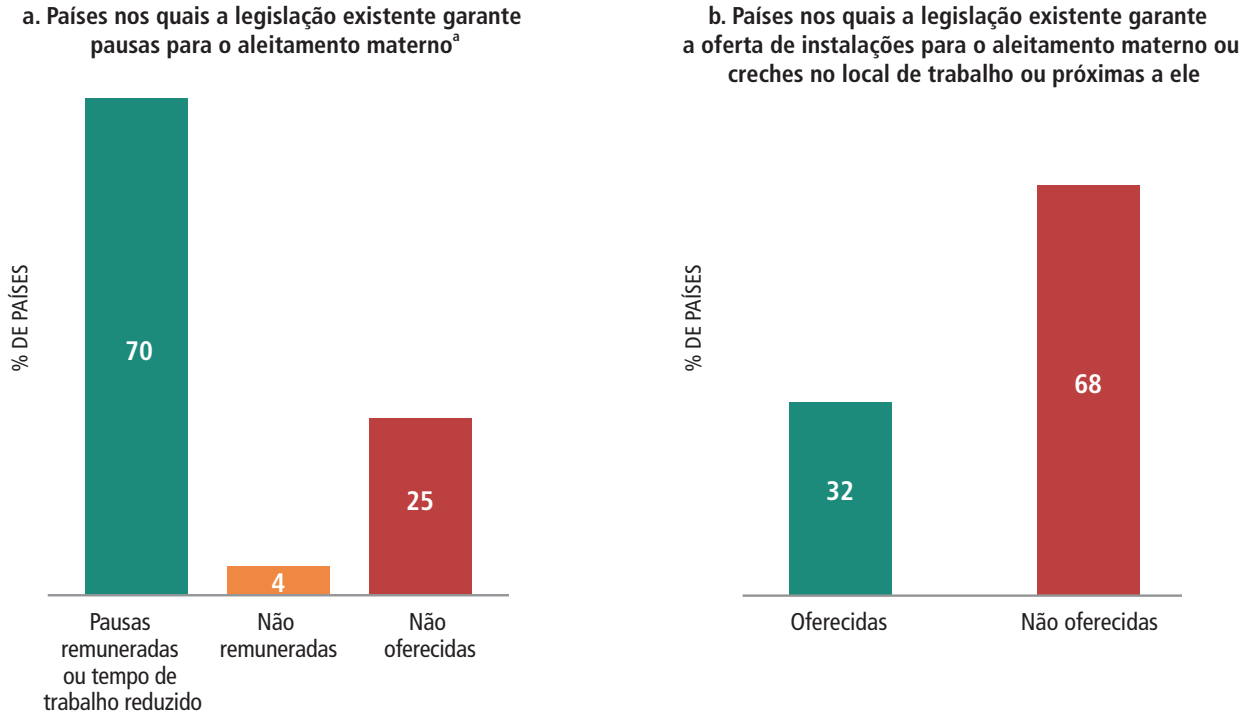
PROTEÇÃO DA MATERNIDADE

Um relatório recente sobre a crise mundial nos cuidados infantis revisou os dados existentes sobre os efeitos econômicos e sociais das exigências dos cuidados infantis sobre as mulheres (ODI 2016). O relatório destaca a necessidade de estender ao setor informal as políticas relacionadas com os cuidados infantis, como o apoio ao aleitamento materno e a proteção da maternidade, como uma importante medida para melhorar a paridade remuneratória no local de trabalho e reduzir a penalização econômica imposta às mulheres que trabalham. Esta penalização resulta da inacessibilidade a creches e da insuficiência das políticas de apoio à maternidade no local de trabalho

No *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2014*, analisamos a implementação, em todos os 193 países, da Convenção Nº 183 da Organização Mundial do Trabalho, que dispõe sobre a proteção à licença maternidade (IFPRI 2014). Descobrimos que a convenção, que obriga os países a garantirem 14 semanas de licença-maternidade remunerada, correspondente a 66% da remuneração anterior concedida pela previdência social ou rendimentos gerais, havia sido ratificada por 86 países (51% dos 169 países para os quais havia dados). A ratificação é apenas o primeiro passo; cada país que a ratificou terá que, em seguida, regulamentar essas disposições por meio de leis ou regulamentos nacionais. Aqui, partimos da análise do *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2014* para examinar dados sobre dois outros indicadores de políticas no local de trabalho que apoiam o aleitamento materno depois que as mulheres retornam ao trabalho, após o parto: o direito a pausas remuneradas para o aleitamento materno e a creches ou instalações de cuidados infantis, proporcionadas pelo empregador. A garantia de pausas remuneradas para o aleitamento materno está associada a taxas mais elevadas de aleitamento materno (Heymann et al., 2013).

Quase um quinto dos países não dispunha de dados sobre a legislação relacionada com essas políticas (OIT 2014), evidenciando a existência de uma enorme lacuna de dados. No caso dos países que dispunham de dados, em 70% havia legislação em vigor garantindo às mulheres o direito a pausas remuneradas para o aleitamento materno ou a uma redução da duração do trabalho diário para o aleitamento materno ou a retirada do leite materno no decorrer do dia de trabalho (Figura 5.2a). A duração da licença maternidade variava de um a cinco meses até dois anos (32 países não especificaram duração nenhuma). Entretanto, 68% dos países que dispunham

FIGURA 5.2 Situação da legislação em apoio ao aleitamento materno exclusivo, 2013



Fonte: autores, com base em dados da OIT (2014).

Observação: a Figura 5.2a mostra os resultados para os 159 países com dados relacionados com essa questão. A Figura 5.2b mostra os resultados para os 157 países com dados relacionados com essa questão.

[a] Os percentuais não totalizam 100 devido ao arredondamento.

de dados não tinham legislação para a oferta de creches ou outras instalações de cuidados infantis no local de trabalho (Figura 5.2b).

A INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Pela primeira vez, incluímos no relatório a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Idealizada pela OMS e pelo UNICEF em 1991, a iniciativa visa apoiar o aleitamento materno em hospitais que oferecem serviços de maternidade. Ela certifica se os hospitais seguem um conjunto de dez passos específicos nas seguintes áreas: políticas, recursos humanos, promoção e apoio, proteção contra os substitutos do leite materno e estrutura física destinada a garantir o alojamento conjunto de mães e bebês.

Não existe um conjunto de dados global sobre a IHAC. Os dados aqui apresentados mostram a cobertura a nível nacional em 127 países para os quais existem dados disponíveis provenientes de cinco fontes diferentes: a *Global Nutrition Policy Review*, da OMS (OMS, 2013b); a NutriDash Survey, do UNICEF (UNICEF, 2014); um relatório da Organização Pan-Americana da Saúde intitulado *The Baby Friendly Hospital Initiative in Latin America and the Caribbean: Current Status, Challenges and Opportunities* (OPAS, 2015a); a World Breastfeeding Trends Initiative da IBFAN - International Baby Food Action Network (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar) (WBTi, 2016); a Oitava Reunião de Coordenadores do BFHI de Países Industrializados, Europa Oriental e a Pesquisa da Comunidade de Estados Independentes (CEE/CIS) (Stufkens, 2014).

Os dados descrevem o percentual de maternidades em cada país que foram consideradas hospitais amigos da criança. Não dispomos de informações sobre quantas dessas maternidades foram reavaliadas ou continuam seguindo as políticas da IHAC. A OMS disponibilizará um banco de dados global mais abrangente ainda este ano.

Entre 2007 e 2014, 91 países relataram baixos níveis de cobertura, ou seja, menos de 40% dos hospitais eram amigos da criança (Figura 5.3); 14 desses países relataram que nenhum hospital ou maternidade do país jamais tinha recebido a certificação IHAC. Apenas três países (Bahrein, Cuba e Fiji) reportaram 100% de cobertura da IHAC. Tais estimativas podem sofrer mudanças à medida que novos dados forem sendo disponibilizados; de um modo geral, porém, elas indicam baixos níveis de implementação.

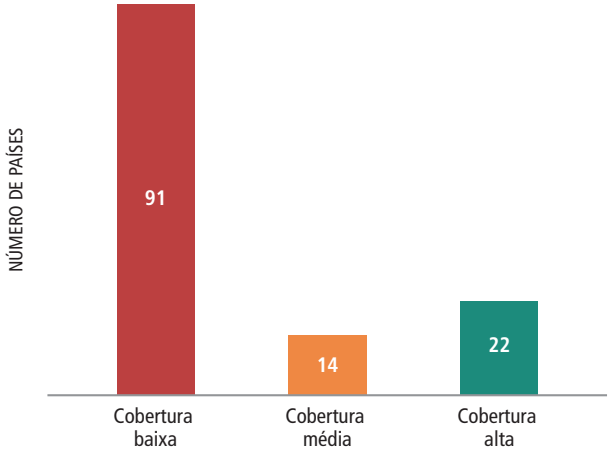
Sustentar a IHAC, evidentemente, demonstrou ser um desafio.[2] No decorrer da década de 1990, a iniciativa beneficiou-se de forte apoio político e investimento internacional em treinamento e avaliação. Resultado: diversas maternidades receberam certificação, propiciando melhoras significativas nos níveis de aleitamento materno (Perez-Escamilla et al., 2016). Calcula-se que 27,5% das maternidades em 160 países tenham sido certificadas desde 1991 (Labbock, 2012).

Entretanto, uma estimativa recente realizada para a América Latina e o Caribe revela que, embora 8% dos hospitais tenham sido certificados, ao todo, apenas 2% haviam sido certificados ou recertificados nos cinco anos anteriores e 40% dos países não tiveram certificações nem recertificações durante o período mencionado (OPAS, 2015a). Nos últimos cinco anos, apenas 3,5% dos partos em maternidades ocorreram em hospitais certificados, comparados a uma média de 15% em um período de 25 anos.

Em decorrência da queda no apoio e no investimento, a implementação dessa iniciativa tem sido desigual, não raro dependendo de uma única pessoa no Ministério da Saúde, com orçamento limitado ou inexistente. Uma das maneiras importantes de aumentar a sustentabilidade dessa iniciativa é associar o processo de certificação a sistemas mais abrangentes de credenciamento de hospitais. A tática foi usada, por exemplo, no Vietnã, onde os dez passos para o sucesso do aleitamento materno foram incorporados ao Sistema Nacional de Credenciamento e Critérios de Qualidade Hospitalar.

Outro mecanismo fundamental para aumentar a sustentabilidade consiste na coleta de dados estratégicos para medir a cobertura; o uso apropriado das informações também se faz essencial. Por exemplo, em 2007, os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos EUA instituíram um boletim anual, estado por estado, que documentou que a proporção de partos em hospitais amigos da criança nos Estados Unidos aumentou de menos de 2% em 2007 para quase 8% em 2014 (OPAS, 2015a).

FIGURA 5.3 Cobertura de instalações hospitalares consideradas amigas da criança em 127 países, dados coletados no período de 2007 a 2014



Fonte: autores, com base em dados da OMS (2013b); WBTi (2016); OPAS (2015a); Stufkens (2014); UNICEF (2014).

Observação: cobertura baixa = < 40% dos hospitais são considerados amigos da criança; cobertura média = 40–60%; cobertura alta = > 60%. O ano da coleta de dados não implica data de certificação, nem recertificação pontual das instalações.

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PROMOÇÃO DE DIETAS SAUDÁVEIS

Espera-se que as políticas destinadas a promover dietas saudáveis, com as quais os governos se comprometeram em fóruns internacionais, se tornem mais importantes na era dos novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs), entre os quais se inclui um objetivo específico de redução das doenças não transmissíveis. Tais políticas formam também um dos pilares do *Relatório da Comissão para Erradicar a Obesidade Infantil*, publicado pela OMS em 2016. O relatório recomenda que os países "implementem programas abrangentes promovendo o consumo de alimentos saudáveis e a redução de alimentos prejudiciais, bem como de bebidas açucaradas por parte de crianças e adolescentes" (OMS, 2016o, viii).

As recomendações do relatório derivam de uma série de recomendações internacionais de políticas para promover dietas saudáveis iniciadas em 2004 com a Estratégia Global sobre Dieta, Atividade Física e Saúde da OMS. Na declaração política sobre doenças não transmissíveis de 2011 da ONU, os países comprometeram-se a promover dietas saudáveis através de políticas públicas, adotando as seguintes medidas:

- Implementar as recomendações da OMS sobre a comercialização de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças
- Reduzir sal, açúcares e gorduras saturadas
- Eliminar as gorduras trans
- Encorajar políticas que estimulem a produção de alimentos saudáveis.

Apresentamos aqui o relatório sobre o progresso na implementação de três dessas políticas: a implementação das recomendações da OMS; as estratégias para a redução do consumo de sal; e as políticas para reduzir o consumo de gorduras saturadas e trans. Essas políticas foram selecionadas pela OMS para os relatórios compulsórios à Assembleia Geral das Nações Unidas de 2017.[3]

Nossa análise fundamenta-se em dados divulgados pela Pesquisa de Capacidade do País sobre as DNTs, realizada em 2014, que coletou informações de 193 países (OMS, 2015c). Informamos o número de países que (1) reportam "qualquer progresso" na implementação, independentemente de tal progresso ter sido total ou parcial; e (2) reportam "nenhum progresso" ou a inexistência de dados adequados para avaliar o progresso.

Como mostra a Figura 5.4, o progresso tem sido extremamente limitado: os governos estão muito atrasados na implementação das políticas amplamente recomendadas para prevenir a obesidade e as DNTs. Dos 193 países, apenas 20 (10%) avançaram em todos os três indicadores; 120 (62%) não fizeram progresso algum. Cinquenta e três países (28%) informaram ter cumprido totalmente pelo menos uma ou duas das três políticas.

Dos 193 países abrangidos pela Pesquisa de Capacidade do País para as DNTs, 24% afirmam ter implementado as recomendações da OMS de 2010, destinadas a nortear os esforços nacionais de restringir a comercialização de produtos alimentares para crianças (OMS, 2010b). Entretanto, os critérios para avaliar se um

PAINEL 5.2 A TRANSFORMAÇÃO DAS METAS GLOBAIS EM AÇÃO NACIONAL: POLÍTICAS SMART PARA REDUÇÃO DO SAL NA ARGENTINA

CHESSA LUTTER

A lei argentina para redução do sal obriga o governo a reduzir o consumo de sal a cinco gramas por pessoa por dia até 2020 por meio de uma série de mudanças, entre elas, uma redução gradual do sal no pão e em outros alimentos processados, além de uma campanha de comunicação com o slogan "Menos sal, mais vida ("Menos sal, más vida", em espanhol).

A política pretende ser SMART (específica, mensurável, atingível, relevante e com prazo definido). É claramente tanto específica quanto mensurável. Tem também probabilidade de ser atingível, pois estudos realizados no país mostram que 70% do consumo de sal provém de alimentos processados, em especial, do pão. Portanto, o foco da redução do sal em alimentos processados e no pão abordará grande parte da questão do consumo de sal. O compromisso também é altamente relevante; pesquisas realizadas no país estimaram que, para cada grama de redução de sal, seria possível evitar 2.000 mortes anuais ocasionadas por doenças cardiovasculares. Por último, essa política tem prazos definidos. Foram definidas metas intermediárias para cada dois anos, como a redução de uma determinada quantidade de sal no pão. Mede-se o conteúdo de sal no pão e em outros alimentos processados, bem como seu consumo (por meio da coleta de urina durante 24 horas) e analisam-se os dados em um laboratório nacional.

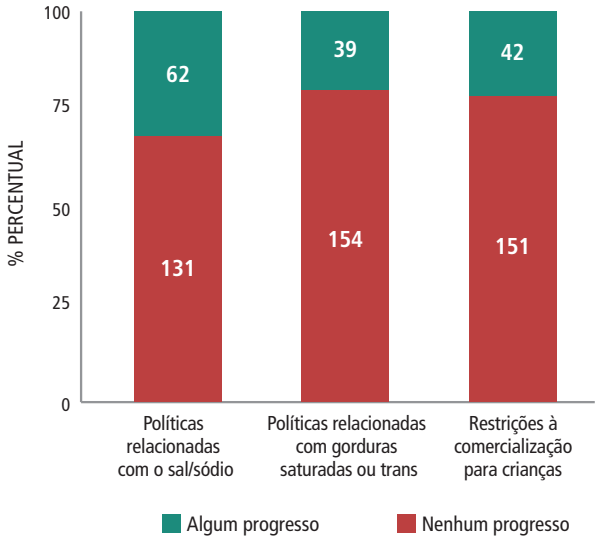
Entre 2011 e 2015, o consumo diário de sal caiu dois gramas, de 11,2 para 9,2 gramas por dia. Embora ainda seja necessário realizar uma quantidade significantemente maior de pesquisas para reduzir o consumo até a meta de cinco gramas, calcula-se que essa diminuição tenha poupado 4.040 vidas por ano durante o mesmo período.

país implementou ou não as recomendações não estão claros. Isso poderia significar, por exemplo, que existe um acordo voluntário sobre alguns aspectos da comercialização, uma declaração política sobre o motivo pelo qual a questão é importante, um plano de ação abrangente ou uma ação específica implementada que alcança o objetivo definido pelas recomendações: reduzir a exposição das crianças ao marketing e ao seu poder. O banco de dados do Fundo Mundial de Pesquisa sobre o Câncer (WRCF), NOURISHING, que acompanha informações confirmadas sobre a implementação de políticas específicas, reporta que apenas 16 países implementaram restrições à comercialização para crianças que visam atingir tais objetivos (WCRF International, 2016). Isso equivale a apenas 8% dos 193 países. É necessário mais empenho no sentido de esclarecer como monitorar as recomendações da OMS.

A política que tem sido mais amplamente implementada é a redução do sal/sódio; 62 países (um terço do total) implementaram tais políticas (OMS, 2015c). Em uma avaliação independente das estratégias de redução de sal, Trieu e colegas (2015) identificaram 75 países com uma estratégia nacional de redução de sal, mais do que o dobro do número informado em uma análise semelhante realizada em 2010. Eles descobriram que a maioria dos programas é multifacetada e inclui o engajamento da indústria na reformulação de produtos (61 países); a definição de metas de conteúdo de sódio para alimentos (39); a educação do consumidor (71); a rotulagem na parte frontal da embalagem (31); a tributação de alimentos com alto teor de sal (3); e intervenções em instituições públicas (54). Em 33 países, foram implementadas medidas legislativas relacionadas com a redução do sal, tais como metas obrigatórias, rotulagem na parte frontal da embalagem, políticas para a aquisição de alimentos e taxação.

Como região, a América Latina tem sido particularmente ativa na redução do sal. Até 2015, 12 governos de países da América Latina e do Caribe haviam implementado iniciativas nacionais para reduzir o consumo de sal. Além dos 12 governos com iniciativas

FIGURA 5.4 Número de países que implementaram políticas alimentares saudáveis



Fonte: autores, com base em dados da OMS (2015c).

Observação: número total de países = 193. O número de países corresponde aos números nas barras. O percentual de países corresponde à área das barras.

nacionais, até 2015, outros nove países tinham implementado programas subnacionais ou haviam realizado pesquisas sobre a redução do sal. A Argentina, por exemplo, implementou a metodologia SMART (específica, mensurável, atingível, relevante e com prazo definido) à redução do sal, como descreve o Painel 5.2.

Uma área de política que apresentou avanços significativos nos últimos anos foi a taxação de bebidas açucaradas e alimentos com elevado teor de gorduras, açúcar e sal. De acordo com o banco de dados NOURISHING (WCRF International, 2016), 14 países praticam hoje a taxação de alimentos e bebidas relacionada com a saúde (e o Reino Unido implementará um imposto em 2018); seis deles praticam essa taxação desde 2014. Em um desses países, o México, novas evidências, divulgadas em 2016, sugerem que o imposto está associado à queda nos gastos com bebidas açucaradas, tendo um efeito maior entre as famílias de menor renda (Colchero et al., 2016). O Chile também passou a cobrar imposto sobre bebidas açucaradas em 2015, além de ter cumprido plenamente dois dos três indicadores de política da OMS. O Painel 5.3 relata a história das pessoas e dos processos que converteram em ação o compromisso político do Chile.

Um número desproporcional de países que implementaram políticas são países de alta renda, como o Chile, ou países de renda média-alta, como a Argentina e o México. Dos 20 países que relataram ter alcançado plenamente todas as três políticas, 13 eram países de alta renda, seis eram de renda média-alta e um era de baixa renda. Entre os países que não haviam implementado política nenhuma, a maior proporção, 33% (40 países), era constituída de países de renda média-baixa. A percentagem varia significativamente de uma região para outra: 96% dos países africanos, 60% dos países asiáticos, 57% dos países da Oceania, 58% dos países latino-americanos e 30% dos países europeus não conseguiram cumprir nenhum indicador. Os dois países norte-americanos relataram que cumpriram dois ou todos os três indicadores.

Embora os países estejam avançando na implementação de políticas destinadas a proteger e a promover dietas saudáveis e alguns deles se destaquem em seu compromisso com a ação, especialmente na América Latina, o quadro geral continua sendo o mesmo descrito no *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*: um progresso desigual, com enormes lacunas na implementação. Obter o apoio de partes interessadas para tais políticas por parte de agências internacionais, governo, doadores e agências de desenvolvimento historicamente dedicadas à causa da subnutrição pode ser uma maneira de incentivar um maior comprometimento político com a ação. Algumas políticas podem ter "dupla finalidade", abordando diferentes formas de má nutrição. Como mostra o Capítulo 4, os compromissos assumidos na N4G precisam ser realinhados de modo a encorajar os países a desenvolverem e implementarem políticas e programas específicos (Capítulo 4). Um novo conjunto de compromissos para o pós-ICN2, a era dos ODSs, como afirmamos no Capítulo 4, ajudaria a avançar o processo de compromissos internacionais com políticas públicas de aleitamento materno, dietas saudáveis e, como veremos na próxima seção, cobertura das intervenções diretas na nutrição.

COBERTURA DAS INTERVENÇÕES DIRETAS PARA REDUZIR A SUBNUTRIÇÃO

O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015* mostrou a disponibilidade de dados de cobertura relativos a 12 intervenções comprovadas recomendadas pela OMS (2013a) e por Bhutta e colegas (2013) para abordar a subnutrição materna e infantil (Tabela 4.5 do *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*). Acompanhamos também dados referentes a seis dessas intervenções, consistindo em nove indicadores (Tabela 4.6 do *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*).

Este ano, acompanhamos 13 indicadores, abrangendo as mesmas seis intervenções (Tabela 5.1).[4] Os dados, no entanto, referem-se aos anos de 2005 a 2015, e vários novos indicadores foram adicionados. Esses 13 indicadores representam praticamente todos os indicadores de cobertura ou indicadores de representação para gestantes e crianças incluídas nas Pesquisas de Demografia e Saúde.

Os novos acréscimos ao relatório deste ano incluem crianças de seis a 23 meses alimentadas à frequência mínima de refeições, crianças de seis a 59 meses às quais foram administrados suplementos de ferro nos últimos sete dias, mulheres que receberam ferro e ácido fólico durante a gravidez mais recente, e mulheres que receberam ferro e ácido fólico durante a gravidez mais recente e não os tomaram. Além disso, mostramos os três países com o maior percentual de cobertura para 12 desses indicadores e os três países com o percentual mais baixo (Figura 5.5).

A análise mostra que os países, em média, estão se saindo melhor em programas de suplementação e fortificação do que em abordagens baseadas na promoção da saúde. Muitos intervenientes têm desempenhado um papel fundamental no progresso rumo ao cumprimento do compromisso de implementar programas de fortificação. O Painel 5.4 apresenta um exemplo do papel fundamental do envolvimento do setor privado na adição de iodo ao sal, e o Painel 5.5 destaca o papel de uma organização não governamental.

Em outros programas de suplementação e fortificação, os países estão se saindo bem na suplementação de vitamina A, com uma cobertura mediana de 79%,[5] e no fornecimento de suplementação de ferro e ácido fólico às mulheres durante sua gravidez mais recente, com uma cobertura mediana de 78%. No entanto, a mediana da proporção de mulheres que não tomaram o suplemento nos países que dispõem de dados foi de 21% (variando de 3 a 83%).

Para as abordagens baseadas na promoção da saúde, inclusive as intervenções de alimentação complementar para bebês e crianças de seis a 23 meses de idade, os três indicadores utilizados refletem taxas de cobertura baixas em todos os países. A taxa mais baixa refere-se à dieta mínima aceitável,[6] com uma mediana de apenas 15% (variando de 3 a 72%). A melhor cobertura mediana para intervenções de alimentação complementar é a frequência mínima de refeições,[7] com uma mediana de 57%. Como afirmamos nos Relatórios sobre a Nutrição Mundial anteriores, é de suma importância melhorar esses números, cujos níveis estão baixíssimos.

PAINEL 5.3 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PROMOVER DIETAS SAUDÁVEIS NO CHILE

CAMILA CORVALAN E MARCELA REYES

Nos últimos cinco anos, o governo chileno aprovou uma série de regulamentações destinadas a melhorar a alimentação da população, na tentativa de conter a atual epidemia de obesidade e de doenças não transmissíveis (DNTs). Em 2014, o governo implementou um imposto de 8% sobre bebidas açucaradas, que não se aplica a outras bebidas. Em julho de 2016, os fabricantes de alimentos serão obrigados a exibir advertências no rótulo frontal das embalagens dos alimentos e bebidas com alto teor de açúcares, sódio, gorduras saturadas e com muitas calorias, e ficarão proibidos de anunciar e comercializar esses produtos para crianças de 14 anos de idade ou menos. A restrição à comercialização representa a mais abrangente medida desse tipo no mundo até hoje.

A implementação dessas leis resultou de quase dez anos de intensas discussões envolvendo setores como saúde, agricultura, economia e desenvolvimento social, bem como várias partes interessadas, entre eles políticos, pesquisadores e representantes da indústria alimentar, entre vários outros. Durante esses anos, líderes-chave defenderam veementemente a aprovação e a implementação dessas regulamentações.

- No meio acadêmico, um professor universitário de nutrição voltada para a saúde pública desempenhou um papel fundamental, liderando o comitê da OMS sobre prevenção de doenças crônicas. Ele disseminou ativamente dados sobre a epidemia de obesidade e de DNTs no Chile, além de enfatizar a necessidade de se implementarem medidas em maior escala. Sua participação foi fundamental para envolver os formuladores de políticas e conferir credibilidade e apoio científico ao processo como um todo.
- No Senado, um médico assumiu o desafio, apresentando a primeira minuta de um projeto de lei e fazendo pressão pela sua aprovação. No decorrer desses anos, esse legislador foi fundamental para aumentar a consciência sobre o tópico no Senado e junto à opinião pública em geral.
- No governo, o diretor do departamento de nutrição do Ministério da Saúde liderou o processo de forma consistente, mantendo um ponto de vista coerente e priorizando o tema.

O Ministério da Saúde também reuniu vários comitês consultivos de especialistas com o objetivo de proporcionar aconselhamento científico e serviu como ponto central para a comunicação contínua entre diversos setores e intervenientes. Entretanto, precisou, sim, fazer acordos para que a implementação continuasse. Por exemplo, para obter a aprovação dos setores de agricultura e economia no governo, o Ministro da Saúde negociou uma implementação em fases; assim, ao longo de três anos, as normas vão se tornar cada vez mais rígidas.

O processo de implementação encontra-se ainda em suas fases iniciais. Sua sustentabilidade a longo prazo depende da força do governo e de sua capacidade de manter o apoio de diferentes setores, bem como de uma maior participação da sociedade civil, a qual, até o momento, não desempenhou um papel significativo na adoção das medidas.

Tais medidas serão eficazes? Já existe um plano de avaliação, envolvendo pesquisadores internacionais, para analisar se as políticas alcançarão seu objetivo de melhorar a alimentação da população chilena.

Entre os indicadores de resultados que podem ser influenciados por intervenções focadas em proteger, promover e apoiar o aleitamento materno, encontram-se o início do aleitamento materno em, no máximo, uma hora após o parto, o aleitamento materno exclusivo de bebês com menos de seis meses e o aleitamento materno exclusivo continuado até um ano e dois anos. Entre esse grupo de indicadores, a mediana para o aleitamento materno exclusivo é a mais baixa, indicando a necessidade de fortalecer os insumos do programa. Nesse indicador, os esforços do programa conduziram notavelmente a aumentos bem-sucedidos, e a retirada dos esforços do programa veio acompanhada da subsequente deterioração das taxas.

O aleitamento materno exclusivo continuado até um ano, por outro lado, apresenta a mais alta mediana entre esse grupo de indicadores, com um percentual de 72%. Entretanto, as taxas relativas ao aleitamento materno continuado até um ano permaneceram relativamente estáveis nas últimas décadas e, portanto, parecem não ter sido influenciadas por nenhum esforço de programa recente.

Há ainda muito mais trabalho a ser feito para esclarecer a relação entre esses indicadores de práticas e a implementação e a qualidade das políticas e das intervenções, como as analisadas acima. Os indicadores de práticas de cobertura refletem a adoção e implementação de políticas, outros fatores as refletem, ou ambos as refletem? Em caso afirmativo, de que maneira? É complicado definir o que precisa ser feito para melhorar as práticas alimentares de bebês e crianças pequenas quando não está claro quais políticas e intervenções foram implementadas, nem tampouco se pode avaliar sua qualidade.

Existem alguns dados de cobertura disponíveis sobre a administração da má nutrição, ou desnutrição aguda grave (DAG) por meio de cuidados ambulatoriais, com alimentos terapêuticos prontos para uso e cuidados ministrados com o

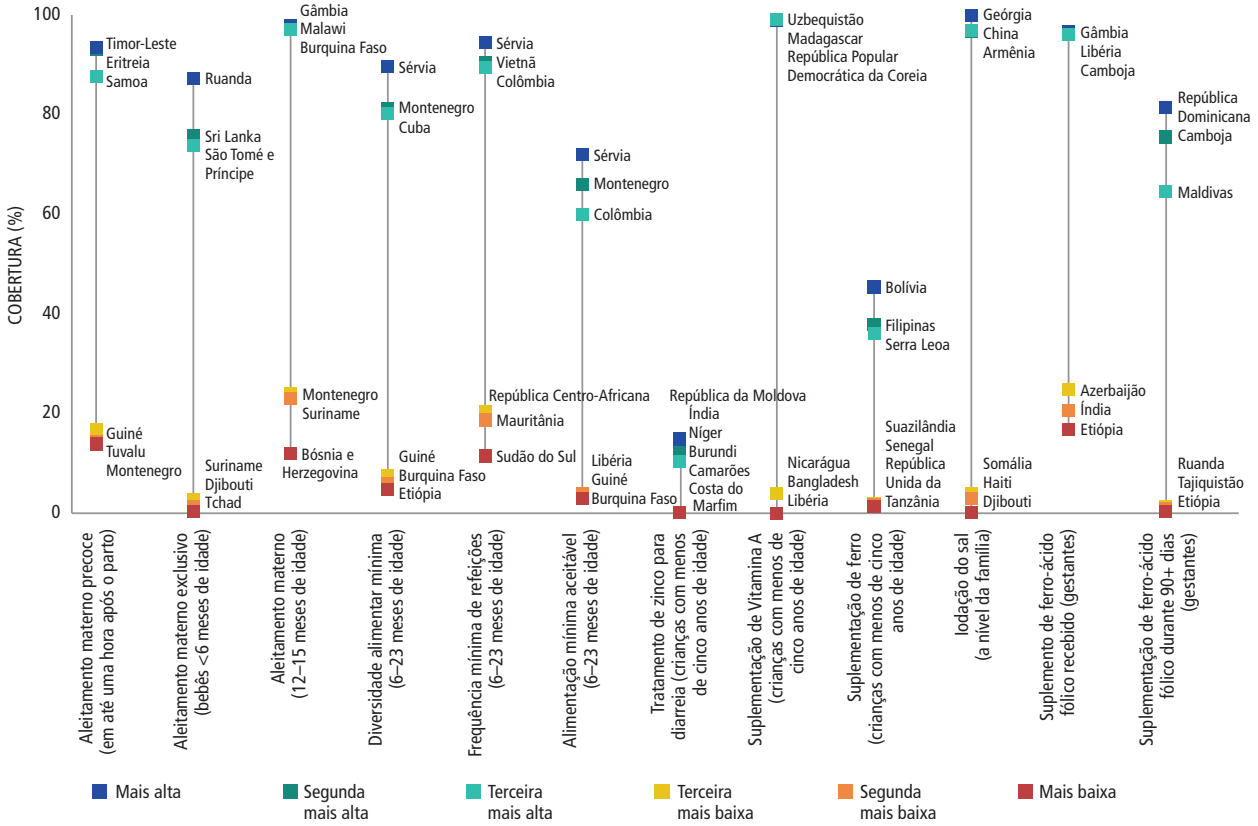
TABELA 5.1 Cobertura das intervenções e práticas destinadas a abordar a má nutrição materna e da criança

Indicador de cobertura ou prática	Intervenção associada recomendada por Bhutta et al. (2013) (população-alvo)	Número de países com dados	Taxa de cobertura ou prática para os países com dados (%)			
			Mínima	Máxima	Média	Mediana
Crianças de 0–59 meses de idade com diarreia que receberam tratamento com zinco	Tratamento de zinco para diarreia (crianças de 0–59 meses)*	39	0,1	15	3	2
Início do aleitamento materno logo após o parto (proporção de recém-nascidos amamentados dentro da primeira hora após o parto)	Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno*	125	14	93	52	52
Bebês de < 6 meses de idade em aleitamento materno exclusivo	Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno*	122	0,3	87	38	37
Bebês de 12–15 meses de idade em aleitamento materno	Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno*	122	12	98	69	72
Crianças de 6–23 meses de idade que receberam 4+ grupos alimentares (diversidade alimentar mínima)	Promoção de alimentação complementar para populações com alimentação segura e insegura (crianças de 6–23 meses de idade)*	60	5	90	36	28
Crianças de 6–23 meses de idade que receberam a frequência mínima de refeições	Promoção de alimentação complementar para populações com alimentação segura e insegura (crianças de 6–23 meses de idade)*	82	12	94	56	57
Crianças de 6–23 meses de idade alimentadas com três práticas IYCF (alimentação mínima aceitável)	Promoção de alimentação complementar para populações com alimentação segura e insegura (crianças de 6–23 meses de idade)*	50	3	72	22	15
Crianças de 6–59 meses de idade que receberam duas doses de suplementos de vitamina A em 2014	Suplementação de vitamina A (crianças 0–59 meses de idade)*	57	0	99	65	79
Crianças de 6–59 meses de idade que receberam suplementos de ferro nos últimos sete dias	Nem Bhutta et al. (2013), nem a OMS (2016d) recomendam essa intervenção	51	1	45	14	12
Consumo familiar de sal adequadamente iodado	Iodação universal do sal*	83	0,2	100	57	61
Mulheres que deram à luz nos últimos cinco anos e receberam suplementos de ferro e ácido fólico durante a gravidez mais recente	Suplementação com múltiplos micronutrientes (gestantes)	57	17	97	71	78
Mulheres que deram à luz nos últimos cinco anos e receberam suplementos de ferro e ácido fólico durante a gravidez mais recente, mas não os tomaram	Suplementação com múltiplos micronutrientes (gestantes)	55	3	83	27	21
Mulheres que deram à luz nos últimos cinco anos e receberam suplementos de ferro e ácido fólico durante a gravidez mais recente, tomando-os por 90 dias ou mais	Suplementação com múltiplos micronutrientes (gestantes)	56	0,4	82	28	29

Fonte: autores, com base em dados de Kothari (2016) e do UNICEF (2016d), sendo estes últimos dados baseados em Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos, Pesquisas de Demografia e Saúde e outras pesquisas com representatividade nacional entre 2005 e 2015.

Observação: * = intervenções recomendadas pela OMS (2016d). Bhutta et al. (2013) recomendam a suplementação com múltiplos micronutrientes. Dados referentes ao período anterior a 2005 foram excluídos desta tabela até a ratificação desta recomendação pela OMS. Para a Índia, são utilizados novos dados da Pesquisa Rápida sobre Crianças 2013–2014, quando apropriado. IYCF = Alimentação de Bebês e Crianças Pequenas.

FIGURA 5.5 Países com as taxas de cobertura mais altas e mais baixas de 12 intervenções e práticas voltadas para a má nutrição materna e da criança



Fonte: autores, com base em Kothari (2016) e UNICEF (2016d), a última baseada na MICS, Multiple Indicator Cluster Surveys (Pesquisa de Grupos de Indicadores Múltiplos), DHS, Demographic and Health Surveys (Pesquisas de Demografia e Saúde) e outras pesquisas com representatividade nacional entre 2005 e 2015.

paciente internado em hospitais (a Figura 5.6 apresenta os dados relativos à cobertura da Rede de Monitoramento da Cobertura (CMN).[8] Utilizando somente dados de 2014 e 2015 para os 17 países incluídos no relatório da CMN, existem estimativas de avaliação da cobertura para 58 de 102, ou 57%, dos distritos em 14 países.[9] As taxas de cobertura são inferiores a 50% em 33 dos 58 distritos. Tais números provavelmente representam o melhor cenário de cobertura e encontram-se nos locais onde organizações não governamentais podem trabalhar e coletar dados, que precisam ser disponibilizados em domínio público, de maneira acessível e bem documentada. Atualmente, não o são. Tal medida facilitaria a análise meticulosa do padrão e dos determinantes da implementação, o que poderia ajudar os implementadores de políticas e programas a aperfeiçoar suas estratégias para melhorar o tratamento da DAG.

O progresso na ampliação das intervenções para reduzir a subnutrição ao redor do mundo tem sido lento e desigual. Uma maneira de levar adiante a implementação de modo a torná-la significativa seria utilizar os sistemas de saúde, em especial o atendimento médico básico. Muitos sistemas de saúde já estão ativamente engajados na implementação de intervenções diretas na nutrição - por exemplo, fornecendo suplementos de ferro e ácido fólico, ou múltiplos micronutrientes, suplementos de cálcio, aconselhamento sobre nutrição e aleitamento materno do recém-nascido, e outros mais durante o período pré-natal. Atualmente, existem experiências também com outros serviços (orientação sobre alimentação de bebês, triagem e encaminhamento e tratamento da má nutrição); por isso, o momento é apropriado para examinar mais detalhadamente a questão. Há também considerável alinhamento com as ações dos sistemas de saúde destinadas a reduzir a mortalidade infantil, 45% da qual pode ser atribuída à subnutrição infantil.

Por exemplo, na Etiópia, o sistema de extensão da saúde está empenhado em realizar intervenções de nutrição, como orientação para a alimentação de bebês e suplementação de cálcio. Na Índia, a missão nacional de saúde rural procura intensificar o trabalho em nutrição, especialmente no contexto dos cuidados pré-natais, tratamento da DAG e suplementação com micronutrientes. No

PAINEL 5.4 O ENGAJAMENTO DO SETOR PRIVADO NA ETIÓPIA PARA MELHORAR O ACESSO AO SAL IODADO

COREY L. LUTHRINGER, ALEM ABAY E GREG S. GARRETT

Desde 2011, com a adoção do sal iodado, a nutrição na Etiópia fez grandes avanços no que diz respeito ao iodo. Há muito a população da Etiópia vem lutando contra a alta prevalência de má nutrição em termos de micronutrientes. Em 2005, o consumo de iodo era muito baixo. A cobertura nacional de sal iodado (sal contendo qualquer quantidade de iodo) era de 4,2%; 83% das crianças em idade escolar tinham deficiência de iodo e quase 40% das crianças foram diagnosticadas com bócio (EHNRI, FMoH e UNICEF, 2005).

Até o final de 2014, porém, mais de 95% das famílias tinham acesso ao sal iodado (contendo qualquer quantidade de iodo) e 42,7% das famílias tinham acesso ao sal adequadamente iodado. Embora não tenha havido uma avaliação independente, esse aumento parece dever-se à melhoria das cadeias de suprimento, ao engajamento do setor privado, ao compromisso público de restabelecer e impor o cumprimento da legislação sobre acréscimo de iodo ao sal, ao engajamento de órgãos internacionais como UNICEF e a iniciativas como a Iniciativa de Micronutrientes e a Aliança Mundial para a Melhoria da Nutrição.

A ampliação da cobertura gerou melhorias nos níveis de iodo, no desenvolvimento mental e no crescimento físico das crianças etíopes. Em um ensaio clínico randomizado realizado em 2014 em 60 aldeias etíopes, o teor de iodo na urina, a razão altura/idade e a pontuação em testes que avaliam o desenvolvimento motor, linguístico e cognitivo foram, todos eles, mais altos para as crianças que consumiam sal iodado (Bougma et al., 2015).

O setor privado desempenhou um papel fundamental nessa ampliação, por meio das seguintes ações: (1) melhoria da estrutura de custos do sal iodado, de modo a oferecer incentivo à sua produção, (2) melhoria do acesso ao iodato de potássio (KIO3), e (3) implementação de processos de iodação de alta qualidade.

Primeiro, o setor de produção de sal, formado por pequenos produtores, organizou-se em cooperativas. Próximo ao Lago Afdera, de onde provém a maior parte do sal da Etiópia, o excesso de produtores de sal após o anúncio de incentivos governamentais para aumentar a produção de sal ocasionou a queda dos preços e inconsistências na oferta de sal de alta qualidade (Bagriansky, 2014). Resultado: os produtores se reuniram para coordenar a produção e definir cotas e preços, formando a ASPMSA - a Associação de Apoio Mútuo dos Produtores de Sal de Afar. No final de 2011, a ASPMSA usou sua nova rede de coordenação de suprimento para reengajar os produtores na iodação do sal. A associação deles trabalhou em conjunto com o governo, distribuindo KIO3 a cada produtor e deduzindo automaticamente o custo do KIO3 do pagamento ao produtor. Esse método conseguiu acabar com o incentivo para aumentar os lucros obtidos com a não iodação (Chuko et al., 2015).

Em segundo lugar, a ASPMSA apoiou a criação de um mecanismo de recuperação dos custos do KIO3, a fim de garantir seu fornecimento sustentável aos produtores sem a ajuda de doações externas contínuas. O método, da forma como foi concebido, garantiu o acesso ao KIO3 por um custo razoável, especialmente para os pequenos produtores (Spohrer e Garrett, 2013; Garrett e Prczewlofsky, 2013). O novo sistema reduziu e cobriu o custo dos fortificantes, comprovadamente um dos maiores obstáculos à fortificação adequada (Luthringer et al., 2015).

Em terceiro lugar, práticas de garantia da qualidade que vêm contribuindo para que o sal iodado tenha uma melhor qualidade estão em desenvolvimento. De 2011 a 2014, a Aliança Mundial para a Melhoria da Nutrição doou equipamentos para iodação do sal que aumentam a qualidade e a produção de volumes de sal adequadamente iodado, representando uma evolução em relação ao processo anterior, que consistia em borrifar iodo sobre o sal. Os produtores receberam treinamento na análise quantitativa de iodo com kits de teste rápido doados, ou laboratórios internos de produção; e foram acrescentados inspetores de controle de alimentos, para melhor garantir o cumprimento das normas relacionadas com o sal iodado. A Shewit Salt Processing, cooperativa de grande porte, semelhante à ASPMSA, também melhorou a qualidade da iodação do sal, usando melhores práticas de embalagem e rotulagem, com o objetivo de cobrar preços de mercado mais altos, e adquirindo mais terras, para expandir suas instalações de iodação.

Em conjunto, as medidas adotadas pelo setor privado, pelo governo e por instituições técnicas levaram a melhorias rápidas e sustentáveis nos níveis nutricionais de iodo na Etiópia. No entanto, restam alguns problemas de qualidade a resolver no programa de iodação do sal, para que haja uma cobertura mais universal com sal adequadamente iodado. O setor privado está bem posicionado para enfrentar e solucionar esses problemas.

Vietnã, os sistemas de saúde adotaram um plano ambicioso: a integração da orientação nutricional em grande escala em instituições. Em Bangladesh, o plano de desenvolvimento do setor de saúde visa incluir orientações nutricionais no atendimento normal do sistema de saúde. Empreenderam-se esforços, por meio da atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI), para fortalecer intervenções em prol da nutrição (por exemplo, Arifeen et al., 2009).

No entanto, os desafios são inúmeros: a integração da nutrição ao sistema de saúde em Bangladesh, por exemplo, funcionou muito melhor para a nutrição durante os cuidados pré-natais do que como orientação nutricional para crianças doentes; foi extremamente difícil estabelecer serviços comunitários com fins preventivos, tal como aconselhamento e suplementação da nutrição (Saha et al., 2015). Muito embora estejam disponíveis diretrizes, treinamento e ferramentas da AIDPI, os médicos que

PAINEL 5.5 APOIO DAS ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS AOS PROGRAMAS DE MICRONUTRIENTES EM BURQUINA FASO

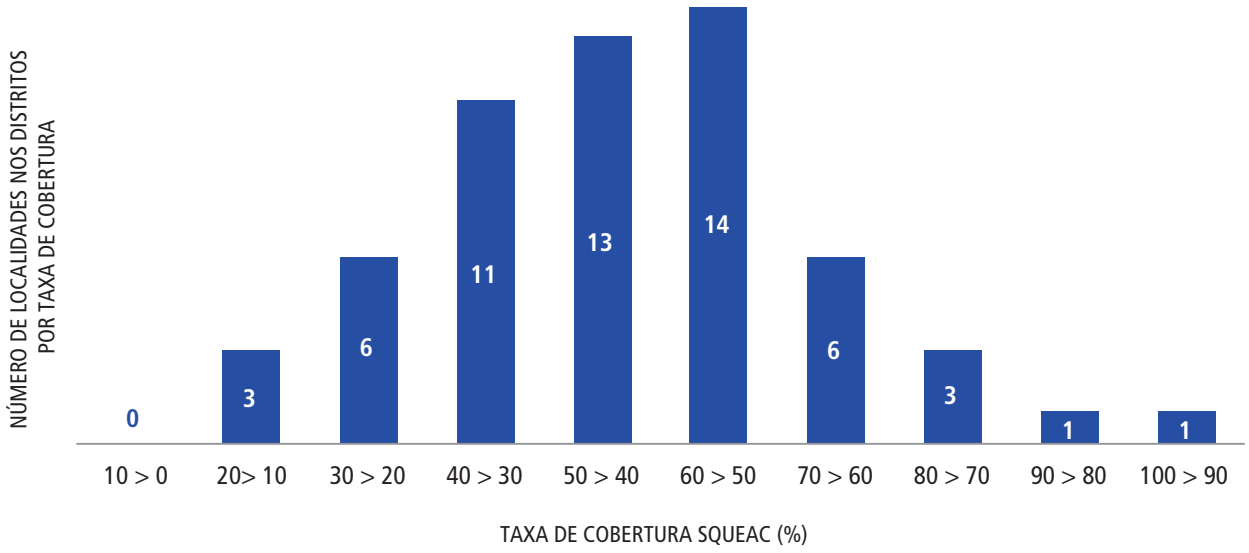
VICTORIA QUINN

Em Burquina Faso, entre importantes avanços, encontram-se a fortificação industrial de alimentos básicos, uma estratégia com boa relação custo-benefício, para reduzir as deficiências de micronutrientes (Hoddinott et al., 2012; Das et al., 2013), após a aprovação da legislação que torna obrigatória a fortificação do óleo de cozinha com vitamina A e da farinha de trigo com uma série de nutrientes, entre eles, ferro e ácido fólico. Esses produtos hoje chegam a mais de 84% dos 18 milhões de consumidores do país.

Tais avanços tiveram o apoio da Helen Keller International (HKI). Verbas do governo de Taiwan permitiram que a HKI oferecesse a assistência técnica necessária para reforçar a capacidade dos fabricantes de alimentos locais para cumprir padrões e garantir a qualidade. Os produtos fortificados recebem a logomarca de fortificação Enrichi, desenvolvida no âmbito de uma iniciativa multiparceiros mais ampla da África Ocidental, encabeçada pela HKI e outros parceiros com recursos provenientes de múltiplos doadores, inclusive do governo dos EUA. A HKI vem trabalhando em conjunto com governos e fabricantes de alimentos do setor privado em 19 países em toda a África, onde hoje se acredita que 285 milhões de consumidores tenham acesso a esses alimentos fortificados.

O compromisso da HKI em Burquina Faso envolve também o desenvolvimento da base de evidências sobre o impacto da agricultura sensível à nutrição. Nesses mesmos moldes, a HKI associou-se ao Instituto Internacional de Políticas de Alimentos e, juntamente com os ministérios de saúde e agricultura locais, o Instituto Nacional de Pesquisa Agrícola e de uma ONG local, concluiu a primeira fase de um rigoroso ensaio clínico controlado randomizado na comunidade de seu famoso modelo de Produção Doméstica de Alimentos Reforçados na região leste de Burquina Faso, com financiamento do governo dos Estados Unidos. Os resultados do estudo foram publicados em 2015, mostrando, pela primeira vez, que um programa integrado e adequadamente concebido para promover a produção doméstica de alimentos ricos em nutrientes, juntamente com uma mudança na comunicação sobre a mudança de comportamento nutricional, pode ter um impacto positivo nas condições nutricionais maternas e infantis (Olney et al., 2015). O apoio da HKI aos programas de micronutrientes em Burkina Faso também foi um compromisso assumido na N4G.

FIGURA 5.6 Estimativas de cobertura para a gestão da desnutrição aguda grave em 58 distritos de 14 países



Fonte: autores, com base em dados fornecidos por Jose Luis Alvarez da Rede de Monitoração de Cobertura, 8 de fevereiro de 2016.

Observação: estimativas produzidas pela metodologia SQUEAC [Avaliação Semiquantitativa de Acesso e Cobertura]. Os 14 países são: Afeganistão, Burquina Faso, Etiópia, Mali, Níger, Nigéria, Paquistão, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Senegal, Somália, Sudão do Sul, e Tchad.

cuidam das crianças costumam estar sempre tão ocupados e sobrecarregados, que deixam de seguir muitos preceitos nutricionais do protocolo AIDPI (pesar a criança, avaliar sua alimentação, fornecer informações sobre alimentação).

Além disso, planos para fortalecer os sistemas de saúde muitas vezes demoram a integrar ações que também fortalecem a inclusão de intervenções de nutrição, em especial, intervenções preventivas na infância e aquelas necessárias além dos cinco anos de idade. Em sua maioria, os sistemas de saúde concentram-se em oferecer cuidados preventivos básicos (vacinas, cuidados pré-natais) e atendimento curativo em grande escala. Contudo, muitas intervenções de nutrição, tais como suplementação de micronutrientes, de zinco junto com soluções de reidratação oral e tratamento da má nutrição grave nos hospitais, também se incluem nos cuidados médicos rotineiros. Em muitos países, os sistemas de atendimento médico ainda estão longe de oferecer algumas das intervenções mais "básicas", como vacinas, cuidados pré-natais, cuidados no parto. Por isso, os serviços e as intervenções de nutrição podem ser considerados não essenciais.

Com os avanços no discurso mundial e nacional sobre questões relacionadas com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 ("Assegurar uma vida saudável para todos e promover o bem-estar para todos, em todas as idades") e, em especial, com o atendimento médico universal, será importante refletir sobre o seu significado também para a oferta de intervenções de nutrição. Os sistemas de saúde terão que ser equipados para melhor integrar intervenções nutricionais com altas taxas de cobertura, no contexto de melhorar o atendimento médico básico e os serviços de atendimento reprodutivo, materno e infantil. Considerando-se os objetivos comuns e os elos entre nutrição e saúde, o fortalecimento desses elos entre o sistema de nutrição-saúde pode ser muito positivo para as políticas, os programas e comunidades de pesquisa que estejam engajados no fortalecimento dos sistemas de saúde, na ampliação da nutrição, ou em ambos.

CHAMADOS À AÇÃO

1. **Fortalecer forças-tarefas interministeriais para combater a má nutrição em todas as suas formas.** Até o final do ano 2018, caberá a todos os governos nacionais formar forças-tarefas interministeriais para implementar políticas de melhoria da nutrição, bem como conselhos consultivos nacionais ou comissões para esse fim. Tais mecanismos devem:
   - ter uma linha direta com o gabinete do chefe de estado;
   - incluir a participação social de baixo para cima (por exemplo, organizações da sociedade civil, movimentos sociais e o mundo acadêmico);
   - supervisionar o desenvolvimento e/ou a implementação de políticas e programas para abordar a má nutrição em todas as suas formas

   Além disso, até 2018, caberá à comunidade de doadores fornecer recursos para pelo menos 25 desses mecanismos, a fim de permitir que desenvolvam sua capacidade e de garantir que funcionem de maneira eficaz.
2. **Converter recomendações em legislação.** Caberá aos governos implementar e monitorar programas e políticas amplamente recomendados que apoiem o aleitamento materno. Especificamente, caberá aos governos realizar compromissos SMART para:
   - implementar todas as disposições apresentadas no Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno à época da realização da N4G em 2020; e
   - ratificar, até 2020, a convenção da Organização Internacional do Trabalho que prevê proteção à licença-maternidade e outros tipos de apoio no local de trabalho; além disso, monitorar e reportar políticas voltadas para o aleitamento materno continuado e cuidados infantis no local de trabalho.
3. **Implementar políticas que apoiem as recomendações.** Caberá aos governos implementar e monitorar políticas e programas amplamente recomendados que promovam dietas saudáveis, tais como políticas para reduzir o consumo de sal/sódio (inclusive metas incluídas na legislação); substituir gorduras saturadas e gorduras trans por gorduras insaturadas; restringir a comercialização de alimentos ricos em gordura, açúcares e sal para crianças; e taxar bebidas açucaradas. Até o momento, apenas 10% dos países reportaram progresso nas três políticas básicas (implementação das recomendações da Organização Mundial da Saúde sobre comercialização para crianças; redução do consumo de sal e redução do consumo de gorduras trans e gorduras saturadas). Até 2030, todos os países deverão ser capazes de reportar progresso significativo em todas essas três recomendações.
4. **Ampliar as 13 intervenções comprovadas específicas de nutrição.** Os governos e as partes interessadas internacionais devem empenhar-se para ampliar a cobertura de intervenções específicas de nutrição que tenham sido comprovadas, tanto ao nível mundial quanto ao nacional, com foco na integração das ações de nutrição às plataformas do sistema de saúde. Nas 13 intervenções por nós analisadas, a taxa mediana de cobertura varia de 1 a 79%. Até 2030, a taxa mediana de cobertura para todas as 13 intervenções deverá ser de 90%.
5. **Aprofundar a compreensão da ampliação e da implementação com qualidade de todas as intervenções comprovadas.** Caberá aos pesquisadores explorar os elementos técnicos, políticos e econômicos capacitadores da adoção, implementação e aplicação das intervenções de nutrição, bem como os obstáculos a eles. Entre as áreas nas quais mais pesquisas se fazem necessárias estão:
   - lições aprendidas com forças-tarefas e conselhos bem-sucedidos;
   - por que alguns países conseguem melhor cobertura do que outros para uma determinada intervenção específica

de nutrição, e por que algumas intervenções específicas de nutrição são mais ampliáveis do que outras, mesmo dentro do mesmo país;

- como a incorporação de intervenções comprovadas específicas de nutrição aos sistemas de saúde afeta a nutrição e amplia os resultados no âmbito da saúde.

Até o final de 2018, os financiadores de pesquisas deverão anunciar pelo menos dois grandes programas de pesquisa financiados por vários países sobre os capacitadores técnicos, políticos e econômicos da adoção, implementação e aplicação de políticas e programas de nutrição comprovados, bem como sobre os obstáculos que podem ter que enfrentar.

6 ACELERAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DOS MOTORES SUBJACENTES À NUTRIÇÃO PARA AS MELHORIAS NUTRICIONAIS

OS AMBIENTES ALIMENTARES, SOCIAIS, SANITÁRIOS E HABITACIONAIS EM QUE AS PESSOAS TOMAM DECISÕES EXERCEM ENORME INFLUÊNCIA SOBRE O STATUS NUTRICIONAL (Figura 6.1). Para a nutrição ideal, tais fatores subjacentes são relevantes. Por exemplo, o ambiente alimentar deve disponibilizar dietas saudáveis, acessíveis, desejáveis e a preços viáveis. O ambiente social deve estabelecer normas sobre boa nutrição e higiene, além de oferecer apoio para que as pessoas cuidem de sua nutrição e da nutrição de suas famílias.

O ambiente de saúde deve fornecer amplo acesso a serviços de saúde a preços acessíveis, de alta qualidade, preventivos e curativos. Por fim, o ambiente habitacional deve proporcionar acesso a serviços hídricos e de saneamento, bem como a espaços edificados para promover atividades físicas em contextos seguros e saudáveis. Por trás destes resultados subjacentes, há processos como o desenvolvimento agrícola, o comércio, os serviços de saúde, a educação e a redução da pobreza. Todos esses processos são influenciados por sistemas de governança e por incentivos e desestímulos econômicos. Juntos, tais resultados e processos subjacentes formam o que denominamos os "motores subjacentes" do status nutricional.

Os recursos governamentais que influenciam tais motores subjacentes podem reduzir os recursos alocados a ações desenvolvidas explicitamente para abordar a nutrição. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2014* identificou que 35% e 31% dos orçamentos disponíveis na África e na Ásia, respectivamente, são destinados a apenas quatro setores: agricultura, saúde, educação e assistência social. Por outro lado, o *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015* constatou que a alocação média de recursos destinados à nutrição nestes setores (incluindo os setores hídrico e de saneamento) em 14 países era de 1,3%. A grande quantidade de recursos destinados a tais motores subjacentes torna imperativo que a comunidade da nutrição facilite o trabalho das pessoas engajadas nos setores relevantes, ajudando a identificar os compromissos relacionados com a nutrição e a implementá-los.

Este capítulo indaga quais são os compromissos com ações que, quando cumpridos, têm boa probabilidade

de acelerar o ritmo das melhorias nesses motores subjacentes e em seus respectivos impactos na nutrição. Em primeiro lugar, o capítulo analisa novas evidências sobre a importância destes motores subjacentes para a nutrição. Em segundo lugar, examinam-se três conjuntos de ações projetados para aumentar a contribuição que os motores subjacentes podem fazer para a melhoria da nutrição; tais conjuntos de ações destinam-se a tornar os motores mais sensíveis à nutrição. São eles: (1) ações para acelerar o progresso dos motores propriamente ditos, (2) ações que ajudem os motores a terem maior impacto nutricional, e (3) ações que explorem as oportunidades que tais motores proporcionam enquanto plataformas para mais iniciativas imediatas de aprimoramento nutricional (Ruel e Alderman, 2013). O capítulo se encerra com chamados à ação.

A IMPORTÂNCIA DOS MOTORES SUBJACENTES PARA A MELHORIA DA NUTRIÇÃO

Os motores subjacentes são relevantes para todas as formas de deficiências na nutrição. A base de evidências mais ampla disponível versa sobre a correlação entre motores subjacentes selecionados e efeitos do atraso no crescimento, mas é provável que tais motores também sejam altamente relevantes para outras formas de subnutrição, tais como a emaciação e a anemia. Entre esses motores subjacentes se incluem as calorias da cadeia alimentar, a percentagem de calorias advindas de alimentos básicos, índices de escolaridade secundária feminina, expectativa de vida das

PRINCIPAIS CONCLUSÕES

Este capítulo indaga quais são os compromissos com ações que, quando cumpridos, têm boa probabilidade de acelerar o ritmo de melhorias nos motores subjacentes e seus respectivos impactos na nutrição.

- Mais de 30% dos gastos governamentais na África e na Ásia são destinados a cinco setores, que funcionam como motores subjacentes na nutrição: agricultura, saúde, educação, assistência social e água, saneamento e higiene. Políticas e programas em tais áreas podem ser ajustados a fim de melhorar os efeitos nutricionais de várias maneiras, tais como priorizar o empoderamento feminino e incorporar metas nutricionais e componentes relativos a mudanças de comportamento nutricionais ao estabelecer programas. Este capítulo contém exemplos de como tais ajustes podem ser feitos.

- Estima-se que as intervenções diretas de combate à subnutrição, mesmo quando ampliadas para obter taxas de cobertura de 90%, atendem a apenas 20% da incidência de atraso no crescimento. Abordar os motores subjacentes da nutrição, em particular, nos setores acima listados, é essencial para atender aos 80% restantes.

- Como a dieta é o fator número um por trás da incidência global de doenças, é possível que mudanças na produção, no armazenamento e na distribuição de alimentos, bem como na comercialização internacional, nas embalagens e no processamento de alimentos, tenham impacto significativo nas doenças não transmissíveis relacionadas com a nutrição e a dieta. Este capítulo explica, em linhas gerais, como isso pode ser feito.

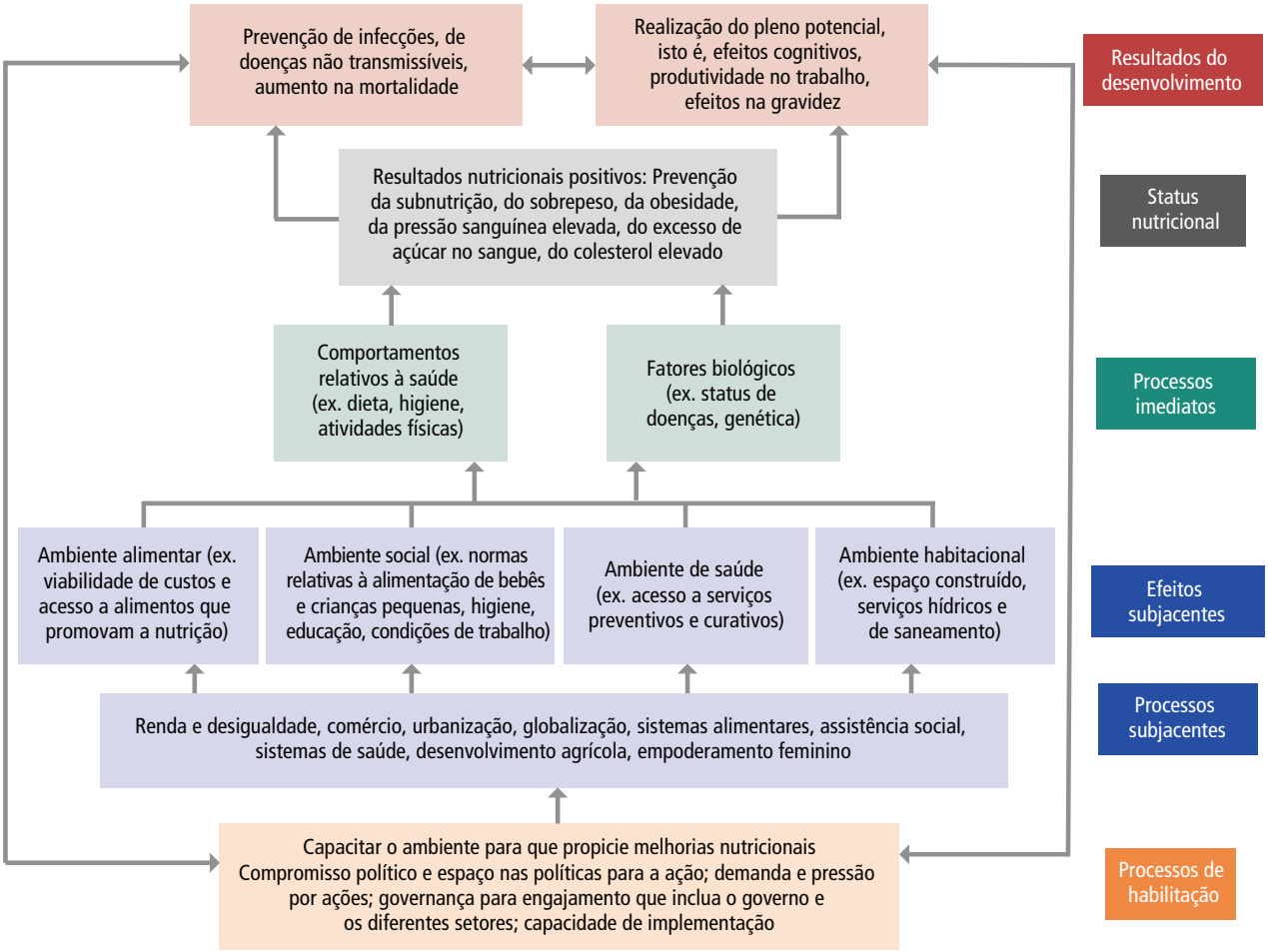
- Atuando sobre todos os motores, o poder que as mulheres têm de tomar e influenciar decisões relevantes é fundamental para melhorar os resultados nutricionais: mães que cursaram o nível médio têm menos chances de ter filhos desnutridos.

- A mudança climática, inclusive os efeitos climáticos do El Niño, de 2015 a 2016, e os conflitos aumentaram consideravelmente a quantidade de casos de desnutrição aguda grave, sublinhando a importância de alinhar estratégias de assistência alimentar humanitária e sua implementação em todos os diferentes órgãos relevantes.

- Temos uma boa compreensão acerca do conjunto dos motores subjacentes mais importantes para reduzir o atraso no crescimento, mas a importância relativa de cada um varia de acordo com o país. A análise contida neste capítulo ajudará os países a identificarem quais os motores subjacentes que cada país deve priorizar.

- A renda, urbanização e globalização foram identificados como motores subjacentes para a obesidade e o sobrepeso; porém, mais pesquisas são necessárias para entender o conjunto de motores que todas as formas de deficiências nutricionais têm em comum.

FIGURA 6.1 Os motores subjacentes do status nutricional melhorado



Fonte: autores.

Observação: motores subjacentes combinam efeitos subjacentes e processos subjacentes.

mulheres comparada à dos homens e acesso a boas fontes de água e a serviços de saneamento. Para outras formas de deficiências nutricionais, tais como sobrepeso e obesidade, as evidências são mais complexas e fragmentadas.

A importância dos motores subjacentes em relação aos esforços para reduzir a subnutrição fica evidente em dois aspectos principais: em primeiro lugar, estima-se que as intervenções diretas na subnutrição, mesmo quando dimensionadas para atingir taxas de 90% de cobertura em 34 países com alta incidência, só conseguem atender a 20% dos déficits de atraso no crescimento (Bhutta et al., 2013). Há claramente uma lacuna considerável a ser preenchida, em parte, por motores ao nível subjacente. Em segundo lugar, o Banco Mundial e o Instituto Resultados para o Desenvolvimento estimaram os custos de se alcançarem as metas da Assembleia Mundial da Saúde (AMS) até 2025 através da ampliação de intervenções nutricionais diretas (no *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015* e no *Relatório sobre a Nutrição Mundial* deste ano, no Capítulo 7); tais estimativas de custos dependem das premissas sobre as contribuições que os motores subjacentes podem fazer. Se, com o tempo, os motores subjacentes forem capazes de proporcionar maiores contribuições, talvez seja possível intensificar as intervenções nutricionais diretas mais devagar.

Diversos estudos fornecem estimativas que associam o atraso no crescimento a uma gama de motores subjacentes. Smith e Haddad (2015) analisaram a variação em diversos países em função do tempo, enquanto Headey e Hoddinott (2014) e Headey (publicação futura) analisaram a variação dentro de um único país dentro de certo tempo.[1] A Figura 6.2 resume as contribuições estimadas na altura para idade em crianças abaixo de cinco anos (padronizada), feitas pelo mesmo conjunto de motores subjacentes em quatro países sul-asiáticos ao longo da última década: Bangladesh, Índia, Nepal e Paquistão.[2] Propriedades, escolaridade feminina e defecação a céu aberto são relevantes nos quatro países, refletindo a etiologia multissetorial do atraso no crescimento.

Em uma análise mais qualitativa da rápida queda nas taxas

PAINEL 6.1 AÇÕES QUE PARECEM TER MELHORADO O STATUS NUTRICIONAL DE GANA

RICHMOND ARYEETEY, ESI COLECRAFT E ANNA LARTEY

De 1988 a 2003, quatro Pesquisas de Demografia e Saúde (DHSs) sucessivas, realizadas em Gana, apresentaram um ligeiro declínio nas taxas de atraso no crescimento de crianças abaixo de cinco anos, com a prevalência mantendo-se superior a 30%. Entretanto, após 2008, a redução do atraso no crescimento se acelerou e, em 2014, a DHS relatou uma prevalência de atraso no crescimento de 19% (GSS et al., 2015).

Tais melhorias estão provavelmente ligadas à estabilidade política e a um crescimento econômico mais acelerado. O processo democrático pacífico de Gana se tornou um modelo para a África. Desde 1992, ocorreram mudanças democráticas de governo, sem grandes abalos nos programas sociais. Além disso, o crescimento econômico de Gana também se acelerou, passando de 5%, em 2009, para bem mais de 5% de 2010 a 2013, e retornando aos 5% em 2014. O crescimento econômico não é necessário e nem suficiente para reduzir a subnutrição, mas é um fator que auxilia neste processo, especialmente se tiver bases amplas, porque permite que as famílias obtenham mais e melhores fontes nutricionais e ajuda o governo a prestar mais serviços públicos com o crescimento da receita resultante dos impostos.

Além das mudanças nos motores políticos e econômicos subjacentes, Gana implementou uma ampla variedade de políticas e intervenções que afetaram tanto as causas imediatas quanto as subjacentes da subnutrição, como, por exemplo:

- Desde 2008, o governo ampliou a cobertura de intervenções tais como a distribuição gratuita a mulheres grávidas de mosquiteiros tratados com inseticidas, para camas, e a prestação de cuidados pré-natais específicos. A magreza materna (índice de massa corporal inferior a 18,5) em Gana sofreu uma significativa queda, passando de 8% em 2008 para 6% em 2014.

- Na última década, a implementação da gestão da desnutrição aguda nas comunidades também se ampliou, mas ainda não está presente em todas as instalações.

- Em 2007, o Ministério da Saúde adotou uma ampla estratégia de saúde infantil "centrada na criança" (Gana, Ministério da Saúde, 2007). Isto levou a uma ampliação na cobertura de intervenções para a prevenção e controle da malária, ao uso de mosquiteiros tratados com inseticidas, ao tratamento intermitente da malária durante a gravidez e ao tratamento imediato de febres infantis. A implementação dessas intervenções foi melhorada de maneira significativa e consistente, levando à queda na incidência de febre com o decorrer do tempo. Reduções semelhantes foram observadas para diarreia infantil e infecções respiratórias agudas (IRAs). Também se verificou um aumento na adoção de intervenções eficazes, tais como o uso de zinco e de soluções de reidratação oral para o tratamento da diarreia, antibióticos para IRAs e vacinas para crianças de 12 a 23 meses. Tais fatores provavelmente contribuíram para o significativo progresso alcançado em Gana na redução do ônus de infecções e doenças.

- A agricultura constitui a maior fatia do PIB de Gana (Gana, Ministério da Alimentação e Agricultura, 2010). Gana é um dos poucos países na África ao sul do Saara que alcançou as metas 1C dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para a redução da fome e da pobreza (FAO, 2015a). A política agrícola de Gana enfatiza o desenvolvimento agrícola rural, bem como a irrigação e melhores variedades de lavouras, além de subsídios de insumos para famílias de agricultores (Gana, Ministério da Alimentação e Agricultura, 2010). As intervenções agrícolas passaram a voltar-se mais para a nutrição, promovendo o plantio de hortas nos quintais, incluindo lavouras nutricionalmente ricas, tais como batatas-doces alaranjadas, árvores frutíferas e criações de pequenos animais ruminantes, caracóis e aves.

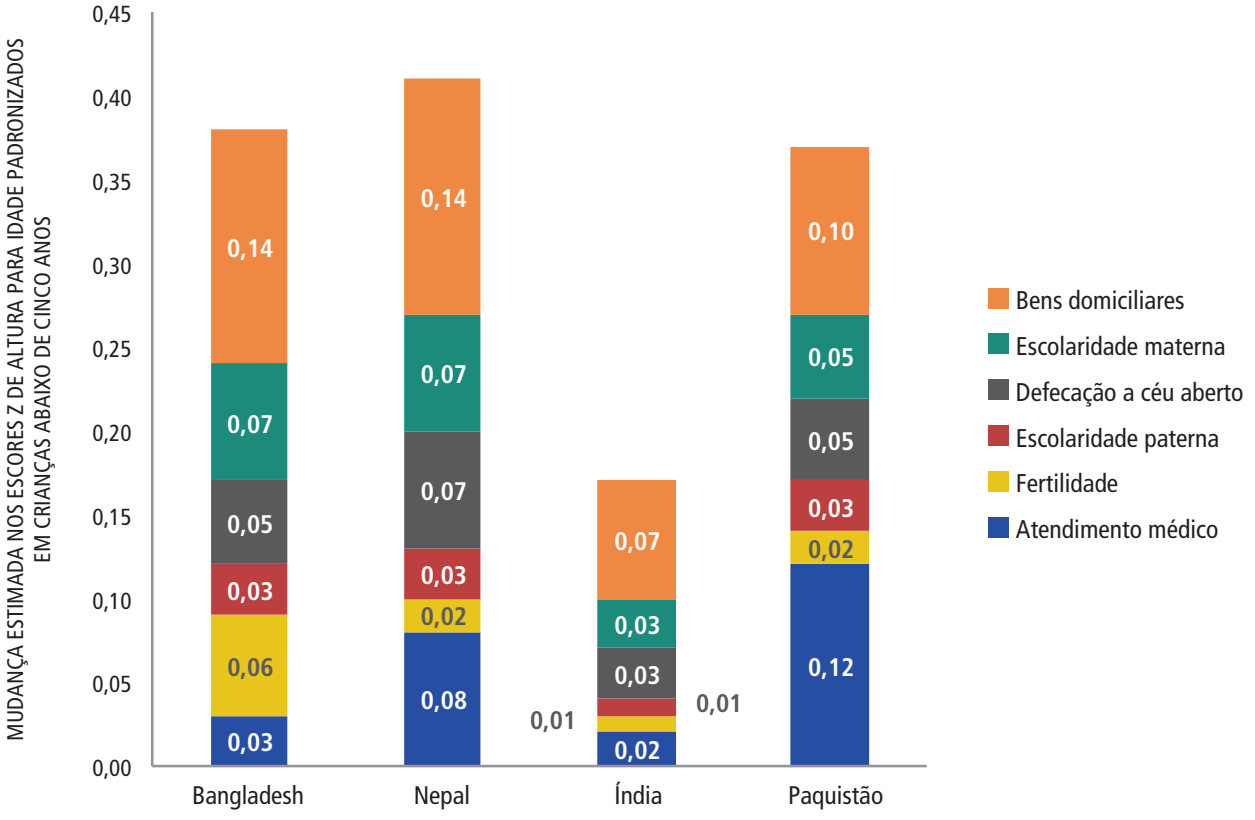
- Gana instituiu medidas de assistência social. O Programa Nacional de Seguro de Saúde, iniciado em 2003, removeu barreiras financeiras ao acesso a serviços médicos, permitindo que os domicílios mais pobres pudessem ter atendimento médico de alta qualidade por prêmios menores (Saleh, 2013). O programa de transferências sociais (Fortalecimento dos Meios de Vida contra a Pobreza) atualmente concede bolsas a mais de 80.000 domicílios de famílias que vivem em extrema pobreza (Roelen et al., 2015). Foi instituída em 2010 uma cobertura de assistência médica gratuita para as mães, destinada à realização de acompanhamento pré-natal, partos e assistência no período pós-parto, a fim de incentivar as mulheres a buscarem atendimento apropriado para a gravidez e para o parto. O Programa Nacional de Alimentação Escolar, elaborado internamente, proporciona diariamente uma refeição quente para cada criança em escolas de ensino fundamental selecionadas em quase 200 distritos (Ofei-Aboagye, 2013).

- O governo tem uma política de promoção da educação básica gratuita e de concessão de subsídios de capacitação. As Pesquisas de Padrão de Vida de Gana (Ghana Living Standard Surveys - 2000, 2008 e 2014) indicam que os níveis de escolaridade feminina estão apresentando melhorias constantes. A proporção de mulheres com idade igual ou superior a 15 anos que nunca frequentaram a escola caiu marginalmente (de 41% para 38%) entre 2000 e 2008, mas mais significativamente para 24% até 2014 (GSS, 2014). Além do mais, entre 2000 e 2008, a taxa de alfabetização feminina aumentou de 27% para 31% (GSS et al., 2015). A parcela de mulheres com escolaridade equivalente ao ensino médio ou superior continua baixa (12%), apesar de ter dobrado desde 2000.

Apesar do progresso relatado, desafios e oportunidades continuam a existir. As políticas agrícolas poderiam ser mais orientadas para resultados na nutrição, os declínios recentes no aleitamento materno exclusivo precisam ser revertidos e a qualidade das dietas dos bebês e crianças pequenas precisa aumentar bastante. Além disso, as reduções de atraso no crescimento não estão distribuídas de maneira homogênea. Por exemplo: na região Norte, há 30% de atraso no crescimento, em comparação com apenas 10% em toda a região da Grande Acra. E, embora as intervenções das políticas governamentais apoiem a nutrição, o comprometimento em termos de verbas se mantém abaixo do ideal (Laar et al., 2015).

Adicionalmente, as taxas de fatores de risco de obesidade e de doenças não transmissíveis estão crescendo. A prevalência de sobrepeso e obesidade em adultos (índice de massa corporal igual ou superior a 25) aumentou de 30% para 34% entre 2010 e 2014 (OMS, 2014b). Esta prevalência se revelou maior entre as mulheres: 44% em 2014. A hipertensão em adultos também está generalizada, correspondendo a 42% em 2008. A Política Nacional para a Prevenção e o Controle de Doenças Crônicas não Transmissíveis de Gana, de 2012, parece não ter sido operacionalizada de nenhuma forma.

FIGURA 6.2 Contribuições de diferentes fatores subjacentes para as reduções estimadas na altura para idade padronizada, crianças abaixo de cinco anos



Fonte: Headey (publicação futura).

de atraso no crescimento (de mais de 30% em 2003 para 19% em 2014) em Gana, o painel 6.1 ilustra o importante papel que uma gama de fatores subjacentes desempenha, especialmente em combinação com melhorias na cobertura de mais intervenções nutricionais diretas.

Um conjunto diferente de motores subjacentes foi examinado quanto a fatores de risco e a marcadores de doenças não transmissíveis relacionadas com a nutrição (DNTs): índice de massa corporal (IMC), taxas de sobrepeso e obesidade, glicose no plasma em jejum, pressão sanguínea sistólica e colesterol total no soro em jejum.

Uma série de estudos nos diversos países examina diretamente a relação entre alguns motores subjacentes e resultados de IMC, sobrepeso e obesidade. Algumas das constatações foram as seguintes:

- Quanto à renda, os estudos indicam uma associação positiva entre a renda nacional e a obesidade nos países de baixa e média renda (por exemplo, Ruel e Alderman, 2013). Há uma relação positiva entre a posse de bens domésticos e a obesidade feminina, de até cerca de US$ 7.000,00, ponto a partir do qual torna-se linear (Goryakin e Suhrcke, 2014). Da mesma forma, para um grupo grande de países com níveis de renda baixa, média e alta, Danaei et al. (2013) relataram que o IMC de adultos aumenta paralelamente à renda per capita nacional até cerca de US$ 7.000,00, onde se estabiliza. No entanto, Neuman et al. (2014), utilizando dados do programa DHS sobre países de baixa e média renda, não descobriram nenhuma associação entre a renda nacional e o índice de massa corporal (IMC) médio. Quanto à educação, há uma associação positiva entre o sobrepeso nas mulheres e a redução do risco de sobrepeso nas que têm nível de escolaridade superior (Mamun e Finlay, 2015, baseando-se em pesquisas DHS em países de baixa e média renda).
- O ambiente habitacional, especialmente quando se reside em áreas urbanas, mostra uma consistente relação com estes resultados nutricionais. Em uma ampla gama de países, residir em áreas urbanas está positivamente associado a sobrepeso em mulheres (Goryakin e Suhrcke, 2014; Goryakin et al., 2015), IMC adulto (Danaei et al., 2013) e cardiopatias isquêmicas (Harrington e Elliott, 2009; Green et al., 2016). Evidências obtidas da América Latina sugerem que os ambientes alimentares estão sendo cada vez mais dominados por alimentos "ultraprocessados", impulsionados por motores subjacentes, tais como a urbanização, a renda e a desregulamentação do mercado (OPAS, 2015b).
- Quanto à globalização, esses estudos apresentam direções e intensidades de associação inconsistentes entre uma série de indica-

dores de globalização e os resultados, tanto da obesidade quanto das DNTs. Por exemplo, para a abertura comercial, Neuman et al. (2014) não encontraram nenhuma relação com o IMC, ao passo que Miljkovic et al. (2015) encontraram associações positivas dela com a obesidade. Quanto a investimentos estrangeiros diretos, Neuman et al. (2014) não identificaram nenhuma relação deles com o IMC e Miljkovic et al. (2015) não encontraram nenhuma associação com a obesidade. No que diz respeito a índices de globalização, Goryakin et al. (2015) encontraram associações mais fortes entre sobrepeso/obesidade e as dimensões político-sociais da globalização, em comparação com as dimensões econômicas

É preciso trabalhar mais no sentido de unificar certa quantidade de linhas de pesquisa empírica acerca dos motores subjacentes à obesidade e às DNTs relacionadas com a nutrição, bem como dos seus fatores de risco. É necessário replicar estudos feitos em alguns países em outros países, obter melhores dados e usar métodos analíticos avançados, a fim de aumentar a confiabilidade dos resultados. Também precisamos entender melhor os pontos onde os motores subjacentes à subnutrição ocorrem simultaneamente com a obesidade e as DNTs relacionadas com a nutrição.

AÇÕES PARA AUMENTAR A CONTRIBUIÇÃO DOS MOTORES SUBJACENTES ÀS MELHORIAS NUTRICIONAIS

Aqui, analisaremos as ações para aumentar a contribuição dos motores subjacentes, bem como dos resultados e processos delineados na Figura 6.1 em prol da melhoria do status nutricional. Para fazê-lo, serão priorizadas três rotas: (1) alterar a taxa de mudança nos motores subjacentes; (2) modificar os motores, a fim de orientá-los para o alcance dos resultados nutricionais; e (3) utilizá-los como plataforma para intervenções nutricionais diretas.

ACELERAÇÃO DA TAXA DE MUDANÇA DOS MOTORES SUBJACENTES

As maneiras pelas quais mudanças nos motores subjacentes da Figura 6.1 podem ser orientadas para reduzir a subnutrição são bem conhecidas e já foram articuladas por diversos artigos e relatórios. Alcança-se segurança alimentar a nível nacional e doméstico por meio de uma combinação de investimentos na agricultura (por exemplo, Godfray et al., 2010, mundialmente), de programas antipobreza (Devereux, 2015, para a África ao sul do Saara; Dutta et al., 2012, para a Índia) e de políticas alimentares (Bray e Popkin, 2014, para os Estados Unidos; Rocha, 2016, para o Brasil). A expansão de melhorias na água e no saneamento (Fuller et al., 2016, mundialmente; Duflo et al., 2015, para a Índia) depende do nível de desenvolvimento e da governança (Smith e Haddad, 2015). Acesso a um melhor atendimento médico resulta de liderança política, reforma no sistema de saúde e investimentos públicos e privados (por exemplo, Savedoff et al., 2012, para os Estados Unidos; Frenk, 2015, para a América Latina; Reddy, 2015, para a Índia). A influência das mulheres é vital para fortalecer a contribuição de todos esses motores subjacentes para os melhores resultados nutricionais (Cunningham et al., 2015; Carlson et al., 2015; Rollins et al., 2016).

No entanto, qual seria a melhor maneira de estabelecer mais compromissos estratégicos ao nível subjacente? Refletindo a disponibilidade de evidências recentes, nosso foco será o atraso no crescimento e seis motores subjacentes (Smith e Haddad, 2015). A fim de ajudar os países a identificar os motores subjacentes que estão atrasados se comparados aos demais, usando mais estratégias, identificamos limites para os motores, acima dos quais o atraso no crescimento é maior que 15%. Um limiar de 15% para o atraso no crescimento é arbitrário, mas corresponde à prevalência aproximada em 2015 de atraso no crescimento para 100 milhões de crianças com atraso, ou seja, à meta da AMS para atraso no crescimento em 2025 (IFPRI, 2014). Calculam-se os limites de cada motor subjacente de modo simples: encaixa-se uma linha em um gráfico de dispersão de atraso no crescimento e em cada um dos motores subjacentes usando dados de todos os países que dispõem de informações para todos os seis motores subjacentes. O limite para, digamos, calorias diárias disponíveis por pessoa é determinado segundo o nível de calorias acima do qual estimaríamos uma taxa de atraso no crescimento, em média, de menos de 15% (2.850 calorias). Isto foi feito para todos os seis motores subjacentes (Tabela 6.1).

Estes limites podem constituir pontos de partida úteis para que os países comecem a pensar sobre metas para seus motores subjacentes, ao menos, para o caso da redução de atraso no

TABELA 6.1 Limites para motores subjacentes correspondentes a uma previsão de taxa de atraso no crescimento inferior a 15%

Motor subjacente	Limite que corresponde a uma previsão de prevalência de atraso no crescimento de < 15%	Unidade
Total de calorias per capita nos alimentos fornecidos	2.850	Calorias
Calorias de alimentos não básicos	51	Percentagem
Acesso a água de boa qualidade	69	Percentagem
Acesso a melhores condições de saneamento	76	Percentagem
Taxa de matrícula escolar feminina no ensino médio	81	Percentagem
Razão entre as expectativas de vida feminina e masculina (para representar o empoderamento feminino)	1,072	Razão

Fonte: autores.

TABELA 6.2 Quantidade de países por quantidade de vulnerabilidades

Quantidade de vulnerabilidades	Quantidade de países	Nomes dos países (n = 98)
0	6	Argentina, Armênia, Belarus, Brasil, Turquia, Venezuela
1	14	Albânia, Antiga República Iugoslava da Macedônia, Barbados, Belize, Cazaquistão, Chile, Colômbia, Equador, Estados Unidos, Japão, México, Montenegro, Sérvia, Uruguai
2	14	África do Sul, Argélia, Azerbaijão, Costa Rica, Egito, Guiana, Honduras, Irã, Jordânia, Quirguistão, República Dominicana, Suriname, Tailândia, Tunísia
3	14	China, El Salvador, Guatemala, Iraque, Jamaica, Malásia, Maldivas, Mongólia, Panamá, Paraguai, Peru, República da Moldova, Sri Lanka, Tajiquistão
4	4	Botsuana, Filipinas, Marrocos, São Tomé e Príncipe
5	11	Benim, Bolívia, Camboja, Gana, Indonésia, Mauritânia, Namíbia, Nicarágua, República Centro-Africana, Uganda, Vanuatu
6	35	Angola, Bangladesh, Burquina Faso, Camarões, Congo, Costa do Marfim, Djibouti, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Ilhas Salomão, Índia, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Moçambique, Nepal, Níger, Nigéria, Paquistão, Quênia, República Democrática Popular do Laos, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Suazilândia, República Unida da Tanzânia, Tchad, Timor-Leste, Togo, Zimbábue

Fonte: autores.

crescimento[3]. Os limites serão diferentes para outros resultados nutricionais, como o sobrepeso em crianças com idade inferior a cinco anos. Para países com níveis significativos de subnutrição e sobrepeso/obesidade, o limite de disponibilidade calórica precisa ser interpretado com atenção.

Se os países apresentarem níveis subjacentes determinantes abaixo dos limites expostos na Tabela 6.1, pode-se dizer que há uma vulnerabilidade ao atraso no crescimento na respectiva área subjacente. A Tabela 6.2 classifica os países quanto à quantidade de vulnerabilidades. Para países com zero e seis vulnerabilidades, esse exercício não ajuda muito na priorização, apesar de ser útil ter os valores de tais motores subjacentes reunidos em um só lugar, para fins de referência (Tabela A6.1 do Apêndice).

Naturalmente, o objetivo deve ser melhorar todos os motores subjacentes ao mesmo tempo; mas, dada a limitação dos recursos e de seus usos alternativos, é importante ter informações que possam ser usadas no processo de priorização.

REORIENTAÇÃO DOS MOTORES SUBJACENTES A FIM DE ALCANÇAR RESULTADOS NUTRICIONAIS

Os *Relatórios sobre a Nutrição Mundial* de 2014 e de 2015 forneceram exemplos de intervenções na agricultura e na assistência social que tentaram reorientar motores subjacentes para alcançar resultados referentes à nutrição. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2014* descreveu os resultados de avaliação de impacto obtidos pelo programa de hortas domésticas da Hellen Keller International em Burquina Faso e identificou aspectos fundamentais que foram importantes para melhorar os impactos nutricionais. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015* destacou os esforços do Programa de Rede de Segurança Produtiva da Etiópia, para tornar esta intervenção de ampla escala mais sensível à nutrição. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015* estabeleceu políticas e intervenções, bem como indicadores para sistemas alimentares nutricionalmente favoráveis. Mas, até o presente momento, os *Relatórios sobre a Nutrição Mundial* se mantiveram relativamente silenciosos com relação ao que poderia tornar as políticas e as intervenções nos sistemas alimentares, no abastecimento de água, no saneamento, no setor de higiene e na educação mais voltadas para a nutrição.

Sistemas alimentares

O sistema alimentar é essencial para escolhas relativas à dieta, porque é um motor subjacente de disponibilidade de alimentos, viabilidade financeira, acessibilidade e aceitabilidade. O sistema alimentar compreende a agricultura, a distribuição e a transformação dos alimentos, a venda no varejo e também os consumidores.

O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015* examinou os diferentes tipos de sistemas alimentares e desenvolveu um painel de indicadores para determinar seu grau de sensibilidade nutricional. Mas como os formuladores de políticas e a sociedade civil tentam implementar tais mudanças? Há opções que dizem respeito a domínios de políticas diversos. O tipo de agricultura e de sistema comercial à disposição de uma população determina a qualidade nutricional dos alimentos disponíveis (FAO, 2015a). Caso eles incentivem a produtividade e a produção de frutas, verduras e legumes, então maior será a probabilidade de que estes sejam cultivados e que venham a ser lucrativos, acessíveis e a ter preços razoáveis. O tipo de sistema de distribuição de alimentos afeta a acessibilidade de diferentes tipos de alimentos. Se, por exemplo, alimentos frescos estiverem mais disponíveis apenas em locais aos quais só se pode chegar com um carro ou com transporte público, a acessibilidade será reduzida para os mais marginalizados. Caso alimentos frescos custem muito mais barato quando comprados em atacado, será mais difícil para os mais pobres terem acesso a eles. Se a transformação dos alimentos se basear em noções de desejabilidade associadas a produtos com alto teor de sal, açúcar e gordura, então todos correrão o risco de consumir tais componentes em excesso. Se o poder aquisitivo for alavancado através de redes de segurança que favoreçam o

consumo de alimentos saudáveis, então o sistema de alimentos estará ajudando a criar um ambiente alimentar que torne mais fácil para as pessoas incluir alimentos saudáveis em suas dietas. Cada um destes componentes do sistema de alimentos é moldado, em parte, por políticas públicas e privadas (consulte os Capítulos 4 e 7 do *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*).

A Tabela 6.3 mostra como agir por meio dos sistemas alimentares, não só atuar sobre a agricultura, pode impulsionar esses sistemas a incentivar as pessoas a adotarem dietas mais saudáveis e nutritivas. A Tabela inclui apenas algumas mudanças dentre uma possível ampla variedade delas que podem ser adotadas. Ao focar em uma quantidade reduzida de alterações recomendadas na dieta e em apenas quatro elementos diferentes do sistema alimentar, a Tabela ilustra a importância de garantir que as ações estejam alinhadas para que haja um impacto sobre todos os sistemas alimentares. As políticas que visem mudar as demandas alimentares dos consumidores também afetam os sistemas alimentares. Algumas destas políticas estão incluídas no Capítulo 5, sendo também analisadas no *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*.

Uma providência que pode ser tomada quanto à distribuição de comida no sistema de alimentos é a prática de aquisições públicas. O Painel 6.2, que versa sobre aquisições públicas de alimentos com sensibilidade nutricional ilustra o que foi feito no Brasil, em uma abordagem que está sendo adotada de maneiras diferentes por diversos outros países em todo o mundo.

Uma ação possível no componente agrícola do sistema alimentar é a biofortificação. Até 2016, estima-se que 15 milhões de pessoas cultivaram e ingeriram alimentos biofortificados (feijão e milheto-pérola fortificados com ferro, arroz e trigo fortificados com zinco e batatas-doces, mandioca e milho com vitamina A) nos oito países onde, por exemplo, as lavouras foram introduzidas inicialmente mediante a colaboração com a HarvestPlus. Atualmente, estes cultivos estão em fase de ampliação. O Painel 6.3 destaca alguns dos desafios a essa ampliação e como eles podem ser superados.

Água, saneamento e higiene

O reconhecimento do papel fundamental que práticas de baixa qualidade em relação à água, saneamento e higiene (ASH)

TABELA 6.3 Algumas das mudanças que podem ser feitas nos sistemas alimentares a fim de alcançar as metas de dieta

Metas de dieta	Elemento do sistema alimentar			
	Produção de alimentos	Armazenamento, transporte, distribuição de alimentos	Comércio de alimentos e investimentos internacionais em alimentos	Embalagem e processamento de alimentos
Aumentar o consumo de frutas e vegetais	Investir em sistemas de cultivo integrados e mistos em áreas onde os mercados apresentam deficiências no desenvolvimento	Investir em infraestrutura de distribuição a fim de permitir o estabelecimento de mercados locais para grupos de baixa renda; desenvolver mecanismos de aquisições públicas para garantir que frutas e vegetais sejam servidos em instituições públicas	Usar as facilidades da iniciativa "Ajuda para o Comércio" promovida pela Organização Mundial do Comércio, ou a parceria de auxílio ao comércio com o Enhanced Integrated Framework a fim de aumentar o fornecimento de frutas e legumes em países de baixa renda	Desenvolver microempresas para processamento local visando reduzir o desperdício
Aumentar a ingestão de legumes e verduras/ grãos secos de leguminosas comestíveis	Melhorar as variedades para melhorar a safra	Treinar fazendeiros em administração adequada a fim de reduzir as perdas sofridas no estágio de armazenamento devido a danos causados por insetos/ secagem imprópria	Salvaguardas para se prevenir contra distorções que desestimulam a produção local e o comércio regional de legumes	Desenvolver farinhas à base de feijão, de cozimento rápido
Aumentar a ingestão de grãos com alto nível de proteínas, micronutrientes e fibras	Incentivar a produção de grãos subutilizados; promover a biofortificação utilizando reprodução convencional	Desenvolver tecnologias mais eficientes de debulhamento e moagem para grãos subutilizados	Garantir que as políticas apoiem o comércio regional aberto nas áreas em que países vizinhos produzirem grãos subutilizados	Estabelecer padrões e incentivos de marketing para a utilização de grãos integrais em produtos alimentícios processados; desenvolver alimentos novos com espécies subutilizadas
Estimular o consumo equilibrado de leite seguro	Melhorar a disponibilidade de atendimento veterinário; garantir que mulheres possam ser proprietárias dos animais dos quais cuidam e que ordenham	Investir em infraestrutura para garantir que o leite seja transportado em segurança da fazenda ao centro de refrigeração	Garantir inspeções de segurança alimentar eficazes do leite em pó importado	Oferecer treinamento em segurança alimentar e de garantia de qualidade aos encarregados do processamento de leite
Substituir gorduras saturadas e trans por gorduras insaturadas	Realocar investimentos em óleo de palma para óleos com perfis de ácidos graxos mais saudáveis	Estimular cooperativas entre produtores de óleos mais saudáveis, a fim de baixar os preços	Reduzir impostos sobre os óleos mais saudáveis em comparação aos que incidem sobre os óleos com gorduras saturadas	Proibir investimentos públicos e desestimular investimentos privados em fábricas que produzam óleos hidrogenados
Reduzir o consumo de bebidas altamente calóricas, açucaradas e pobres em nutrientes, e de salgadinhos	Empregar leis de concorrência para combater a concentração excessiva no setor de agronegócios	Tributar o transporte de bebidas altamente calóricas, açucaradas e pobres em nutrientes, e de salgadinhos	A comissão do Codex Alimentarius estabelece diretrizes internacionais para rótulos de alimentos que possam ser facilmente compreendidos pelos consumidores	Tornar obrigatória a redução de todos os tamanhos de embalagens de bebidas adoçadas com açúcar vendidas em pontos comerciais de varejo

Fonte: autores; adaptação das informações contidas em Anand et al. (2015); Bereuter e Glickman (2015); de Schutter (2014); Fanzo et al. (2013); FAO (2013); Painel Global dos Sistemas de Agricultura e Alimentação para a Nutrição (2014); Hawkes e Ruel (2010); Hawkes (2015); Nugent (2011); UNSCN (2014).

PANEL 6.2 REORIENTAÇÃO DAS AQUISIÇÕES PÚBLICAS EM FAVOR DA NUTRIÇÃO: O CASO DO BRASIL

DANIEL BALABAN E MARIANA ROCHA

Nas últimas décadas, o Brasil passou por mudanças estruturais que transformaram drasticamente seu cenário nutricional. Tais mudanças resultaram de uma forte mobilização, tanto por parte da sociedade civil quanto do governo, com o objetivo de enfrentar o problema da fome através de um conjunto de mecanismos, inclusive o uso de aquisições públicas como uma política sensível à nutrição.

Nos anos 80, o Brasil passou por um processo de democratização que culminou na adoção de uma nova constituição, em 1988. A assim chamada "Constituição Cidadã" reconheceu diversos direitos econômicos e sociais, tais como os direitos à saúde, educação, moradia e à assistência social. Como parte dessa tendência orientada para uma maior garantia de direitos e mobilização social, a sociedade civil começou a voltar sua atenção para a questão da fome. Canalizando doações para os mais necessitados e, ao mesmo tempo, denunciando a falta de atenção do governo para esta questão, os movimentos sociais conseguiram colocar a fome na agenda governamental. De 1993 a1994, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) reuniu participantes do governo e da sociedade civil para aconselhar o presidente sobre a forma de tratar do problema, mas esse órgão foi dissolvido após uma mudança de governo.

Nos anos seguintes, o debate acerca da subnutrição ganhou cada vez mais reconhecimento no espaço público e foi introduzido na plataforma de alguns partidos políticos. No ano de 2003, o então recém-eleito governo transformou o combate à fome em uma grande prioridade, contando com uma abordagem dedicada. A estratégia intitulada Fome Zero consistiu em mais de 20 iniciativas em quatro eixos de intervenção para abordar as múltiplas causas e facetas da fome: o acesso à comida, o fortalecimento dos pequenos agricultores, a geração de renda e o controle social. Como a participação da sociedade civil tinha voltado a ser incentivada, o CONSEA foi restabelecido. De modo geral, essa estratégia é considerada um marco no reconhecimento da alimentação e da nutrição como prioridades máximas e transversais da agenda política.

O Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) foi projetado dentro desse contexto a fim de criar mercados de aquisição pública para os pequenos agricultores. Através de um processo de licitação simplificado, o PAA permite que alimentos sejam comprados diretamente das famílias de agricultores para atender às necessidades das comunidades sem segurança alimentar. Visto que as famílias de agricultores participantes do PAA produzem predominantemente alimentos frescos com pouco ou nenhum processamento, as frutas e vegetais estão dentre os principais produtos adquiridos, promovendo, assim, hábitos alimentares saudáveis dentre os beneficiários. O programa é inovador porque gerou um mercado imenso e novo para os pequenos agricultores, que frequentemente têm dificuldade de acesso aos mercados e são, eles mesmos, desprovidos de segurança alimentar. Ao mesmo tempo em que garante melhor nutrição para os grupos vulneráveis, o PAA também contribui para a segurança alimentar dos agricultores, ao aumentar suas rendas.

Em 2009, este modelo foi incorporado ao já existente Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). O programa foi reformulado a fim de promover as conexões entre as famílias dos agricultores, os alimentos e a educação nutricional no ensino fundamental. Uma cota de 30% dos recursos federais para a alimentação escolar foi compulsoriamente utilizada para adquirir alimentos de pequenos agricultores. Os novos critérios nutricionais exigem refeições com equilíbrio nutricional para cada faixa etária, contendo alimentos cozidos e frescos e, ao mesmo tempo, evitando alimentos processados com altos níveis de sódio, gordura e açúcar. A nova lei também expandiu as faixas etárias visadas ao incluir o fornecimento de alimentos complementares para crianças com idades entre seis meses e cinco anos em pré-escolas e creches, onde até 70% das necessidades nutricionais diárias devem ser garantidas.

Tanto no caso do PAA quanto do PNAE, o processo de licitação facilitado para o acesso às aquisições públicas é combinado com assistência técnica aos agricultores envolvidos, alinhando outros setores governamentais com essa estratégia mais ampla. Autoridades públicas, inclusive nutricionistas, também são estimuladas a preparar cardápios que incorporem os produtos locais e a seguir o calendário de produção, a fim de tornar o processo de aquisição mais funcional para instituições públicas e agricultores.

O PAA e o PNAE tornaram-se referências internacionais em matéria de combinação e associação de vários programas para promover os avanços nutricionais de grupos que, frequentemente, encontram-se entre os mais vulneráveis. A experiência brasileira é um bom exemplo de como as aquisições públicas podem ser usadas para por em prática políticas sociais, aumentando a renda e promovendo maior inclusão. Além de promover cadeias de abastecimento reduzidas, que tendem a ser mais sustentáveis e a incluir as práticas culturais locais, tais modelos contribuem diretamente para a melhoria da nutrição dos pequenos agricultores e suas famílias. No tocante ao ambiente institucional, o contexto no qual o PAA foi criado e o PNAE foi reestruturado denotam como ações coordenadas por diferentes setores do governo podem reforçar-se mutuamente. Esse modelo está sendo estudado por mais de 30 países em desenvolvimento e, recentemente, foi endossado pela União Africana. O programa Comprar dos Africanos para Desenvolver a África, implementado pela Etiópia, pelo Malawi, por Moçambique, por Níger e pelo Senegal, com a liderança técnica e especialistas da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura e do Programa Mundial de Alimentos, é um exemplo de como este modelo está sendo adaptado por outros países (PAA, África, 2016).

PAINEL 6.3 BIOFORTIFICAÇÃO: COMO AMPLIÁ-LA?

HOWARTH BOUIS

A biofortificação é o processo em que se utilizam técnicas convencionais de reprodução de plantas para enriquecer alimentos básicos e elevar seus níveis de vitamina A, zinco e ferro. As variedades biofortificadas são altamente produtivas, lucrativas para os agricultores e já estão disponíveis em diversos países. Algumas avaliações fornecem vários exemplos da eficácia e eficiência nutritiva desta técnica (van Jaarsveld et. al., 2005; Hotz et al., 2012; Beer et al., 2014; De Moura et al., 2014) e cada vez mais instituições nacionais e internacionais estão integrando a biofortificação em suas políticas e programas. Governos africanos e asiáticos, o Banco Mundial, o Programa Mundial de Alimentos e a World Vision estão cada vez mais convencidos do importante papel que as lavouras biofortificadas podem desempenhar na melhoria do status nutricional dos mais vulneráveis. O Centro Internacional da Batata também conseguiu ampliar o alcance das batatas-doces alaranjadas através de seus programas e redes.

O desafio principal para alcançar um bilhão de indivíduos em extrema pobreza com deficiência de micronutrientes é criar uma demanda constante de tais produtos. Uma forte demanda de lavouras biofortificadas, tanto por parte dos consumidores quanto dos formuladores de políticas, é a melhor garantia de que a biofortificação será integrada aos programas de pesquisa agrícola. Dentre os desafios à adoção da biofortificação, até agora, estão (1) a cor dos vegetais com alto nível de pró-vitamina A, que é ou amarela ou alaranjada, fazendo com que esses produtos se distingam da cor mais esbranquiçada destes vegetais quando não biofortificados, e (2) a frequente impressão de que cultivos biofortificados são geneticamente modificados, mesmo que todas as lavouras lançadas até o presente momento por sistemas nacionais de sementes tenham sido produzidas através de técnicas agrícolas tradicionais. A experiência vem mostrando que quando as mães, os agricultores e os elaboradores de políticas recebem informações apropriadas, tais desafios deixam de constituir barreiras.

Para que um bilhão de pessoas sejam alcançadas, será necessário repetir em outros 25 a 30 países (com foco especial em países populosos da Ásia e também com foco no arroz e no trigo) o que, até agora, vem dando certo em oito países-alvo. Isso também incluirá a ampliação do apoio a políticas entre certa quantidade de instituições nacionais, regionais e internacionais, e a expansão do número de organizações, nestes 25 a 30 países, que integrarão a biofortificação em suas atividades fundamentais, um processo que já se encontra em andamento.

O primeiro passo é a defesa da ideia, para começar a criar uma demanda para tais produtos entre os elaboradores de políticas, os consumidores e os pesquisadores. O segundo passo é estabelecer, para cada país, um fluxo específico de lançamentos de lavouras biofortificadas de alto rendimento e de boa lucratividade, o que pode ser feito através do sistema de pesquisa nacional para fins agrícolas, por empresas privadas produtoras de sementes ou por ambos. Os centros de pesquisa CGIAR desempenham um papel central no apoio a este processo, tanto através da reprodução de plantas nos laboratórios quanto através de suas amplas e antigas redes junto a instituições de pesquisa agrícola nos países em desenvolvimento. Por fim, as políticas de subsídios alimentares poderiam dar preferência ao uso de variedades biofortificadas de alimentos básicos. No caso de produtos contendo pró-vitamina A (laranja/amarelos), os consumidores precisam ser informados sobre o que causa a mudança de cor por meio de programas governamentais e campanhas de divulgação do setor privado. No caso de lavouras fortificadas com ferro e zinco, a estratégia ideal é capturar a maior percentagem possível do abastecimento total aplicando altos teores de ferro e zinco às variedades com maior produção e adaptabilidade climática disponíveis para os agricultores.

No entanto, ainda é necessário angariar recursos para a defesa, criação de demanda e pesquisa agrícola, a fim de ajudar a incentivar a integração da biofortificação dos alimentos como uma prática nutricional normal. Nos atuais oito países-alvo, doadores forneceram financiamento para iniciar o processo de entrega, aprender lições e comprovar os princípios, durante a distribuição para os primeiros 15 milhões de pessoas. Mas não há disponibilidade de patrocínio ilimitado. Na verdade, a biofortificação precisa se integrar espontaneamente, tal como descrito acima, para se disseminar de forma mais ampla.

desempenham no sentido de iniciar e perpetuar deficiências nutricionais cresceu substancialmente nos últimos dez anos (Bhutta et al., 2013; Ngure et al., 2014). Para as crianças, os programas ASH são projetados especificamente, seja para impedir que fezes invadam o ambiente da criança, seja para prevenir a ingestão dos patógenos presentes no ambiente (Curtis et al., 2000). Consequentemente, eles proporcionam uma série de benefícios de saúde (controle de doenças infecciosas, saúde materna e de recém-nascidos, saúde e nutrição infantil) ao quebrar a cadeia de transmissão de doenças entéricas.

As taxas globais de acesso a melhores condições de água e saneamento continuam longe dos 100% (em termos de melhores condições de saneamento, o acesso global está em 68% e, de água, em 91% [JMP, 2015]). Treze por cento da população mundial defeca a céu aberto (UNICEF e OMS, 2015). Entretanto, é importante indagar o que pode ser feito para tornar os serviços existentes mais sensíveis à nutrição. Embora a base de evidências ainda não seja sólida em termos de estudos concluídos, o foco das mudanças plausíveis no funcionamento dos motores (Painel 6.4) é o mesmo de outras intervenções em motores subjacentes:

PAINEL 6.4 COMO TORNAR OS PROGRAMAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA, SANEAMENTO E HIGIENE SENSÍVEIS À NUTRIÇÃO

MDUDUZI MBUYA

Para tornar programas de abastecimento de água, saneamento e higiene (ASH) sensíveis à nutrição, não é necessária uma mudança de paradigma. Em vez disso, é preciso haver adesão por parte dos intervencionistas e elaboradores de programas aos objetivos comportamentais relativos às políticas de ASH e um alinhamento dos programas às muitas rotas de transmissão fecal-oral relevantes para a população-alvo. Vejamos de modo mais específico como é possível garantir que os programas ASH sejam sensíveis à nutrição:

1. **Focar nos resultados nutricionais:** os programas to tipo ASH abordam inerentemente motores subjacentes relevantes para o desenvolvimento e nutrição de fetos e crianças e, por conseguinte, são fundamentalmente sensíveis à nutrição. No entanto, eles podem ser ainda mais alavancados para ações nutricionais quando são implementados de maneira a proteger o tempo das mulheres: reduzir o tempo que elas passam buscando água pode afetar o tempo que elas têm disponível para cuidar das crianças e desempenhar outras atividades associadas a melhor consumo (Pickering e Davis, 2012; OMS, UNICEF e USAID, 2015).

2. **Ter como meta os 1.000 primeiros dias:** os 1.000 primeiros dias após a concepção foram identificados como um ponto crítico do desenvolvimento infantil por conta do ágil processo de crescimento linear, que espelha o desenvolvimento do cérebro. Programas ASH orientados para este grupo etário têm, consequentemente, maior probabilidade de alcançar bons resultados nutricionais e prevenir deficiências de desenvolvimento associadas ao déficit de crescimento em crianças pequenas.

3. **Dar atenção às associações causais entre ASH e efeitos nutricionais:** as más condições de ASH podem afetar o status nutricional, devido à ocorrência de diarreias e infecções parasitárias. Recentemente, foi lançada a hipótese de que um transtorno intestinal subclínico denominado disfunção entérica ambiental é um mediador primário da associação entre ASH, atraso no crescimento e anemia. (Humphrey, 2009). Ao se concentrar somente nos efeitos associados a doenças clínicas, pode-se subestimar o impacto das intervenções em ASH. Assim, os programas ASH devem ser implementados com cronogramas que permitam que as alterações nos resultados nutricionais sejam percebidas e avaliadas para ver se há resultados adicionais relacionados com a incidência e a prevalência de diarreia.

4. **Alinhar as intervenções em ASH com as seguintes associações causais:** impedir a ingestão de micróbios oriundos de fezes durante os primeiros 1.000 dias da vida de uma criança deve ser um objetivo expresso dos programas ASH sensíveis à nutrição. Pesquisas na região rural do Zimbábue (Ngure et al., 2013; Mbuya et al., 2015) e em outros locais sugerem que as rotas de transmissão fecais-orais para adultos são diferentes das que afetam crianças abaixo dos três anos, que brincam de maneira exploratória e levam coisas à boca; por exemplo, elas incorrem em geofagia e consumo de fezes de galinha. Este resultado sugeriu que uma intervenção em ASH sensível à nutrição deve
   - reduzir a carga microbiana ambiental através do saneamento e da higiene doméstica;
   - reduzir a transmissão fecal através das mãos, por meio da lavagem das mãos dos cuidadores e das crianças com sabão;
   - melhorar a qualidade da água potável por meio do melhor acesso a fontes seguras de água e a métodos higiênicos de tratamento e armazenamento doméstico da água;
   - promover o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida, para garantir uma nutrição adequada e excluir a possibilidade de se consumirem outros líquidos e alimentos além do leite materno, que podem estar contaminados;
   - evitar que as crianças ingiram fezes durante a fase oral e de brincadeiras exploratórias, garantindo a limpeza dos ambientes de alimentação e recreação destinados aos bebês, e
   - providenciar alimentos complementares que sejam preparados e armazenados de maneira higiênica, e oferecê-los com as mãos limpas ou usando talheres limpos.

fazer planos tendo em vista a melhoria do status nutricional e a prevenção de deficiências nutricionais.

A Tabela 6.4 estabelece distinções entre programas ASH convencionais e os sensíveis à nutrição. Por exemplo, programas ASH voltados para a nutrição incluem intervenções que levam em consideração os 1000 primeiros dias após a concepção. Há um foco maior nos cuidadores (as pessoas de quem o bebê depende), na limpeza dos espaços de recreação e na prevenção do contato com fezes animais e humanas (visto que os bebês engatinham, o que os obriga a movimentar-se pondo as mãos no chão).

Assistência alimentar humanitária

A quantidade de pessoas afetadas por desastres como enchentes e secas não deu sinais de ter diminuído na primeira década do século XXI (Guha-Sapir et al., 2016). Além disso, o Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas estima que a mudança no clima fará crescer a frequência e a gravidade de tais eventos (IPCC, 2007).

TABELA 6.4 Como distinguir um programa de água, saneamento e higiene (ASH) sensível à nutrição de um programa ASH convencional

Componente	ASH convencional	ASH sensível à nutrição
Resultados primários de interesse (indicadores de impacto)	Resultados associados a doenças clínicas (por exemplo: diarreia, tracoma, doenças tropicais negligenciadas)	Resultados nutricionais (por exemplo: atraso no crescimento, anemia), além dos efeitos associados a doenças clínicas
Grupo-alvo primário	Todas as faixas etárias de uma comunidade	Os primeiros 1.000 dias após a concepção até os dois anos (foco nos cuidadores, já que o feto/bebê depende das ações deles)
Escolhas relativas à infraestrutura	Banheiros, abastecimento de água	Banheiros, abastecimento de água, áreas de recreação protegidas
Fontes de contaminação	Fezes humanas	Fezes humanas e de animais
Vetores de transmissão fecal-oral	Dedos (atenção especial às mãos dos cuidadores), fluidos, moscas e campos	Dedos (atenção especial tanto às mãos dos cuidadores quanto às dos próprios bebês), fluidos, moscas e campos (principalmente o solo)
Comportamentos direcionados (indicadores comportamentais/processuais)	Descarte das fezes, lavagem das mãos com sabão, tratamento da água, higiene alimentar	Descarte das fezes (com ênfase adicional às fezes de animais e de crianças), lavagem das mãos com sabão (atenção especial tanto às mãos dos cuidadores quanto às dos bebês), tratamento da água, higiene alimentar, aleitamento materno exclusivo
Fatores que influenciam a escolha de combinações de componentes da intervenção	Controle ou prevenção de doenças transmissíveis; prioridades ministeriais ou de doadores	Resultados nutricionais
Base de evidências	Evidências fortes oriundas de estudos randomizados	Base de evidências observacionais e base de plausibilidade fortes

Fonte: Mduduzi Mbuya.

Os eventos climáticos relacionados com o El Niño em 2015-2016 já foram devastadores para milhões de pessoas, especialmente no leste e sul da África (FAO, 2016a), e reverberarão durante todo o ano de 2016, pois as famílias terão dificuldades para lidar com os efeitos das secas e das enchentes sobre a produção e os preços dos alimentos e os meios de subsistência rurais (PMA, 2016). O Painel 6.5 resume alguns dos desafios e algumas das lições resultantes das respostas ao El Niño em 2015. Os efeitos do El Niño se farão sentir durante toda a vida dos que estavam em seus 1.000 primeiros dias após a concepção, pois seu crescimento e seu desenvolvimento não puderam ser protegidos contra os efeitos do El Niño (consulte, por exemplo, Danysh et al., 2014). Além disso, conforme os dados do Alto Comissariado da ONU para Refugiados apresentados no Capítulo 8 revelam, a quantidade de pessoas deslocadas por conflitos alcançou níveis nunca antes vistos (cerca de 60 milhões). O Capítulo 8 estudará como a responsabilização para com as pessoas vulneráveis a emergências pode ser aumentada. Aqui, indagamos como as estratégias de assistência alimentar humanitária executadas por diversas instituições e órgãos estão se saindo no sentido de divulgar a necessidade da boa nutrição e, assim, fazer com que os compromissos de reduzir a subnutrição nas emergências sejam também assumidos por todos.

A melhoria do status nutricional das populações afetadas por desastres é amplamente reconhecida como algo que exige ações que ultrapassam o setor da nutrição (von Grebmer et al., 2015; Brown et al., 2015). Como a recente análise de Brown e seus colegas indicou, "existe a necessidade de abordar os múltiplos determinantes da subnutrição em emergências através da divulgação da necessidade de melhorar a nutrição em diferentes setores, incluindo a assistência alimentar humanitária" (2015, p.7).

Contando com o apoio do ECHO, o Departamento de Ajuda Humanitária e Proteção Civil da Comissão Europeia, Brown e colegas (2015) revisaram 22 documentos contendo políticas e estratégias elaboradas de 2006 a 2015 por agências da ONU, bem como ONGs internacionais e demais doadores, tomando por base 15 critérios. A Figura 6.3 mostra a percentagem de documentos que "cobriam" cada um dos 15 critérios. Os 22 documentos sobre políticas e estratégias tiveram desempenho especialmente ruim[4] em três dos critérios ou áreas: cobertura de monitoramento ou acesso dos grupos (especialmente os mais vulneráveis) a intervenções de ajuda alimentar humanitária (AAH) sensíveis à nutrição, minimização de impactos nutricionais negativos não intencionais por parte de AAHs sensíveis à nutrição e referências quanto ao cumprimento dos padrões mínimos (voluntários) da Sphere no tocante à segurança alimentar e à nutrição, que promovem responsabilização na arena humanitária em relação a essas questões. Agências de AAH podem reforçar seus compromissos nas áreas supracitadas, preferencialmente através da união de suas capacidades e esforços às de suas agências de desenvolvimento correspondentes (o Painel 6.5 também enfatiza esse ponto).

O USO DE INTERVENÇÕES E POLÍTICAS DETERMINANTES SUBJACENTES COMO PLATAFORMA PARA AÇÕES DIRETAS SOBRE A NUTRIÇÃO

Aqui, trataremos da utilidade de intervenções e políticas determinantes subjacentes como plataformas para as ações mais diretas ou específicas de nutrição destacadas no Capítulo 5.

PAINEL 6.5 O CICLO CLIMÁTICO DO EL NIÑO: SUCESSOS E DESAFIOS DE 2015

YVES HORENT, CLAIRE DEVLIN E ABIGAIL PERRY

O impacto do El Niño nas deficiências nutricionais durante os anos de 2015 e 2016 foi profundo, resultando em um aumento alarmante dos casos de desnutrição aguda grave (UNICEF, 2016a) no leste e no sul da África. Em geral, estima-se que 60 milhões de pessoas tenham sido afetadas até o presente momento (UNOCHA, 2016). Os impactos totais sobre a fome e a má nutrição não são ainda bem compreendidos, mas não há dúvidas de que serão significativos e duradouros. Os eventos do ano passado deixaram bem claro que, apesar de algumas melhorias, os sistemas ainda não são capazes de mitigar suficientemente o impacto de choques climáticos como os resultantes do El Niño.

Como outras organizações, o Departamento para Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID) começou a monitorar de perto os modelos do El Niño a partir do primeiro alerta, em março de 2015. Na época, as previsões eram incertas, mas elas alcançaram um grau de certeza bem mais elevado em junho de 2015. Foi neste ponto que a previsão de que ocorreria um evento de grandes proporções tornou-se sólida o suficiente para orientar decisões que levassem a preparativos. Durante este período, o DFID, os cientistas, os acadêmicos e o Departamento de Meteorologia cooperaram entre si na tentativa de prever padrões climáticos e possíveis efeitos que exigissem intervenção de instituições de assistência. Em agosto de 2015, essa análise científica começou a ser compartilhada com doadores e agências humanitárias e de desenvolvimento, para estimular respostas antecipadas. A partir de outubro de 2015, previsões sazonais concretas também foram fornecidas às partes interessadas.

Cientes dos impactos devastadores associados aos episódios do El Niño ocorridos em 1997-1998 e em 2010–2011, o foco durante este período consistiu em desenvolver ou atualizar planos de contingência (DFID, 2015). Era evidente que grandes necessidades nutricionais surgiriam em diferentes partes da África e em outras regiões. A crise da fome no Chifre da África, em 2010–2011, mostrou que alertas antecipados não resultam automaticamente em providências antecipadas, e a elaboração de planos de contingência nacionais passou a ser considerada uma etapa essencial para o estímulo à ação.

Considerando a grande quantidade de pessoas afetadas pelo El Niño em 2015 e 2016, ficou claro que é preciso progredir com urgência:

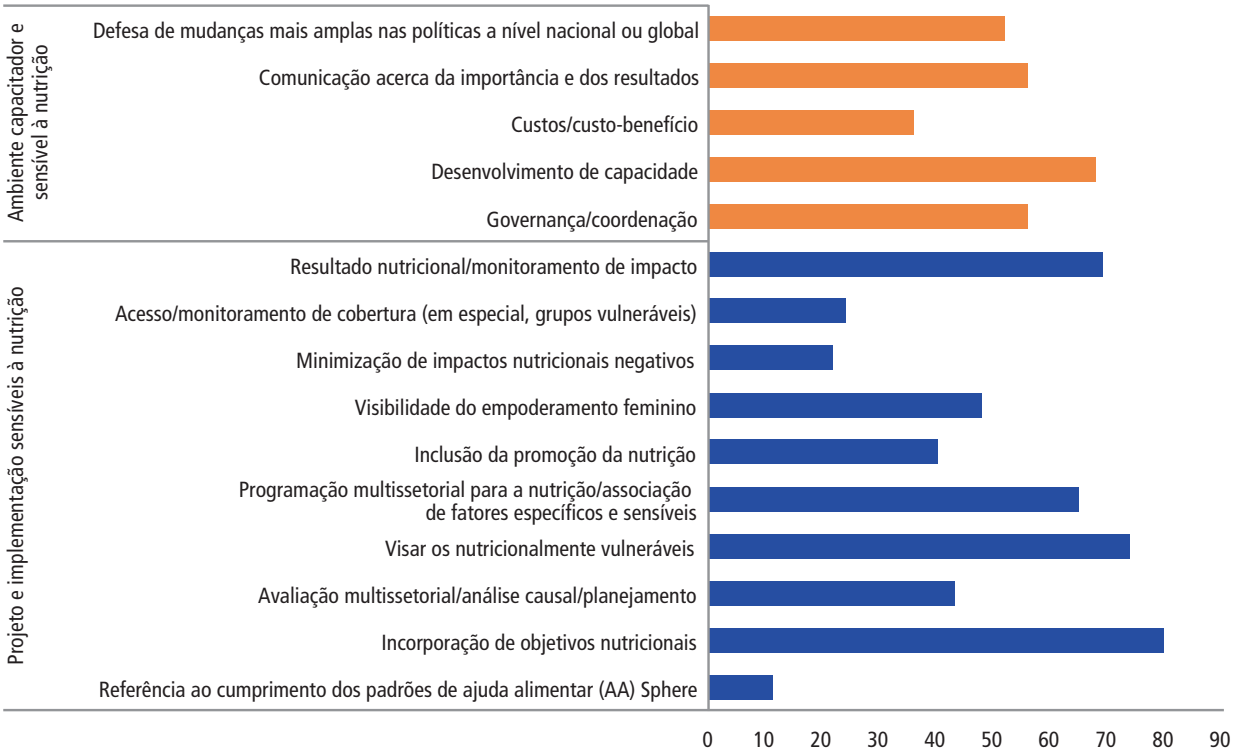
- No planejamento para contingências e outras atividades de prontidão, que deve ser feito em tempo oportuno, de maneira mais sistemática e metodológica. O planejamento não cabe exclusivamente às agências humanitárias de assistência em emergências: ao contrário, precisa ser integrado a uma gama mais ampla de departamentos, órgãos e programas governamentais.
- No aprimoramento das evidências sobre o planejamento e realização de assistência social em resposta a choques, a fim de permitir expansão rápida para países mais propensos a crises. Se possível, tais mecanismos devem ser mais sensíveis à nutrição e associados a sistemas de alerta antecipado, que permitam previsões localizadas de onde haverá fome e má nutrição.
- Na aplicação dos princípios da ciência climática, que precisa se tornar uma regra e ser mais sistemática. Isso exige que mais pessoas sejam educadas e treinadas, a fim de entender as previsões climáticas e aderir ao uso de produtos com qualidade garantida. Essas informações precisam ser repassadas aos tomadores de decisões com mais eficiência, tanto para os que estão na linha de frente quanto para os chefes de estado, em uma linguagem que seja apropriada.
- Também são necessários mecanismos de financiamento que desencadeiem a liberação de recursos proporcionais aos problemas e no momento certo.
- A análise de dados econômicos e de mercado precisa ser fortalecida. Novas tecnologias devem facilitar o acesso a dados e análise, levando a uma maior transparência e a uma melhor adaptação das políticas nos momentos de maior pressão ou de fortes abalos.

O El Niño de 2015–2016 não consiste, contudo, em uma história que só tem um lado negativo. Apesar dos pontos fracos das respostas adotadas desta vez, há evidências que sugerem que houve melhorias relevantes em nossa capacidade de lidar com choques climáticos, em comparação com a experiência do El Niño em 1997–1998:

- Com mais conhecimento e mais poder computacional, as previsões meteorológicas melhoraram muito e estão bem mais confiáveis. Elas podem ser feitas visando períodos mais longos e também abrangem mais regiões do que nunca. As previsões também são melhor comunicadas, graças a novas tecnologias da informação.
- Muitos países aprimoraram suas capacidades de administrar crises e o setor de assistência se tornou muito mais estruturado e profissional. Uma quantidade maior de pessoas encarregadas de tomar decisões entendem os benefícios dos preparativos e de uma maior colaboração.
- Mais países contam com programas de assistência social que não só proporcionam abrigo temporário parcial a um grande número de pessoas, para amenizar o impacto dos choques climáticos, mas também podem ser rapidamente adaptados e ampliados, se necessário (Fitzgibbon, 2016).
- Novos modelos de financiamento baseados em riscos também estão sendo testados e oferecem resultados promissores.

Muito embora a força do El Niño, tal como se viu em 2015–2016, não seja algo comum, essas distorções nos padrões climáticos não estão muito longe do que será o mundo em um futuro próximo, devido às mudanças climáticas. Lições fundamentais foram aprendidas neste último ano, e precisaremos aperfeiçoar ainda mais essas soluções, para aumentar nossa capacidade de proteger populações inteiras contra a fome e a má nutrição no futuro.

FIGURA 6.3 Percentagem dos 22 documentos de políticas e estratégias de ajuda alimentar humanitária que abordam questões sensíveis à nutrição em diferentes domínios



Fonte: Brown et al., 2015.
Observação: AA = ajuda alimentar

Transferências de renda com mudança comportamental

Novas pesquisas de Bangladesh ilustram o impacto potencial de utilizar intervenções de assistência social como plataforma para intervenções nutricionais diretas. As transferências de renda do Programa Mundial de Alimentos que acrescentaram comunicações relativas à mudança de comportamento na alimentação de bebês e crianças pequenas foram o único tipo de transferência que exerceu um grande impacto positivo e significativo nos escores Z de altura para idade. Transferências de renda sem comunicações relativas a mudanças de comportamento não tiveram impacto nos escores de altura para idade, apesar de quase todas as modalidades terem tido impacto positivo na segurança alimentar doméstica e na dieta infantil (Ahmed et al., 2016). Esta avaliação das modalidades de transferência de renda foi um teste de um programa piloto, mas, dada a ampla implementação de programas de transferência de renda (e se os resultados forem replicados), a inclusão de componentes de mudança comportamental em programas de assistência social dá sinais de ser algo promissor.

Educação

O setor da educação fornece oportunidades para melhorar a nutrição através de três das rotas indicadas na introdução deste capítulo: o nível dos motores subjacentes, a sensibilidade nutricional dos motores e o uso de intervenções determinantes subjacentes como plataformas para intervenções nutricionais diretas. É uma maneira importante de empoderar as mulheres e mudar as normas vigentes sobre a nutrição. O painel 6.6 mostra quais são as opções e o que dizem as evidências.

CHAMADOS À AÇÃO

1. **Estabelecer metas para os resultados dos motores subjacentes.** Durante a próxima revisão de seus respectivos planos de nutrição nacional e doenças não transmissíveis, os governos de cada país e as organizações da sociedade civil (OSCs) deverão identificar os motores subjacentes primários de seus contextos nutricionais próprios e estabelecer metas para acelerar a melhoria deles.

PAINEL 6.6 AUMENTAR A ORIENTAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS PARA ABORDAR A MÁ NUTRIÇÃO EM TODAS AS SUAS FORMAS

HAROLD ALDERMAN

Os programas sensíveis à nutrição se beneficiam de setores complementares para exercer influência sobre os determinantes subjacentes da nutrição e do desenvolvimento infantil, entre eles, a pobreza, a insegurança alimentar e a falta de acesso a recursos médicos adequados e a serviços de saúde, água e saneamento (Ruel e Alderman, 2013). Embora tenha sido dada atenção especial à potencial sensibilidade que a agricultura e a assistência social têm para a nutrição, a educação compartilha esse potencial, devido à sua cobertura e à sua capacidade de servir como plataforma para programas específicos de nutrição. Há diversas maneiras de tornar a escola mais sensível à nutrição.

Aumentar a escolarização das meninas. A escolarização de meninas pode diminuir os índices de gravidez na adolescência. Esse é um fator bem documentado para o nascimento de bebês pequenos para a idade gestacional (Kozuki et al., 2013), além de elevar a idade com que as meninas se casam (Hahn et al., 2015) e reduzir a fertilidade total (Breierova e Duflo, 2004). No entanto, é claro que ainda mais importante a longo prazo é o que as meninas aprendem na escola. Esse aprendizado não se limita à alfabetização e à matemática básicas, mas se estende a informações sobre saúde e nutrição.

Usar a escola como uma plataforma para educação nutricional e outros serviços relacionados com a nutrição. Há evidências cada vez maiores da eficácia dos módulos escolares de educação nutricional, particularmente no que diz respeito a incentivar a alimentação saudável e a prática de exercícios para prevenir a obesidade (Waters et al., 2011). Também há certa experiência relativa ao incentivo da higiene e da lavagem das mãos, bem como aos módulos de aulas que abordam comportamentos de risco potencialmente associados à gravidez na adolescência. Mas há também uma flagrante omissão: há poucas informações na literatura referente à nutrição que abordem as experiências dos países de baixa e média renda quanto ao uso das salas de aula para transmitir informações sobre os cuidados que devem ser dispensados às crianças, apesar da alta expectativa de que muitos desses alunos logo venham a assumir o papel de cuidadores (Tang et al., 2009).

As escolas também podem ser plataformas para a suplementação de ferro (Luo et al., 2012) e também para incentivos para que líderes escolares reduzam a anemia nas escolas (Miller et al., 2012). Da mesma forma, apesar de essa questão ser um tanto polêmica, as escolas podem proporcionar uma plataforma para a eliminação regular de parasitas (Ahuja et al., 2015).

Transformar as refeições escolares em uma intervenção nutricional. As refeições escolares criam a possibilidade de explorar a diversidade na dieta, mas seu papel na melhoria nutricional é menos direto que seu papel já comprovado de aumentar a taxa de matrícula escolar. Isso é ilustrado pelo exemplo de algumas crianças mexicanas que podem ser classificadas simultaneamente como abaixo do peso ideal segundo os padrões da Organização Mundial da Saúde (OMS) e como acima do peso ideal pelo seu índice de massa corporal (Lobstein et al., 2015). Nesse artigo há uma frase que expressa adequadamente o desafio exemplificado por tal fenômeno (acima do peso ou abaixo da altura?), desafio esse que afeta os objetivos e a avaliação dos programas de alimentação escolar, incluindo os das pré-escolas. Não está mais claro como se devem interpretar evidências como o exame sistemático de ensaios randomizados realizados em refeições escolares, o qual revelou um aumento no ganho de peso de 0,39 kg (Kristjansson et al., 2007), sem uma compreensão maior do contexto, embora os fatos correspondentes relativos ao desempenho escolar nesses programas sejam menos ambíguos (Victora e Rivera, 2014).

Utilizar a alimentação escolar como apoio potencial para o desenvolvimento agrícola. Além de seus objetivos em termos de nutrição, educação e assistência social, a alimentação escolar está sendo cada vez mais solicitada a apoiar o desenvolvimento agrícola através de programas de alimentação escolar que utilizem produtos cultivados localmente. Acrescentar um novo objetivo certamente aumenta o número de compensações a serem levadas em consideração. No caso da alimentação escolar baseada em cultivos locais, a descentralização torna a fortificação (um dos meios pelos quais a alimentação escolar pode reduzir as deficiências de micronutrientes de maneira eficaz) mais desafiadora, mas não impossível. A descentralização também aumenta o desafio logístico em ambientes de insegurança alimentar nas épocas de seca ou entressafra. No entanto, com o passar do tempo, a alimentação escolar baseada em cultivos locais pode melhorar a diversidade na dieta e aumentar a segurança alimentar entre os produtores de baixa renda, apesar de não se dispor ainda de evidências que justifiquem tal esperança.

2. **Estabelecer metas para gastos com ações sensíveis à nutrição.** Governos, agências da ONU, OSCs, doadores e empresas devem assumir compromissos mais ambiciosos quanto às porcentagens de seus investimentos em sistemas alimentares, água, saneamento e higiene (ASH), educação, igualdade de gêneros e programas de assistência social que sejam explicitamente criados para ajudar a abordar todas as formas de deficiências nutricionais.
3. **Aprofundar a compreensão dos motores comuns da nutrição deficiente.** Os pesquisadores precisam criar um modelo conceitual claro para entender os motores subjacentes

ao sobrepeso/à obesidade, à deficiência de micronutrientes, ao atraso no crescimento e à emaciação; e também identificar motores comuns a todas as formas de deficiências nutricionais. Isso ajudará a guiar compromissos específicos por parte de governos, doadores, da própria ONU e de empresas ao nível subjacente. Isto deve ser publicado na série nutricional da *Lancet* e apoiado por patrocinadores e governos.

4. **Fortalecer ações de nutrição para os afetados por conflitos e emergências.** Partes interessadas nacionais e internacionais que sejam líderes de assistência humanitária, devem garantir que as ações de todos sejam mais voltadas para a nutrição; e tais partes interessadas precisam empenhar-se mais para:
    - monitorar o acesso de grupos vulneráveis a intervenções humanitárias que abordem deficiências nutricionais e preencham a lacuna existente entre intervenções humanitárias e de desenvolvimento,
    - cumprir os padrões Sphere de implementação de resposta humanitária para alimentos e nutrição como uma maneira de fortalecer a responsabilização em relação a grupos vulneráveis, e
    - utilizar sistematicamente a climatologia, os mecanismos de assistência social e as novas tecnologias de informação para melhorar a capacidade dos motores subjacentes de aprimorar a prontidão e a resposta a choques.

Tais partes interessadas devem ser estimuladas a assumir compromissos SMART nas áreas supracitadas como parte do processo N4G de 2016 e também a estabelecerem metas nacionais no sentido de cumprir os ODSs.

7 O ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES: FINANCIAMENTO PARA ALCANÇAR AS METAS

O COMPROMETIMENTO SEM FINANCIAMENTO REPRESENTA BOAS INTENÇÕES NÃO CUMPRIDAS. PARA QUE AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA NUTRIÇÃO SEJAM IMPLEMENTADAS e as metas sejam atendidas, elas precisam ser financiadas. O financiamento para a nutrição vem dos governos (a nível nacional), de fontes internacionais (agências e fundações de ajuda bilaterais e multilaterais que realizam "doações" comunitárias) e das próprias pessoas.

Sabemos que investir na ampliação das intervenções nutricionais é uma proposta de alto impacto e alto retorno. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2014* estimava a relação custo-benefício em 16:1 e o *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015* resumiu as novas estimativas, mostrando que a taxa de retorno dos investimentos em nutrição é maior que 10%. Também sabemos que os custos das doenças não transmissíveis (DNTs) relacionadas com a nutrição são muito altos: por exemplo, Popkin et al. (2006) estimam que os custos da obesidade e da alimentação dietética e das atividades físicas para combater a obesidade na China aumentarão de 3,58% para 8,73% do produto interno bruto de 2000 a 2025.

Este capítulo trata de quanto vão custar a ampliação das intervenções e a aceleração das melhorias na área da nutrição, e do desempenho dos governos e dos doadores ao enfrentar esse desafio. Ao estudarmos isso, identificamos formas através das quais os governos e doadores podem aumentar e alocar de forma mais eficiente os recursos para dar apoio a ações de melhoria da nutrição. Este capítulo também fornece dados à sociedade civil para ajudá-la a fazer os governos e doadores prestarem contas do que foi feito com o financiamento das ações, de modo a acelerar melhorias na nutrição.

A primeira parte deste capítulo trata dos níveis de despesas necessários para alcançar as metas relativas à subnutrição e ao aleitamento materno. Ela apresenta análises que respondem às seguintes questões: qual a quantia necessária para financiar intervenções diretas na nutrição para atender às metas da Assembleia Mundial da Saúde (AMS) para o atraso no crescimento, a emaciação, o aleitamento materno exclusivo (AME) e a anemia até 2025? Quem deve agir e como os recursos serão levantados? A análise mostra que os governos e os doadores (juntos) precisam aumentar seus investimentos em nutrição várias vezes, para que os países com o maior ônus nutricional possam atingir os objetivos da AMS.

Em seguida, concluímos que há um espaço significativo para os governos aumentarem suas alocações para a nutrição. Mostramos que os governos estão alocando 2,09% de suas despesas para melhorar a nutrição. Isto pode ser comparado com os 33% das despesas dos governos na Ásia e África, que foram alocados para quatro setores: agricultura, educação, saúde e assistência social (não temos dados comparáveis para água, saneamento e higiene [ASH]). Esses setores são os reservatórios dos quais a nutrição deve obter recursos. Mostramos que 24 governos já estão usando recursos desses setores, mas o fluxo destinado à nutrição é, no momento, bastante restrito.

Mostramos que, embora as doações destinadas às intervenções de subnutrição tenham se intensificado de maneira impressionante nos últimos dez anos, os gastos com

PRINCIPAIS CONCLUSÕES

Este capítulo trata do desempenho dos governos e dos doadores no atendimento das necessidades de financiamento da nutrição e de qual será o custo para enfrentar o desafio da má nutrição.

- Os investimentos para a ampliação da nutrição ainda são de alto impacto, com alto retorno, apresentando uma relação custo-benefício de 16:1 e uma taxa composta de retorno de mais de 10% (IFPRI 2014, 2015a).
- Os custos de se negligenciar a nutrição são altos, causando prejuízos econômicos de 10% do produto interno bruto. Na China, a obesidade causará aumento das perdas no produto interno bruto, que provavelmente vão dobrar de 4% em 2000 para 9% em 2025. Em países de baixa renda, 54% do custo das doenças cardiovasculares são cobertos com recursos do orçamento doméstico.
- Há um forte argumento a favor do rastreamento dos recursos financeiros e dos investimentos em nutrição: esse rastreamento conduz a um foco muito maior em resultados e ajuda a justificar investimentos adicionais.
- Os níveis de financiamento atuais não atendem às necessidades:
  - A lacuna de financiamento de dez anos para atender aos marcos de 2025 de atraso no crescimento, desnutrição aguda grave, aleitamento materno e anemia é de US$ 70 bilhões.
  - A análise dos gastos de 24 governos de baixa e média renda mostra que a alocação média para a nutrição é de 2,1%, comparada com 33% a para agricultura, educação, saúde e assistência social.
  - As doenças não transmissíveis (DNTs), muitas delas ligadas à nutrição, causam 49,8% das mortes e das deficiências em países de baixa e média renda. Mas menos de 2% por ano das doações para gastos em saúde vai para as DNTs (US$ 611 milhões em 2014). E as DNTs relacionadas com a nutrição receberam apenas US$ 50 milhões dos doadores em 2014, enquanto quase US$ 1 bilhão foram gastos em intervenções específicas de nutrição.
  - As alocações dos doadores para todas as intervenções específicas de nutrição estão estagnando em US$ 1 bilhão, embora as alocações para a nutrição via outros setores esteja crescendo
- Os governos e os doadores devem triplicar seus compromissos com a nutrição para atender a esses marcos críticos, com aumentos de gastos anuais de US$ 3,7 bilhões e US$ 2,6 bilhões, respectivamente.
- Existem oportunidades significativas para aumentar os gastos com a nutrição: os governos podem fazer os 33% que eles gastam em agricultura, educação, assistência social e saúde financiarem mais a nutrição, incluindo as metas da nutrição em seus planos e acompanhando o impacto.
- A elaboração de relatórios sobre os gastos com a nutrição é, no máximo, irregular. Os dados sobre os gastos dos governos com a nutrição relacionados com as DNTs e a obesidade estão fragmentados por diversos departamentos e geralmente são agrupados com itens que não têm nada a ver com nutrição. O Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico não monitora os gastos com ações sensíveis à nutrição, nem os gastos em DNTs relacionadas com a nutrição dos doadores. Nem sempre os governos e os doadores têm abordagens consistentes para rastrear seus gastos com nutrição.

as intervenções específicas de nutrição estagnaram (como a promoção do aleitamento materno, a promoção da melhoria da alimentação dos bebês e crianças pequenas, a suplementação e a fortificação com micronutrientes, além da alimentação terapêutica para a desnutrição aguda grave [DAG]). Ressalta-se que os gastos com esses itens se estabilizaram, enquanto os principais doadores, como os Estados Unidos, Reino Unido e Japão têm observado um declínio significativo em seus desembolsos para intervenções específicas de nutrição. Além disso, 13 dos 28 doadores da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) continuam evitando intervenções específicas de nutrição, alocando menos de US$ 1 milhão[1] para elas. Os desembolsos sensíveis à nutrição para combater a subnutrição em áreas como a agricultura, a assistência social, a educação, ASH e o empoderamento das mulheres estão crescendo, embora permaneçam fragmentados no relatório e sejam, portanto, difíceis de analisar.

Finalmente, e pela primeira vez no *Relatório sobre a Nutrição Mundial*, começamos a montar um retrato do financiamento das ações de combate às DNTs relacionadas com a nutrição. As fontes de dados estão fragmentadas e não se prestam à avaliação dos gastos dos governos ou doadores com tais ações. Governos, doadores e pesquisadores têm muito mais trabalho pela frente, no sentido de identificar os gastos em ações para prevenir e controlar as DNTs relacionadas com a nutrição.

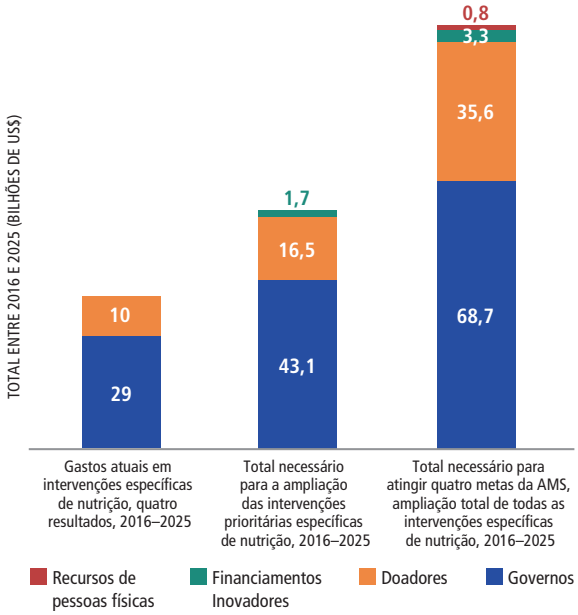
CÁLCULO DOS CUSTOS E OBTENÇÃO DE RECURSOS DAS INTERVENÇÕES DIRETAS PARA ATENDER ÀS METAS GLOBAIS DE NUTRIÇÃO MATERNA E INFANTIL

O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015* continua um resumo de uma análise preliminar do Banco Mundial e do Instituto Resultados para o Desenvolvimento (R4D) sobre o custo da ampliação das intervenções específicas de nutrição em 37 países com alto ônus nutricional, para atender as metas de atraso no crescimento até 2025. Desde esse trabalho, em meados de 2015, as equipes do Banco Mundial e do R4D vêm refinando sua análise do atraso no crescimento e incluindo análises similares para mais três metas: desnutrição aguda grave de menores de cinco anos,[2] anemia em mulheres em idade fértil e aleitamento materno exclusivo, desta vez para todos os países de baixa e média renda.[3]

As equipes calculam que os gastos atuais em intervenções específicas de nutrição para tratar do atraso no crescimento, da desnutrição aguda grave, do aleitamento materno exclusivo e da anemia das mulheres é de US$ 3,9 bilhões por ano, sendo US$ 2,9 bilhões de fontes governamentais e US$ 1 bilhão de doadores. Se este nível for mantido durante a próxima década, um total de US$ 39 bilhões será investido no pacote de intervenções-chave (Figura 7.1). Contudo, para atender às quatro metas, este valor precisa aumentar em cerca de US$ 70 bilhões. Isso representa quase o triplo dos gastos atuais durante este período de dez anos, chegando a um total de US$ 108 bilhões (Figura 7.1). Os governos precisarão mobilizar, em média, mais US$ 3,9 bilhões por ano e as doações precisam aumentar em mais US$ 2,6 bilhões anualmente nos próximos dez anos, para atender às metas. Isto aumentaria as verbas atuais dos governos 2,3 vezes nos próximos dez anos e elevaria o financiamento dos atuais doadores 3,6 vezes. A barra do meio da Figura 7.1 fornece estimativas para a ampliação de um subconjunto de intervenções[4] (ver Shekar et al., 2016). Esses múltiplos para a ampliação completa estão em consonância com as estimativas prévias sobre atraso no crescimento das equipes do Banco Mundial e do R4D, relatadas no *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*.

Esses aumentos nos níveis de investimento específico para a nutrição seriam viáveis, numa era em que o crescimento econômico está desacelerando e os níveis oficiais de assistência ao desenvolvimento estão se estagnando? Os doadores já quadruplicaram seus gastos com intervenções específicas de nutrição nos últimos dez anos, embora, reconhecidamente, tenham partido de uma base muito baixa. Estariam eles dispostos a aumentar sua contribuição a esse ritmo mais exigente?

FIGURA 7.1 Níveis e fontes de financiamento para atender aos objetivos do atraso no crescimento, da desnutrição aguda grave, da anemia e do aleitamento materno exclusivo para todos os países com baixa e média renda até 2025



Fonte: autores, com base nos dados de Shekar et al. (2016).

Observação: exemplos de mecanismos inovadores de financiamento incluem o Poder da Nutrição (ver www.powerofnutrition.org) e a Global Financing Facility em apoio à iniciativa Cada Mulher, Cada Criança (ver www.globalfinancingfacility.org). O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015* tratou desses mecanismos.

Para desenvolver um argumento convincente para mais investimentos, diversas coisas precisam acontecer. Primeiramente, é preciso que haja uma articulação envolvente das vidas salvas e das relações custo-benefício da ampliação direta das intervenções de nutrição (ver a relação custo-benefício média de 16:1 relatada para 40 países no *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2014*). Em segundo lugar, o custo total precisa ser dividido em parcelas "pequenas" que sejam mais viáveis politicamente para serem assumidas pelos investidores nacionais e internacionais (daí o cenário de "intervenção prioritária", coluna do meio, Figura 7.1). Em terceiro lugar, é necessário criar um cronograma de pagamentos que reflita a capacidade de investimento das diferentes partes interessadas. E, em quarto lugar, o círculo de investidores precisa ser ampliado.

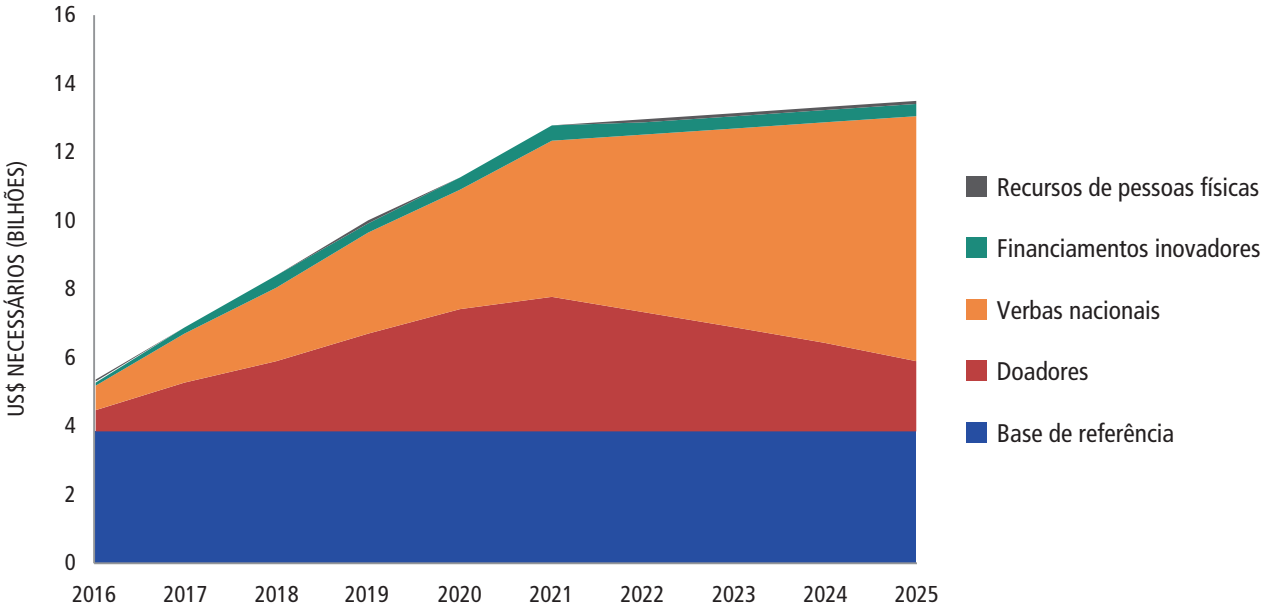
Para tornar a ampliação do financiamento mais viável, o Banco Mundial e os autores do R4D propuseram um cronograma com uma programação de pagamentos que, segundo eles argumentam, reflete a capacidade de investir. Este é o cenário de "solidariedade global" dos financiamentos (Figura 7.2). O aumento das doações ocorreria no início do período, sendo que o grosso dos aumentos provenientes dos governos viria na segunda metade do período de dez anos.

O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* endossa fortemente as conclusões da análise das equipes do Banco Mundial e do R4D. Maiores detalhes desse trabalho estão resumidos em Shekar et al., (2016).

ALOCAÇÕES DO ORÇAMENTO NACIONAL DOS PAÍSES PARA A NUTRIÇÃO

No *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*, apresentamos dados de 14 países que tinham estimado suas alocações nacionais para medidas específicas de nutrição e medidas sensíveis à nutrição.[5] Cada um desses países derivou e aplicou seus próprios pesos nutricionais a vários itens de linha no seu orçamento governamental. Esta seção aplica o peso médio daqueles 14 países a oito novos países.[6] Dois países a mais, Peru e Guatemala, forneceram as suas alocações orçamentárias de nutrição reais. Dessa forma, temos 24 estimativas de alocações nacionais de países para a nutrição.[7] A Figura 7.3 apresenta as alocações de nutrição expressas como um percentual do geral (total) das despesas governamentais. As estimativas variam de 0,06 a 9,23% das despesas governamentais gerais. A média da alocação para a nutrição de todos os 24 países é 2,1%.

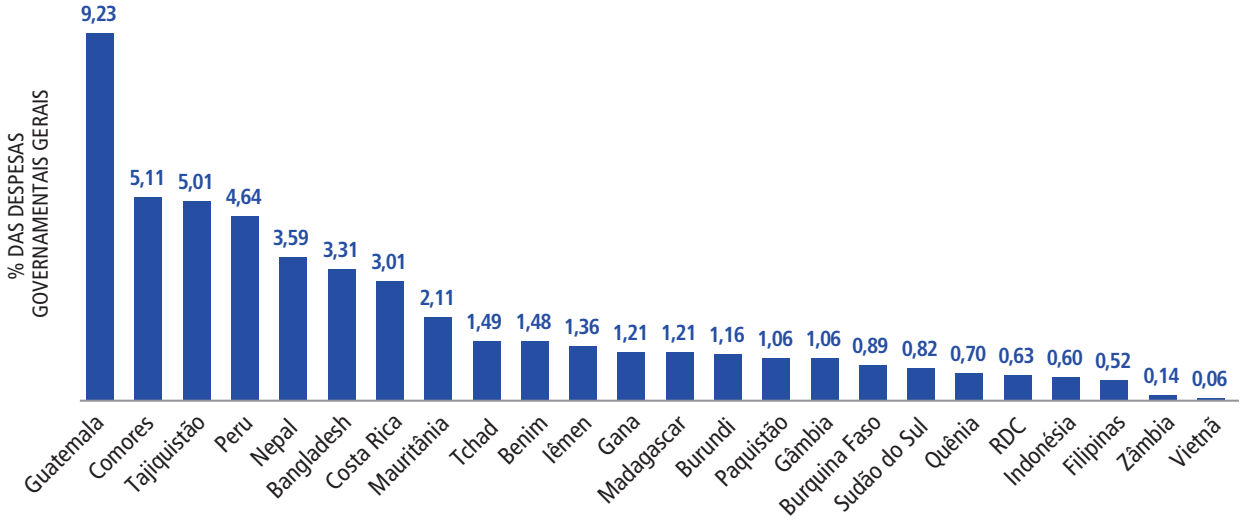
FIGURA 7.2 Investimentos adicionais necessários para atingir o cenário de "solidariedade global" para todos os países de baixa e média renda, 2016–2025



Fonte: Shekar et al. (2016).

Observação: Os valores em dólares representam os investimentos adicionais acima da base de referência, necessários por parte das diversas partes interessadas, para atingir as metas de nutrição mundiais de 2025 para o atraso no crescimento, desnutrição aguda grave, anemia e aleitamento materno exclusivo, no cenário de "solidariedade global", para uma ampliação completa em todos os países de baixa e média renda.

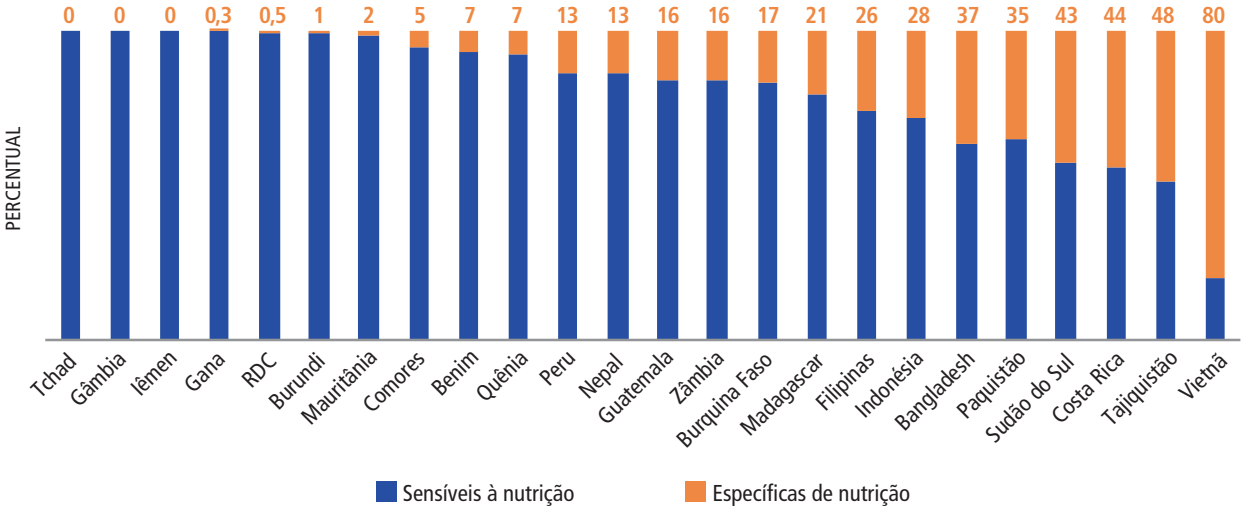
FIGURA 7.3 Alocações orçamentárias para intervenções específicas de nutrição e sensíveis à nutrição, 24 países



Fonte: autores, com base nos dados de Greener et al. (2016).

Observação: RDC = República Democrática do Congo.

FIGURA 7.4 Alocações orçamentárias para intervenções específicas de nutrição e sensíveis à nutrição, 24 países



Fonte: autores, com base nos dados de Greener et al. (2016).

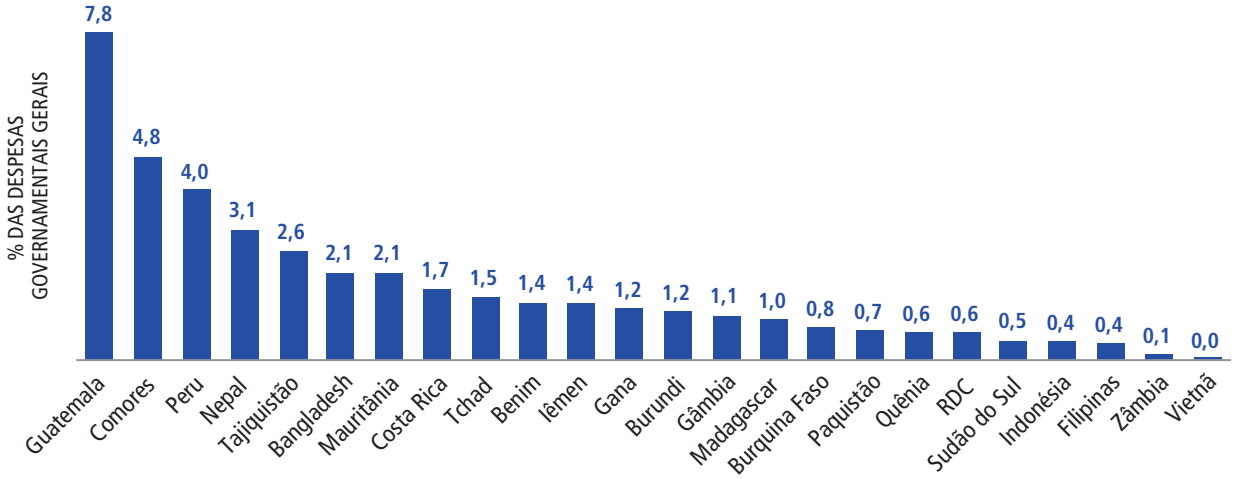
Observação: RDC = República Democrática do Congo.

A Figura 7.4 divide as alocações estimadas para a nutrição em parcelas para medidas específicas de nutrição[8] e para medidas sensíveis à nutrição. A maioria das alocações orçamentárias nacionais para nutrição identificada pelos países relaciona-se com intervenções sensíveis à nutrição (1,7% das despesas governamentais gerais para intervenções sensíveis à nutrição e 0,4% para intervenções específicas de nutrição). A dominância da categoria sensível à nutrição reforça a importância dos motores subjacentes, conforme se destacou no capítulo anterior.

A Figura 7.5 mostra a alocação orçamentária nacional estimada de cada um dos 24 países para intervenções sensíveis à nutrição sob a forma de um percentual das despesas governamentais gerais. Esta medida varia de 0,01 a 7,78%. A alocação média para intervenções sensíveis à nutrição expressa como um percentual das despesas governamentais gerais de todos os 24 países é 1,7%.

Este é um percentual pequeno em relação às parcelas dos setores dos quais os recursos necessários para financiar a maioria desses itens de linha são retirados.[9] Por exemplo, em 2011, o

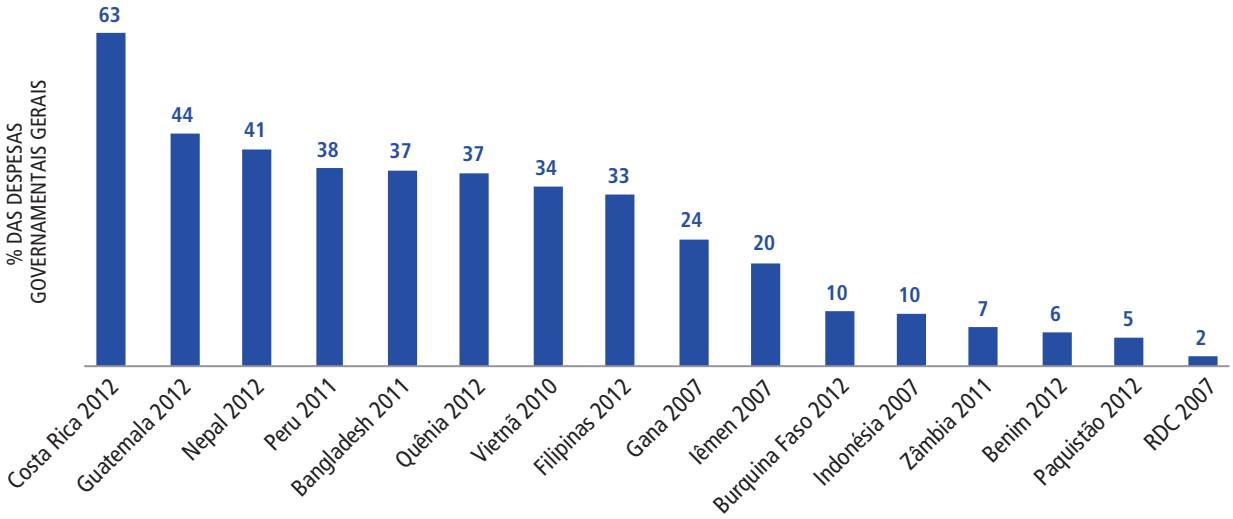
FIGURA 7.5 Alocações orçamentárias estimadas para intervenções sensíveis à nutrição, 24 países



Fonte: autores, com base nos dados de Greener et al. (2016).

Observação: RDC = República Democrática do Congo.

FIGURA 7.6 Alocações orçamentárias para setores relevantes para a nutrição, 16 países



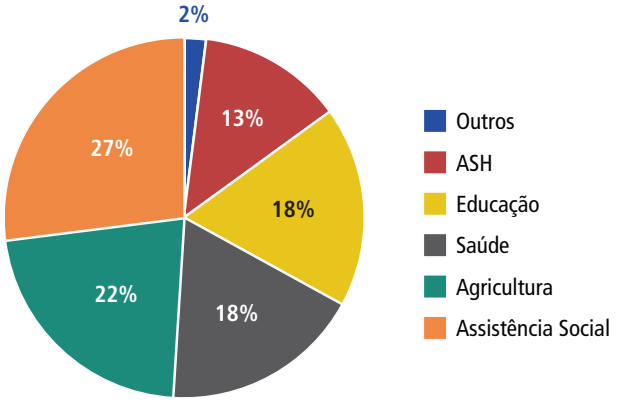
Fonte: autores, com base no banco de dados SPEED (IFPRI 2015b).

Observações: Os setores são agricultura, educação, saúde e assistência social. Os dados para ASH não estão disponíveis. RDC = República Democrática do Congo.

governo de Bangladesh dedicou 37% do seu orçamento a despesas com a agricultura, saúde, educação e assistência social (Figura 7.6). Por outro lado, alocou 2,1% do seu orçamento total para intervenções sensíveis à nutrição (Figura 7.5).

A Figura 7.7 mostra a divisão das medidas sensíveis à nutrição por setor nos 24 países. O setor de assistência social recebeu a maior parte das alocações para ações sensíveis à nutrição, seguido pelo da agricultura e pelo de saúde e educação. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2014* destacou a grande quantidade de recursos designada pelos governos para a assistência social e comentou que essa era uma oportunidade de usar esse setor para avançar na melhoria da nutrição. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015* forneceu exemplos de como Bangladesh e a Etiópia estavam aplicando seus recursos em assistência social de modo a fortalecer as intervenções na nutrição. O Capítulo 6 do *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2016* apresenta painéis sobre ASH e a educação, com novas e claras orientações sobre a forma de incorporar a nutrição de forma mais firme nesses setores.

FIGURA 7.7 Fração das alocações para intervenções sensíveis à nutrição investida em cada setor, 24 países



Fonte: autores, com base nos dados de Greener et al. (2016). Os dados são dos mesmos 24 países cobertos nas Figuras 7.3, 7.4 e 7.5.

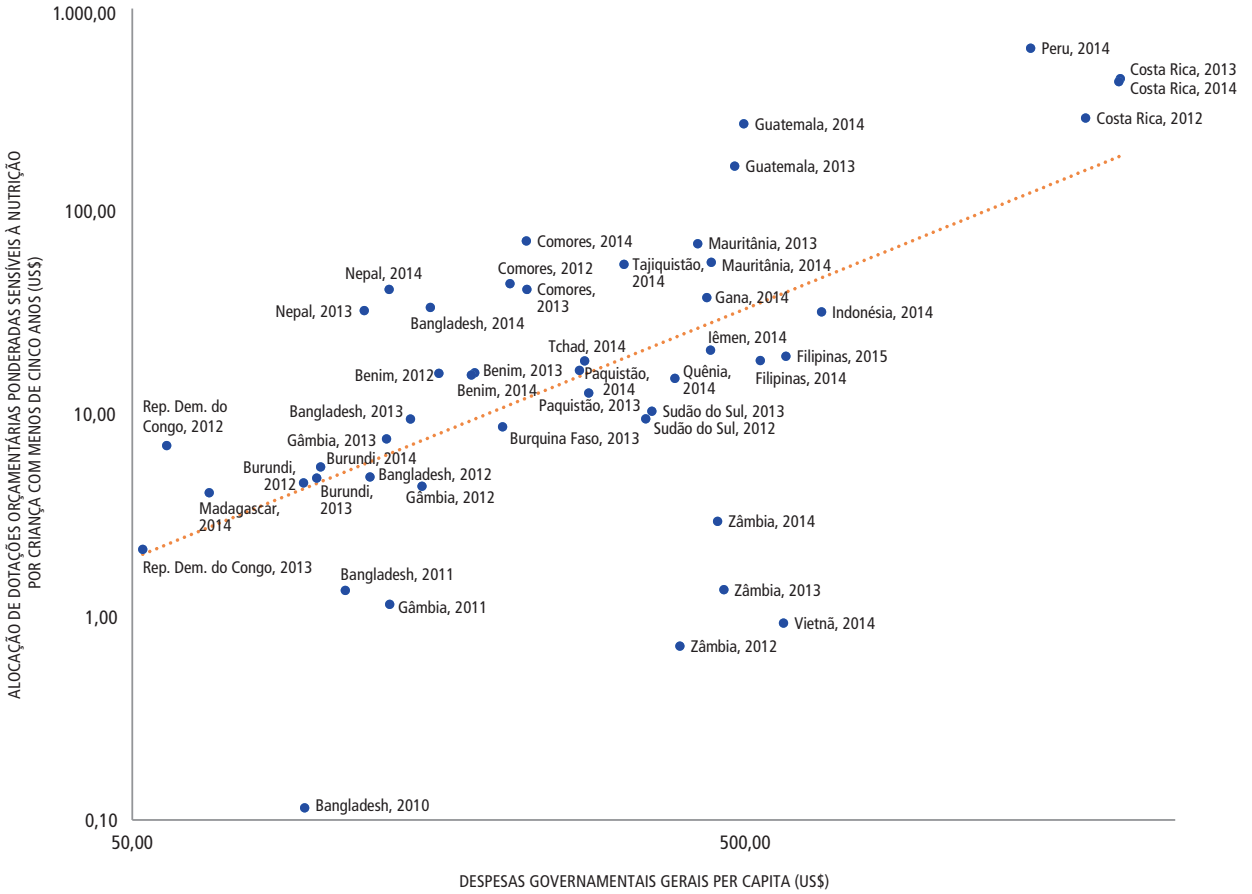
Observação: ASH = água, saneamento e higiene.

AS ALOCAÇÕES PARA AÇÕES SENSÍVEIS À NUTRIÇÃO POR CRIANÇA COM MENOS DE CINCO ANOS ESTÃO CORRELACIONADAS COM AS DESPESAS GOVERNAMENTAIS GLOBAIS PER CAPITA, MAS HÁ EXEMPLOS SIGNIFICATIVOS FORA DESTA TENDÊNCIA

A Figura 7.8 mostra que as alocações orçamentárias para ações sensíveis à nutrição, normalizadas em uma base por criança com menos de cinco anos, estão positivamente relacionadas com as despesas governamentais gerais per capita. Como a linha de melhor ajuste demonstra, os países com maiores despesas governamentais gerais (geralmente países com maior renda) alocam mais recursos para ações sensíveis à nutrição por criança com menos de cinco anos.

Os países acima da linha alocam mais recursos para as medidas sensíveis à nutrição do que seria esperado com base em seus dispêndios governamentais gerais. Os países abaixo da linha alocam menos do que seria esperado. Contudo, há uma ampla variação

FIGURA 7.8 Relação entre as dotações orçamentárias ponderadas sensíveis à nutrição por criança com menos de cinco anos e os gastos governamentais gerais per capita



Fonte: Greener et al. (2016).

Observação: Os países aparecem mais de uma vez, dependendo de quantos anos de dados orçamentários estão disponíveis.

PAINEL 7.1 GUATEMALA E PERU: ACESSO EM TEMPO HÁBIL AOS DADOS FINANCEIROS FAZ DIFERENÇA NOS GASTOS REAIS E INCENTIVA A RESPONSABILIZAÇÃO A TODOS OS NÍVEIS

PAOLA VICTORIA, ARIELA LUNA, JOSÉ VELÁSQUEZ, ROMMY RÍOS, GERMÁN GONZÁLEZ, WILLIAM KNECHTEL, VAGN MIKKELSEN E PATRIZIA FRACASSI

A Guatemala e o Peru puseram em prática sistemas avançados de gestão de informações financeiras integradas com acesso público diário ao orçamento atualizado e a outros dados de gestão.

Na Guatemala, o rastreio das despesas é consolidado em relatórios mensais preparados pela Secretaria de Segurança Alimentar e Nutrição (SESAN), com dados extraídos do Sistema de Contabilidade Integrada (SICOIN), administrado pelo Ministério das Finanças Públicas. A Guatemala lançou um programa administrativo baseado em resultados, desenvolveu um sistema de rastreio acessível pelo público, especificamente para monitorar as intervenções do Pacto de Fome Zero[1]. Seu sistema de rastreamento permite a monitoração do progresso por instituição, programa e município. Ele também permite que outras partes interessadas promovam a responsabilização. Por exemplo, uma iniciativa do setor privado, chamada Mejoremos Guate ("Melhoremos a Guatemala") empreendeu um exercício de monitoramento detalhado da prestação de serviços para prevenir a má nutrição crônica. Até agora, ocorreram quatro exercícios de monitoramento, informando ao ministério responsável os resultados da implementação.

No Peru, o rastreio das despesas ocorre através de um portal eletrônico disponível ao público, o "Consulta Amigable," que é administrado pelo Ministério da Economia e das Finanças. O Ministério do Desenvolvimento Social e da Inclusão consolida os dados dos programas sociais. O Ministério da Economia e das Finanças prepara um relatório mensal sobre a execução financeira de todos os programas orçamentários. Emite-se um alerta vermelho quando entidades executantes ou produtos apresentam baixa taxa de execução. Recentemente, tentou-se melhorar o rastreio financeiro comparando-o com o progresso direto da prestação de serviços. Os ministérios trabalharam com os governos regionais e locais, bem como com a sociedade civil, para gerar dados sobre a prestação de serviços (por exemplo, controle do crescimento, calendário de vacinação, suplementação com micronutrientes, capacitação de recursos humanos, etc.), que foram, então, relacionados com a execução financeira para entender se este era um gargalo fundamental para a ampliação.[2]

Este rastreamento regular em ambos os países revela que os gastos reais da Guatemala são menores do que as alocações planejadas, ao passo que os gastos reais do Peru são mais altos do que as alocações planejadas. Os gastos são significativamente maiores no Peru porque ocorrem liberações de verba mensais com base nos resultados. Por este motivo, o gasto real do Peru é 26% maior do que as alocações iniciais, que são planejadas para todo o ano, mas são 12% menores do que as alocações modificadas que ocorrem uma ou duas vezes por ano, quando necessário.

O acesso transparente e regular aos dados permite as liberações de verba com base em resultados dos recursos e a correção oportuna das baixas taxas de implantação, assim como o aumento da responsabilização dos ministérios para com os governos locais, as organizações da sociedade civil e as famílias a quem estes investimentos se destinam.

ao redor dessa linha. Por exemplo, Zâmbia e Guatemala alocaram valores similares dos recursos governamentais totais por pessoa (eixo horizontal), mas a Guatemala alocou níveis muito mais altos de financiamentos para ações sensíveis à nutrição por criança com menos de cinco anos (o eixo vertical).[10]

Incluímos esta análise aqui porque é possível que esta associação possa formar a base para um ponto de referência de alocações orçamentárias para ações sensíveis à nutrição. Por exemplo, a linha de melhor ajuste pode ser interpretada em um conjunto de dados grande como o nível médio de alocação para ações sensíveis à nutrição para um país com um nível de renda específico. As alocações totais para a nutrição também poderiam ser um ponto de referência neste sentido. É preciso trabalhar mais no desenvolvimento desses pontos de referência.

O PROCESSO DE COLETA DE DADOS DE ALOCAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA A NUTRIÇÃO AJUDA OS DEFENSORES DA NUTRIÇÃO DOS PAÍSES A INFLUENCIAR MUDANÇAS

Em geral, conforme reportado pelos pontos focais dos governos do Movimento para a Ampliação da Nutrição (SUN), o processo de rastreamento dos orçamentos aumenta o diálogo entre os ministérios, os departamentos e os órgãos governamentais sobre a necessidade de investir em nutrição (Movimento para a Ampliação da Nutrição, 2015). O Peru e a Guatemala são dois dos exemplos melhor conhecidos de países com processos de planejamento orientados com base no orçamento. O Painel 7.1 explica como esses países usam os orçamentos de nutrição para assegurar sua implementação efetiva.

Talvez as experiências do Sul da Ásia sejam menos conhecidas, e, portanto, fornecemos exemplos do Paquistão e de Bangladesh, assim como um exemplo muito recente da Índia.

PAINEL 7.2 ORÇAMENTO PARA A NUTRIÇÃO NA ÍNDIA

SUMAN CHAKRABARTI, PURNIMA MENON E SUBRAT DAS

Vários pontos do orçamento indiano de 2015-2016 liberado em fevereiro de 2016 são dignos de nota.

Primeiramente, em 2016, o governo indiano, a nível central, alocou cerca de US$ 5,3 bilhões, no total, para programas específicos de nutrição, como o Programa de Serviços de Desenvolvimento Integrado da Criança e a Missão de Saúde Nacional. Ao todo foram alocados US$ 31,6 bilhões para diversos programas destinados a melhorar as determinantes subjacentes da nutrição, como o Sistema Público de Distribuição (PDS), cujo foco é a segurança alimentar, a Lei Nacional de Garantia do Emprego Rural Mahatma Gandhi (MGNREGA), cujo foco é a segurança da subsistência nas áreas rurais, e a Missão Swachh Bharat, cujo foco é o saneamento básico.

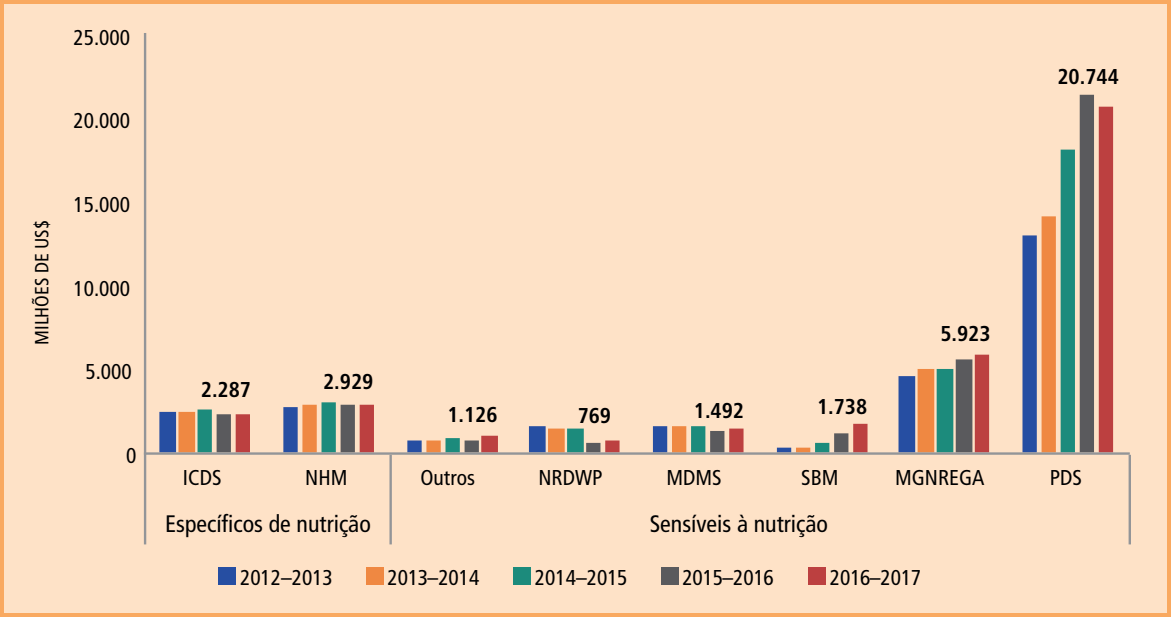
Em segundo lugar, apesar de uma grande quantia em dinheiro estar comprometida com intervenções específicas para a nutrição, ela está US$ 700 milhões abaixo dos US$ 6 bilhões por ano que Menon, McDonald e Chakrabarti (2015) estimam que sejam necessários. O governo indiano poderia atingir esta meta avaliada de forma independente, aumentando o orçamento em 13%.

Em terceiro lugar, programas como o PDS (subsídio alimentar) e a MGNREGA (segurança da subsistência), cujo alvo são as determinantes subjacentes, correspondem a 70% dos gastos com nutrição da Índia. Tais alocações, e aquelas disponíveis do governo central para a missão de saneamento básico, podem ajudar a criar ambientes domésticos mais favoráveis para melhorar a nutrição, se bem implementadas.

Para todos esses programas, o ônus de fortalecer os programas patrocinados pelo governo central através da redução de suas ineficiências, melhoria de suas metas e garantia de uma maior convergência dos programas fica nas mãos dos governos estaduais.

Por último, devido a mudanças na arquitetura fiscal do país, há agora novas oportunidades para os Estados aumentarem seu comprometimento com a nutrição e alocarem recursos financeiros estaduais extras. Mas há o risco de que os Estados não priorizem a nutrição. Diretrizes para a priorização e alocação de verbas disponibilizadas pelo governo central podem também ajudar a fortalecer os esforços de financiamento da nutrição a nível estadual.

ALOCAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS PARA PROGRAMAS RELACIONADOS COM A NUTRIÇÃO NA ÍNDIA, 2015–2016



Fonte: autores, com base nos dados do CBGA (2016a)

Observações: US$ 1 = INR (rúpia indiana) 65. Os valores de 2016–2017 correspondem a estimativas dos orçamentos. ICDS = Programa de Serviços de Desenvolvimento Integrado da Criança; NHM = Missão de Saúde Nacional; NRDWP = Programa Rural Nacional de Água Potável; MDM = Programa de Refeição ao Meio-Dia; SBM = Missão Swachh Bharat; MGNREGA = Lei Nacional de Garantia do Emprego Rural Mahatma Gandhi, PDS = Sistema Público de Distribuição (subsídio alimentar). "Outros" incluem Regime Nacional de Creches para Crianças com Mães Trabalhadoras, Indira Gandhi Matritva Sahayog Yojana, Programa de Autonomia de Meninas Adolescentes, Missão Nacional para Oleaginosas e Óleo de Palma, Missão Nacional de Agricultura Sustentável, Missão Nacional de Segurança Alimentar e Missão Nacional de Subsistência Rural.

PAINEL 7.3 PARCEIROS GLOBAIS HARMONIZAM O SUPORTE TÉCNICO DA ANÁLISE DE ORÇAMENTOS

ALEXIS D'AGOSTINO, AMANDA POMEROY-STEVENS, CLARA PICANYOL, MARY D'ALIMONTE, PATRIZIA FRACASSI, SASHA LAMSTEIN, HILARY ROGERS E SHAN SOE-LIN

O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2014* enfatizou a necessidade de recursos financeiros suficientes para a nutrição e indicou os requisitos para que os países possam acompanhar seus gastos nacionais com nutrição. Um ano depois, 30 países já conseguiram divulgar estimativas preliminares da parte do orçamento nacional destinada à nutrição, no *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015.*

Dos 30 países, 16 coletaram eles mesmos os dados, dez tiveram o apoio da secretaria do Relatório sobre a Nutrição Mundial, dois tiveram o apoio do Instituto Resultados para o Desenvolvimento (R4D) e dois tiveram o apoio do projeto SPRING, financiado pela USAID. O trabalho culminou em abril de 2015 com quatro oficinas de análise orçamentária regionais apoiadas pelo UNICEF, em nome do Movimento da Rede das Nações Unidas para a Ampliação da Nutrição (SUN).

Nessas oficinas, os países solicitaram que o suporte técnico fosse acelerado em diversas áreas, incluindo as seguintes:

1. Oferecer orientação para padronizar a categorização de intervenções "específicas de nutrição" e "sensíveis à nutrição".
2. Desenvolver recomendações sobre como identificar alocações de pessoal e como lidar com as finanças públicas subnacionais.
3. Desenvolver opções para harmonizar a "ponderação" das intervenções, especialmente aquelas sensíveis à nutrição.
4. Fornecer recomendações sobre as próximas etapas, particularmente:
   a. como usar os resultados do Exercício de Análise de Orçamento para a defesa dos programas e a comunicação;
   b. como rastrear as despesas reais;
   c. como rastrear alocações e despesas fora do orçamento; e
   d. como vincular o rastreamento financeiro ao planejamento e à mobilização de recursos.

Um grupo de especialistas técnicos mundiais convocados pela Secretaria do Movimento SUN, e que inclui o SPRING e o R4D, está trabalhando para fornecer maiores diretrizes para os pesquisadores, doadores e as agências governamentais responsáveis pela análise do financiamento da nutrição (alocações e/ou despesas). Este esforço conjunto deve promover o tópico do financiamento da nutrição, respondendo a perguntas-chave identificadas com a estimativa e o rastreamento do orçamento e dos gastos com nutrição.

A análise dos dados do orçamento feita pelo governo do Paquistão chegou a duas conclusões principais. Primeiro, o Programa de Apoio à Renda Benazir representa quase 50% do orçamento analisado (com US$ 985 milhões alocados por ano). Este programa consiste numa transferência de dinheiro incondicional para as famílias pobres. O governo do Paquistão está engajando parceiros para melhorar a estrutura do programa, de modo que ele possa atender às necessidades nutricionais das mulheres e das crianças. Em segundo lugar, a análise revelou uma significativa variação entre províncias quanto às alocações para medidas específicas de nutrição e as alocações para medidas sensíveis à nutrição, assim como as contribuições relativas feitas por cada setor. Isto mostra que, mesmo dentro de um país, regiões diferentes tomam decisões diferentes sobre a alocação dos recursos para melhorar os resultados de nutrição, e que há potencial para que um governo subnacional aprenda com o outro.

O governo de Bangladesh usa um banco de dados financeiro baseado no Plano de Investimento Nacional de 2012. Uma análise comparando os gastos reais com os gastos planejados em 2014 revelou que, em média, 81% das quantias alocadas para intervenções específicas de nutrição foram realmente gastas, ao contrário dos 48% de quantias alocadas para as medidas sensíveis à nutrição. O setor agrícola recebe a maior parcela de recursos governamentais. O governo está atualizando o plano nacional de ação, que deve influenciar alocações orçamentárias destinadas à nutrição e, especialmente, o gasto real nos próximos anos.

O governo indiano lançou seu orçamento para 2015–2016 em fevereiro de 2016. Apesar da falta de menção de quaisquer compromissos explícitos com a nutrição no discurso sobre o orçamento feito pelo Ministro das Finanças, uma análise do orçamento (Painel 7.2) do ponto de vista nutricional, elaborada pelo Centro de Responsabilização por Orçamento e Governança, na Índia, revela que o governo indiano está investindo em áreas que poderiam dar apoio à nutrição. Porém, o painel mostra que a alocação das verbas do orçamento para a nutrição não está crescendo, está aquém do necessário, e é dominada por intervenções no nível subjacente (tais como o Sistema Público de Distribuição), que precisam ser bem planejadas, com a intenção de melhorar a nutrição, para que sejam eficazes.

Uma importante conclusão geral da observação do processo de estimativa de dotações orçamentárias para a nutrição no país é que o processo abre o debate sobre como alguns programas poderiam

ser melhorados para ter um impacto maior nos resultados da nutrição. Uma vez que a configuração inicial esteja concluída, e o processo seja anualizado, ele poderá inspirar outros países, inclusive países de alta renda, muitos dos quais não podem emitir relatórios de orçamentos para a melhoria da nutrição.

Finalmente, deve-se observar que o processo de estimativa de lacunas no financiamento, tais como na discussão precedente, exige estimativas concretas dos gastos atuais do governo. A análise do orçamento nacional já melhorou muito desde 2014, mas ainda há muito a fazer antes que os métodos fiquem harmonizados. O Painel 7.3 descreve o processo de harmonização que está sendo elaborado atualmente.

Conforme mais dados de gastos com a nutrição se tornem disponíveis, mais estudos serão necessários para analisar os impactos das alocações de orçamento/financiamentos nos níveis/mudanças na cobertura dos programas e no status da nutrição. Embora haja muitas evidências da elevação das taxas de cobertura específicas de nutrição sobre os impactos dos custos e dos resultados da nutrição (por exemplo, Bhutta et al. 2013; IFPRI 2014), não conhecemos estudos que liguem os gastos reais com a nutrição às taxas de progresso em nutrição.

GASTOS DOS DOADORES

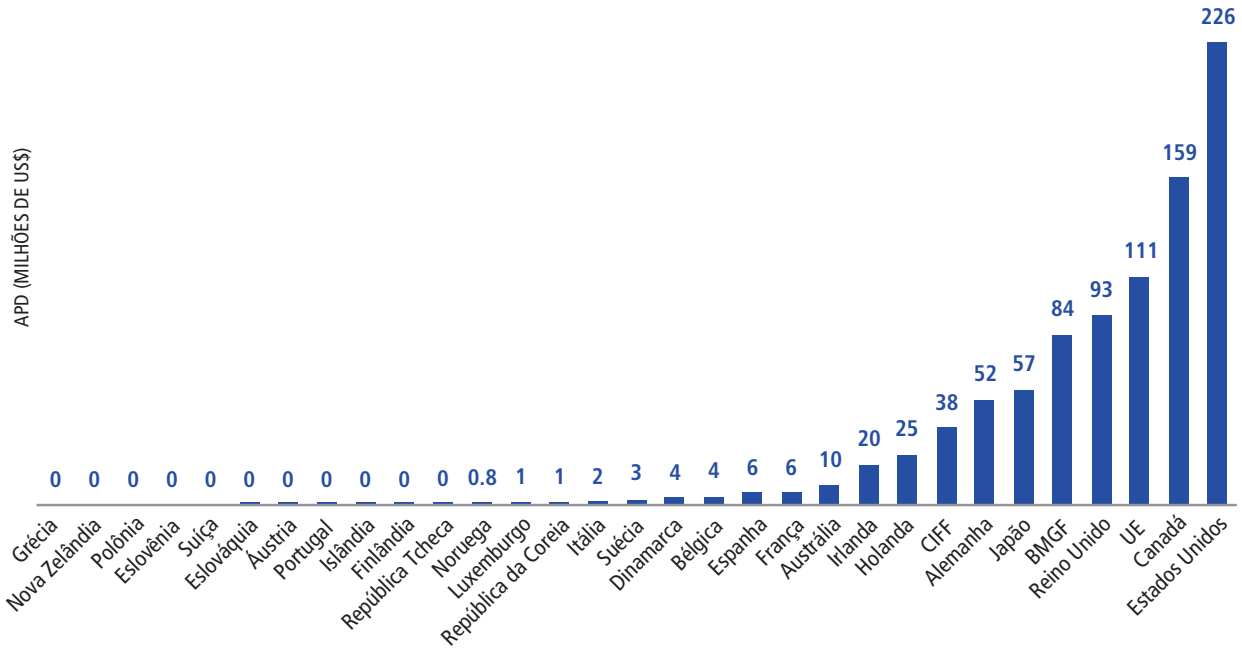
Esta seção analisa os gastos oficiais dos doadores para financiar ações com o objetivo de reduzir a subnutrição (específicas de nutrição e sensíveis à nutrição) e as DNTs relacionadas com a nutrição.[11]

MEDIDAS CONTRA A SUBNUTRIÇÃO

Gastos específicos de nutrição

Usando os dados mais recentes dos doadores do Sistema de Notificação de Países Credores (SNPC),[12] a Figura 7.9 mostra os níveis de gastos da ajuda pública ao desenvolvimento (APD) em 2014 para as 28 agências bilaterais da OCDE, a União Europeia e duas fundações — a Fundação Bill & Melinda Gates (BMGF) e a Fundação Children's Investment Fund (CIFF). Os 31 doadores gastaram um total de US$ 900 milhões em intervenções específicas de nutrição (por exemplo, promoção do aleitamento materno, alimentação de bebês e crianças pequenas e suplementação com vitamina A). Os cinco primeiros doadores (Estados Unidos, Canadá, União Europeia, Reino Unido e BMGF) foram responsáveis pela maior parte do financiamento (75% do total). Apenas 11 dos 31 doadores alocaram mais de US$ 10 milhões. Como em 2013, 13 doadores

FIGURA 7.9 Gastos específicos com nutrição por doador, 2014



Fonte: autores, com base nos desembolsos reportados sob o código SNPC 12440.

Observação: Os valores em dólares estão em preços atuais e arredondados para o número inteiro mais próximo. APD = Ajuda Pública ao Desenvolvimento; CIFF = Fundação Children's Investment Fund; BMGF = Fundação Bill & Melinda Gates.

gastaram menos de US$ 1 milhão em intervenções específicas para a nutrição. Dez milhões a mais de cada um dos 20 doadores que atualmente gastam menos de US$ 10 milhões em intervenções específicas de nutrição somariam US$ 200 milhões por ano em desembolsos específicos de nutrição, um aumento total de 22%.

As tendências mostram que os desembolsos da APD para intervenções específicas de nutrição estagnaram. Entre 2013 e 2014, os gastos totais globais da APD (menos a BMGF e a CIFF) em intervenções específicas de nutrição diminuíram 1%: a redução foi de US$ 12 milhões; de US$ 949 milhões, em 2013, para US$ 937 milhões, em 2014. Esta queda nos gastos interrompeu um padrão de aumentos anuais iniciado em 2011 (Figura 7.10). Apesar da ligeira redução, os gastos globais da APD com intervenções específicas de nutrição, como proporção dos gastos totais da APD, continuam estáveis, em 0,57%, o que representa um recorde histórico.

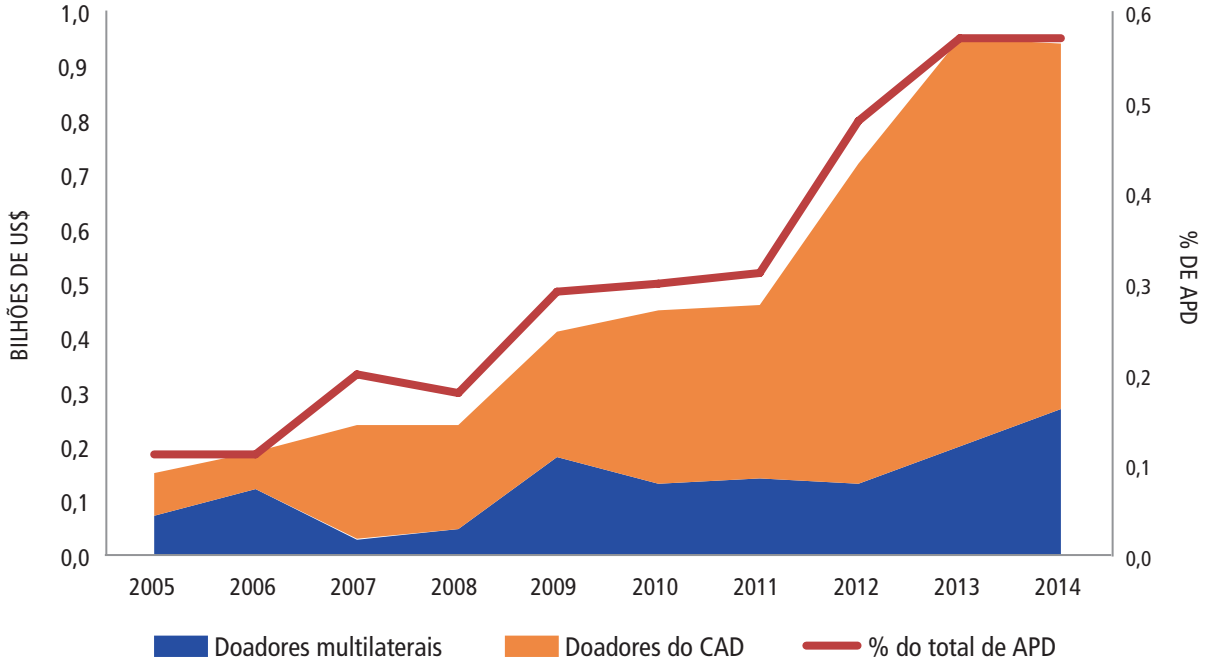
Dez dos 28 países doadores da OCDE reportaram uma diminuição nos gastos em 2014 (US$ 77 milhões no total). Isto inclui quatro dos cinco principais[13] doadores da OCDE: Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Japão (Figura 7.11). Entretanto, os doadores multilaterais acumularam gastos que aumentaram significativamente em US$ 63 milhões. Enquanto seis doadores multilaterais reduziram seus gastos, diversos doadores principais multilaterais os aumentaram significativamente. O aumento geral resultou de um maior gasto da União Europeia (US$ 69 milhões) e do Banco Mundial (Associação Internacional de Desenvolvimento, US$ 29 milhões). Pela primeira vez desde 2009, foram relatados alguns gastos por doadores de fora do Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD). O Kuwait e os Emirados Árabes Unidos reportaram gastos de US$ 0,9 milhões e US$ 0,8 milhões, respectivamente.

Dados de 2014 mostram que os gastos específicos de nutrição de todos os doadores foram direcionados a pelo menos 116 países diferentes. Contudo, esses gastos foram amplamente concentrados em 12 países selecionados. São eles, em ordem do maior para o menor gasto, Etiópia, Iêmen, Mali, Moçambique, Bangladesh, Ruanda, Malawi, Níger, Índia, Senegal, Quênia e República Unida da Tanzânia. Esses países receberam mais de metade (51%) de todos os desembolsos em 2014.[14] A Etiópia recebeu 8% de todos os desembolsos, mais do que qualquer outro país.

Gastos em intervenções sensíveis à nutrição

Com base em dados dos doadores relatados ao *Relatório sobre a Nutrição Mundial*, parece que os gastos (desembolsos) em intervenções sensíveis à nutrição têm crescido substancialmente

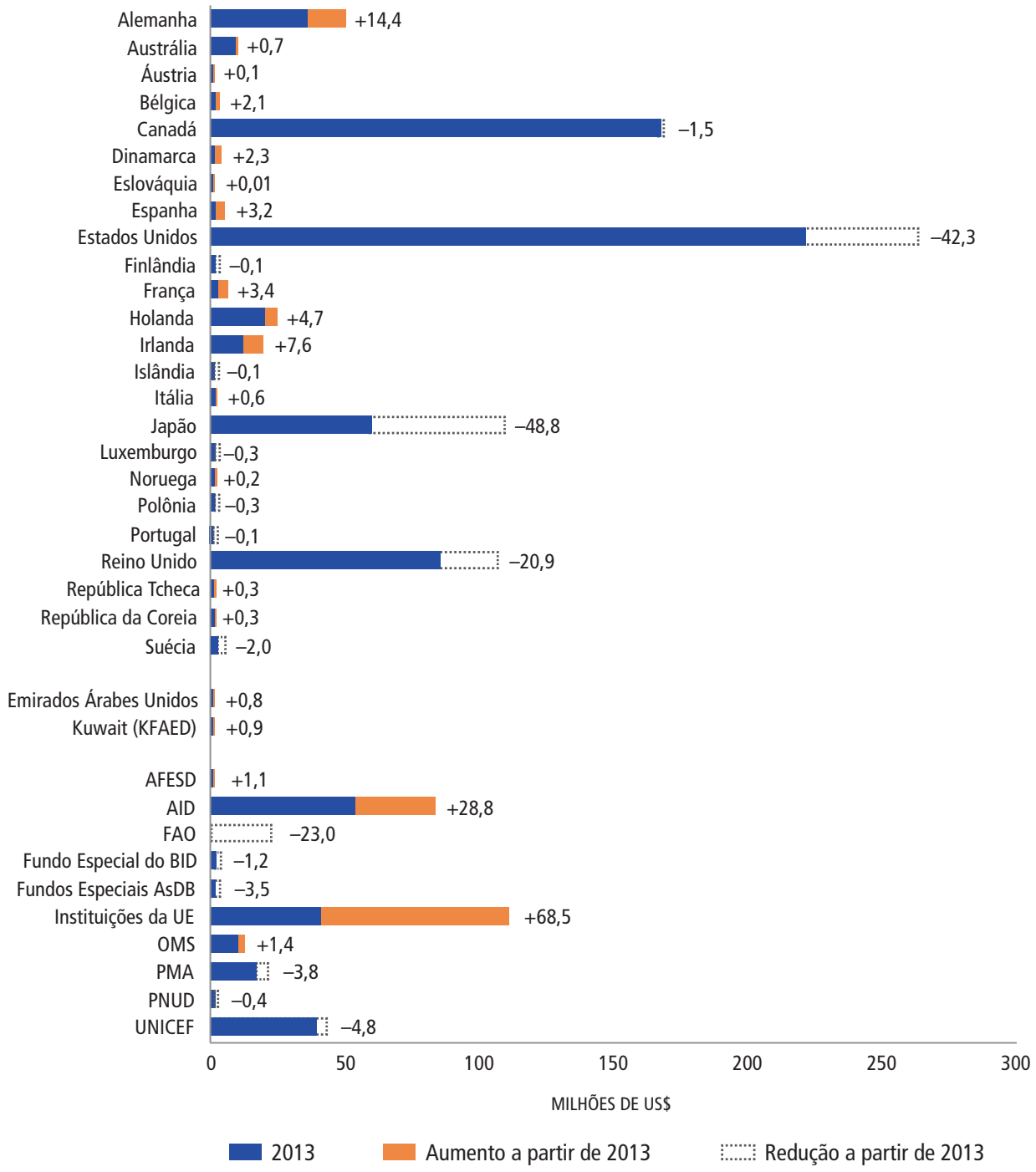
FIGURA 7.10 Gastos dos doadores em APD para intervenções específicas em nutrição, 2005–2014



Fonte: Development Initiatives, com base na OCDE (2016a).

Observação: Os valores correspondem aos desembolsos brutos a preços constantes de 2013. CAD = Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento; APD = Ajuda Pública ao Desenvolvimento.

FIGURA 7.11 Mudanças nos gastos específicos de nutrição por país doador e doadores multilaterais, 2013–2014



Fonte: Development Initiatives, com base na OCDE (2016a).

Observação: Os valores estão baseados em desembolsos brutos a preços constantes de 2013. KFAED = Fundo do Kuwait para o Desenvolvimento Econômico Árabe; AFESD = Fundo Árabe para o Desenvolvimento Econômico e Social; AsDB = Banco Asiático de Desenvolvimento; FAO = Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura; AID = Associação Internacional de Desenvolvimento; BID = Banco Interamericano de Desenvolvimento; PNUD = Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; PMA= Programa Mundial de Alimentos; OMS = Organização Mundial da Saúde.

TABELA 7.1 Desembolsos para a nutrição descritos nos *Relatórios sobre a Nutrição Mundial* de 2014-2016, 13 doadores (milhares de US$)

Doador	Desembolsos específicos de nutrição em 2010	Desembolsos específicos de nutrição em 2012	Desembolsos específicos de nutrição em 2013	Desembolsos específicos de nutrição em 2014
Alemanha	2.987	2.719	35.666	50.572
Austrália	6.672	16.516	NR	20.857
Canadá[a]	98.846	205.463	169.350	159.300
Estados Unidos	8.820	229.353	311.106	263.240
França	2.895	3.852	2.606	6.005
Holanda	2.661	4.007	20.216	25.025
Irlanda	7.691	7.565	10.776	19.154
Reino Unido	39.860	63.127	105.000	87.000
Suíça	0	0	0	0
UE[b]	50.889	8	54.352	44.680
Banco Mundial[d]	61.160	21.873	NR	NR
BMGF	50.060	80.610	83.534	61.700
CIFF	980	5.481	37.482	26.750
Total de 13 doadores	333.521	640.574	NA	NA
Doador	**Desembolsos para programas sensíveis à nutrição em 2010**	**Desembolsos para programas sensíveis à nutrição em 2012**	**Desembolsos para programas sensíveis à nutrição em 2013**	**Desembolsos para programas sensíveis à nutrição em 2014**
Alemanha	18.856	29.139	20.642	51.547
Austrália	49.903	114.553	NR	87.598
Canadá[a]	80.179	90.171	NR	998.674
Estados Unidos	NR	1.857.716	2.206.759	2.619.923
França	23.003	27.141	33.599	NR
Holanda	2.484	20.160	21.616	18.274
Irlanda	34.806	45.412	48.326	56.154
Reino Unido	302.215	412.737	734.700	780.500
Suíça	21.099	28.800	29.160	26.501
UE[b]	392.563	309.209	315.419	570.890
Banco Mundial[d]	NR	NR	NR	NR
BMGF	12.320	34.860	43.500	29.200
CIFF	0	0	854	154
Total de 13 doadores	NA	NA	NA	NA
Doador	**Total de desembolsos em 2010**	**Total de desembolsos em 2012**	**Total de desembolsos em 2013**	**Total de desembolsos em 2014**
Alemanha	21.843	31.858	56.308	102.119
Austrália	56.575	131.069	NR	108.455
Canadá[a]	179.025	295.634	NA	1.157.974
Estados Unidos[c]	NR	2.087.069	2.517.865	2.883.163
França	25.898	30.993	36.205	NA
Holanda	5.145	24.167	41.832	43.299
Irlanda	42.497	52.977	59.102	75.308
Reino Unido	342.075	475.864	839.700	867.500
Suíça	21.099	28.800	29.160	26.501
UE[b]	443.452	309.217	369.771	615.570
Banco Mundial[d]	61.160	21.873	680.000	1.627.000
BMGF	62.380	115.470	127.034	90.900
CIFF	980	5.481	38.336	26.904
Total de 13 doadores	NA	3.610.472	NA	NA

Fonte: autores, com base nos dados fornecidos pelos doadores

Observações: NR = nenhuma resposta foi dada para o nosso pedido de dados. NA = não se aplica (não podem ser calculados totais significativos devido à falta de dados ou a dados produzidos por outra metodologia que não a da Rede de Doadores do Movimento para a Ampliação da Nutrição). Os valores apresentados não são em preços constantes. Por fim, a maioria dos doadores apresenta seus relatórios em dólares americanos e, quando não o fazem, usam uma taxa média anual de câmbio vigente no mercado para o período do relatório (https://www.irs.gov/Individuals/International-Taxpayers/Yearly-Average-Currency-Exchange-Rates). BMGF = Fundação Bill & Melinda Gates. CIFF = Fundação Children's Investment Fund.

[a] O componente sensível à nutrição do governo canadense em 2014 é calculado de forma diferente do de outros países. O método usado está disponível no seguinte site mediante consulta: https://www.international.gc.ca/department-ministere/form_contact-formulaire_contacter.aspx?lang=eng.

[b] Na Cúpula Nutrição para o Crescimento, a União Europeia comprometeu-se a doar 3,5 bilhões de euros para intervenções em nutrição entre 2014 e 2020. Um compromisso corresponde a um acordo financeiro legalmente vinculante entre a União Europeia e um parceiro. Os números de desembolsos relatados pela União Europeia equivalem ao total contratado para cumprir os compromissos. Outros desembolsos de fundos são realizados de acordo com o cronograma de desembolsos explicitado em contratos individuais, com o progresso na implementação e com a velocidade com que a verba é utilizada pelo parceiro.

[c] O componente sensível à nutrição do governo norte-americano é calculado de forma diferente do de outros países (ver Painel 7.4).

[d] O Banco Mundial relata que seus desembolsos totais em 2013 abrangem dois exercícios fiscais (2013 e 2014) e que o valor de seu desembolso total em 2014 também abrange dois exercícios fiscais (2014 e 2015); então não convém somar US$ 680 milhões com US$ 1.627 milhões, porque isso resultaria em contar a mesma quantia duas vezes.

PAINEL 7.4 MÉTODOS DOS DOADORES PARA ESTIMAR GASTOS SENSÍVEIS À NUTRIÇÃO

LAWRENCE HADDAD E JORDAN BEECHER

Como em 2015, este *Relatório sobre a Nutrição Mundial* relata os gastos dos doadores com as intervenções sensíveis à nutrição, usando a metodologia de Rede de Doadores para a Ampliação da Nutrição (SUN), salvo pelos Estados Unidos, que reportam suas despesas com programas sensíveis à nutrição usando um método menos intensivo em termos de recursos.[1] Qual é a diferença entre esses métodos? Para responder a esta pergunta, aplicamos a metodologia dos EUA a outros doadores do N4G e, em seguida, comparamos os níveis dos gastos com programas sensíveis à nutrição gerados por ambos os métodos, bem como as classificações dos doadores gerada por cada conjunto de estimativas. Os resultados estão na tabela abaixo.

A metodologia do governo americano causa uma inflação nas estimativas de desembolsos para programas sensíveis à nutrição para todos os doadores. A inflação é substancial para alguns doadores: faz as alocações da Alemanha e da Holanda ficarem dez vezes maiores. As classificações também mudam significativamente. Enquanto os dois principais doadores para programas sensíveis à nutrição na tabela permanecem os mesmos (Reino Unido e Austrália), os cinco doadores abaixo deles mudam significativamente de posição.

A metodologia faz diferença. Como a metodologia da SUN é mais refinada do que a metodologia dos EUA, recomendamos que todos os países usem a metodologia da SUN para relatar desembolsos para programas sensíveis à nutrição.

QUAL É A DIFERENÇA QUE A METODOLOGIA FAZ NOS DESEMBOLSOS PARA PROGRAMAS SENSÍVEIS À NUTRIÇÃO?

País	Classificação	Desembolsos para programas sensíveis à nutrição, 2013 (milhões de US$) MÉTODO DA REDE DE DOADORES DA SUN	País	Classificação	Desembolsos para programas sensíveis à nutrição, 2013 (milhões de US$) MÉTODO DO GOVERNO DOS EUA
Reino Unido	1	734,7	Reino Unido	1	949,0
Austrália	2	74,7	Austrália	2	224,4
Irlanda	3	48,3	Alemanha	3	210,6
França	4	33,6	Holanda	4	204,9
Suíça	5	29,2	Suíça	5	181,1
Holanda	6	21,6	França	6	78,6
Alemanha	7	20,6	Irlanda	7	37,2

Fonte: Análise realizada por Jordan Beecher, da Development Initiatives.

Observação: A tabela inclui os países que relataram gastos com programas sensíveis à nutrição usando a metodologia dos doadores da SUN no *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*. Os Estados Unidos não podem ser incluídos na comparação, pois não relataram gastos com programas sensíveis à nutrição usando a metodologia dos doadores da SUN no *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*.

depois da Cúpula da Nutrição para o Crescimento de 2013. Mas é difícil confirmar isso. A Tabela 7.1 apresenta os dados e as ressalvas. As interrupções na série temporal para quatro dos maiores doadores (Estados Unidos, Banco Mundial, União Europeia e Canadá) torna impossível a construção de uma série temporal mundial significativa. Apesar disso, ao se examinarem as linhas da Tabela 7.1, veem-se tendências de crescimento entre 2010 e 2014 para quase todos os doadores na categoria sensíveis à nutrição, o que é animador. E, como o Capítulo 6 sugere, o âmbito para aumentar esta fonte de financiamento para a nutrição continua sendo significativo

Além da comunicação irregular de alguns doadores, eles precisam resolver uma questão metodológica pertinente à estimativa dos gastos em intervenções sensíveis à nutrição (Painel 7.4).

AÇÕES DE NUTRIÇÃO RELATIVAS ÀS DNTs

O Capítulo 2 nos lembrou que as taxas estimadas de sobrepeso em adultos, obesidade e glicemia elevada estão crescendo em quase todos os países. Os custos econômicos dessas DNTs relacionadas com a nutrição são altos: só o tratamento contra a obesidade representa de 2 a 20% das despesas com a saúde (IFPRI 2015a). Apesar dos impactos econômicos adversos significativos, há poucas informações publicadas sobre o financiamento dirigido a prevenir e controlar as DNTs relacionadas com a nutrição. Aqui recorremos a novas informações do banco de dados da Organização Mundial

da Saúde (OMS), do Instituto de Métrica e Avaliação da Saúde (IHME), e da OCDE/CAD para apresentar os melhores dados disponíveis. Primeiro, fornecemos informações sobre as fontes de financiamento para todas as DNTs para países de baixa renda selecionados; e a seguir as informações mais recentes sobre o financiamento dos doadores para o combate às DNTs. Depois, fazemos uma nova análise do financiamento relacionado com a nutrição dentro desta categoria.

Fontes nacionais de financiamento para o combate às DNTs

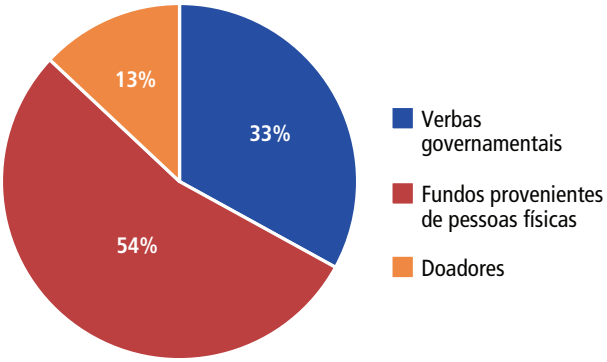
Há três principais fontes de financiamento dos serviços de saúde: as pessoas físicas, que pagam do próprio bolso (diretamente ou através de seguros ou planos de saúde); os governos, que pagam diretamente (receita geral dos governos obtida via tributação dos produtos prejudiciais à saúde); ou através de sistemas públicos de saúde, o setor privado e os doadores. A mistura de fontes de pagamento varia substancialmente por doença ou por problema de saúde e de acordo com a renda do país.

Como as verbas governamentais são limitadas, ao contrário de muitas outras áreas da saúde, as pessoas físicas arcam com uma boa parte do ônus das DNTs. Por exemplo, uma recente revisão sistemática do impacto global das DNTs na renda das pessoas físicas (Jaspers et al. 2015) descobriu que pacientes com doenças cardiovasculares (DCVs) na Índia gastam 30% da sua renda familiar anual diretamente com o tratamento das DCVs, o que significa um aumento médio das despesas pagas pelas pessoas físicas do próprio bolso por hospitalização de US$ 364, em 1995, para US$ 575, em 2004. Os autores também constataram que, na Índia, o risco de empobrecimento devido às DCVs era 37% maior do que o devido a doenças transmissíveis. A mesma análise constatou que "14,3% das famílias de alta renda na China passaram por alguma forma de redução da renda familiar devido a internações por doenças cardiovasculares (DCVs), o que aumenta para 26,3% na Índia, 63,5% na República Unida da Tanzânia e 67,5% na Argentina" (Jaspers et al. 2015, 170).

Dados recentes da OMS, obtidos de uma amostra de países de baixa renda, mostram que mais da metade dos gastos atuais para tratamento de DCVs sai do bolso dos pacientes e de suas famílias, 33% deles são pagos com verba governamental (mas apenas do Ministério da Saúde) e 13% são pagos por doadores (Figura 7.12).

Em países de alta renda, os gastos do próprio bolso com DNTs são menos comuns (OMS, 2014c). A disponibilidade de verbas governamentais para as DNTs também varia substancialmente entre os países. Em países de alta e média renda, as verbas governamentais para a prevenção e controle das DNTs geralmente excede o financiamento para outras necessidades de saúde, uma vez que as DNTs são o principal ônus em termos de saúde. Mas governos de países de renda baixa e média-baixa têm, até o presente, alocado muito poucas verbas para a prevenção e o controle das DNTs, inclusive para as necessidades relativas à nutrição (OMS, 2015b). Enquanto metade de todos os países custearam planos para combater as DNTs (ver OMS, 2012a, fig. 4), poucos países realmente acompanham os gastos governamentais em todo o orçamento. Para melhor entender a totalidade dos gastos governamentais em DNTs e o componente relativo à nutrição, será essencial assumir o compromisso de realizar análises dos gastos públicos com DNTs. Isto promoverá a eficiência, a eficácia e a responsabilização no momento de se efetuarem tais gastos.

FIGURA 7.12 Fontes dos gastos com doenças cardiovasculares, média de oito países de baixa renda



Fonte: autores, bancos de dados nos relatórios das contas de saúde dos países publicados pelo Bancos de Dados de Gastos com Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016w).

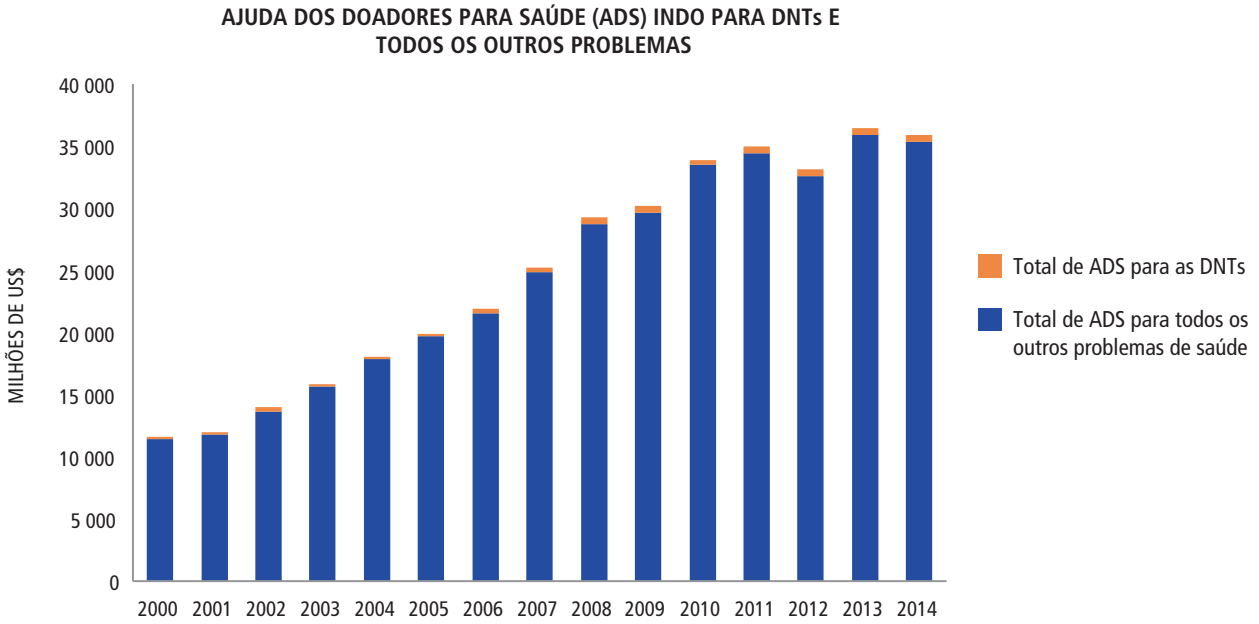
Observações: Os países incluídos são Benim, Burquina Faso, Burundi, Camboja, Níger, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia e Togo. Foram incluídos três tipos de gastos em saúde para obter os números das contas nacionais de saúde. Esses gastos são destinados (por exemplo, gastos com controle de TB (tuberculose), medicamentos e mercadorias específicas); gastos compartilhados (como salários) distribuídos entre as doenças usando as informações de utilização; e distribuição proporcional dos gastos não diretamente alocáveis, como a administração central de saúde (por exemplo, salário do Ministro da Saúde). Isto cria uma forma padronizada de alocação de gastos compartilhados para todas as doenças, assegura estimativas consistentes internamente e minimiza iniciativas de coleta de múltiplos dados paralelos nos países, o que é muito trabalhoso.

Fundos de doadores para todas as DNTs

Os fundos provenientes de doadores podem ser um importante catalisador para o financiamento nacional das DNTs, mas eles não devem substituir as providências nacionais. Como veremos nesta seção, os fundos provenientes de doadores para as DNTs são baixos. Dain (2015, 924) observa que as "DNTs (quais sejam, o câncer, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes) causam 49,8% das mortes e deficiências nos países de renda baixa e média". Aliás, uma análise recente concluiu que as organizações não governamentais proporcionam, em conjunto, mais ajuda para as DNTs do que os doadores bilaterais e quase tanto quanto os organismos multilaterais (Nugent e Feigl, 2010).

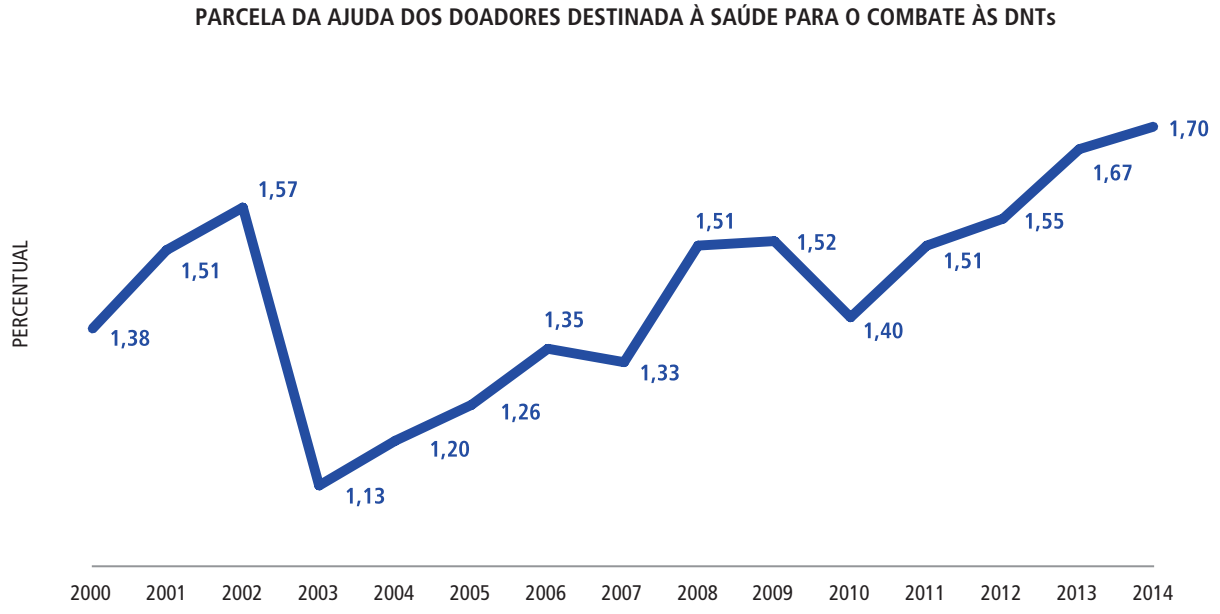
A Figura 7.13 mostra as estimativas mais recentes de assistência ao desenvolvimento para todos os problemas de saúde e, especificamente, para as DNTs. A ajuda ao desenvolvimento para todos os problemas de saúde, fora as DNTs, tem crescido

FIGURA 7.13 Assistência dos doadores para todos os problemas de saúde e para as DNTs, 2000–2014



Fonte: autores, com base nos dados do IHME descritos por Dieleman et al. (2014).

Observação: Os "outros problemas de saúde" correspondem a sete áreas de foco: HIV/AIDS; malária; tuberculose; apoio ao setor de saúde; saúde materna, neonatal e infantil; controle e prevenção do uso do tabaco e outras.



Fonte: autores, com base nos dados do IAMS descritos por Dieleman et al. (2014).

significativamente desde 2000; ao passo que o pequeno percentual de ajuda ao desenvolvimento relacionada com a saúde e destinado às DNTs tem aumentado lentamente, atingindo 1,7% em 2014, ou US$ 611 milhões (Dieleman et al., 2014). É importante observar que as condições relacionadas com a nutrição são apenas um dos componentes das DNTs.

Fundos de doadores para as DNTs relacionadas com a nutrição

Como observamos, o IHME estima que os doadores alocaram US$ 611 milhões (ou 1,7% de toda a assistência de saúde para o desenvolvimento) para as DNTs em 2014. Contudo, nem tudo foi alocado para as DNTs relacionadas com a nutrição e nem tudo o que foi alocado para as DNTs relacionadas com a nutrição foi para o setor da saúde.

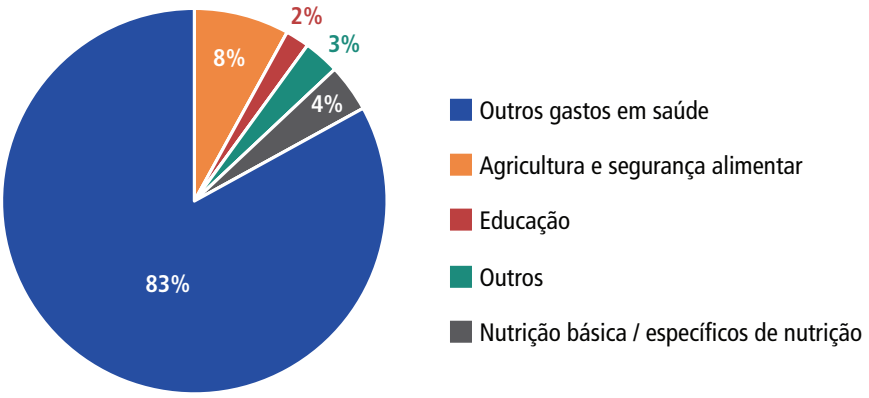
Aqui começamos uma análise de dados de ajuda pública ao desenvolvimento (APD) relacionada com as DNTs ligadas à nutrição. No momento, não há um código no Sistema de Notificação de Países Credores para rastrear a APD destinada às DNTs.[15] Embora haja discussões em andamento para melhorar o sistema de rastreio de DNTs através do SNPC, ele continua combinando o financiamento de todas as formas de DNTs, ao invés de só analisar as alocações feitas apenas para os aspectos nutricionais das DNTs (dieta pouco saudável, obesidade e as consequências das doenças em si). A capacidade de rastrear os gastos dos doadores relacionados com as DNTs exige eficiência e eficácia, mas também responsabilização. Para começar a eliminar esta lacuna, realizamos uma busca em todo o conjunto de dados do SNPC para identificar quaisquer atividades relativas às DNTs relacionadas com a nutrição e para produzir uma estimativa do financiamento das DNTs relacionadas com a nutrição em 2014.[16]

Dos 441 registros originalmente identificados através da busca de palavras, 153 foram considerados relevantes com base em uma análise das informações relatadas. Essas 153 atividades tiveram um gasto total associado de US$ 49,1 milhões (em desembolsos de APD) e compromissos de US$ 44,7 milhões. Isto representa uma fração minúscula do total de desembolsos de APD, que foi de US$ 135,2 bilhões em 2014 (OCDE 2015) e de 5% dos gastos de CAD da OCDE em intervenções específicas para a nutrição (Figura 7.9).

Os principais doadores desses fundos foram os Estados Unidos e a Austrália, desembolsando US$ 14,3 milhões e US$ 13,5 milhões, respectivamente. Esses fundos foram desembolsados para pelo menos 55 países diferentes. Os principais destinatários foram o Quênia e Fiji, que receberam US$ 14,8 milhões e US$ 7,9 milhões, respectivamente. A maioria dos registros (86% dos desembolsos) foi informada para o setor de saúde, sendo que US$ 2,1 milhões do que foi desembolsado foram gastos em projetos com o código "nutrição básica", que representa gastos específicos de nutrição. Outros gastos relacionados com as DNTs foram identificados entre os projetos relacionados com a agricultura, a segurança alimentar e a educação (Figura 7.14).

O descompasso entre a assistência dos doadores destinada à saúde e o ônus das doenças é bem conhecido (Dieleman et al., 2014). Com base nesta comparação, os fundos de doadores que vão diretamente para as DNTs não têm muita força, mesmo nos países de baixa renda. A curto prazo, os defensores da nutrição precisam encontrar formas de incorporar os programas de DNTs relacionados com a nutrição em áreas que atualmente são prioridades para os doadores. Um exemplo é a ênfase crescente na integração do combate às DNTs ao atendimento de saúde básico (Pettigrew et al., 2015).

FIGURA 7.14 Gastos de APD com DNTs relacionadas com a nutrição, por setor, 2014



Fonte: Development Initiatives, com base na OCDE (2016a).

Observação: Os valores baseiam-se nos desembolsos de assistência pública ao desenvolvimento em 2014.

CHAMADOS À AÇÃO

1. **Aumentar as dotações orçamentárias destinadas a programas específicos de nutrição.** De acordo com as análises relatadas no Capítulo 7, os governos e os doadores devem triplicar suas alocações em intervenções de alto impacto que abordem atraso no crescimento, emaciação, anemia e aleitamento materno exclusivo entre 2016 e 2025, para atender às metas globais.
2. **Aumentar as dotações orçamentárias para combate à obesidade e a doenças não transmissíveis relacionadas com a nutrição.** A política e as intervenções de financiamento da obesidade e de doenças não transmissíveis relacionadas com a nutrição representam uma pequena fração dos gastos dos orçamentos governamentais e da ajuda internacional. Os governos devem custear seus planos para combater doenças não transmissíveis conforme os desenvolvem, e os financiadores devem dar apoio a esses planos.
3. **Expandir a percentagem dos orçamentos setoriais que visam melhorar o status nutricional.** Os governos, a sociedade civil e as agências de desenvolvimento devem intensificar os seus esforços para fazer um percentual maior dos orçamentos em agricultura, educação e sistema alimentar, sistemas de saúde, assistência social e ASH voltarem-se mais diretamente para a melhoria de todas as formas de nutrição. Esses orçamentos são grandes, mas apenas uma pequena fração deles se destina explicitamente à nutrição. Uma primeira etapa essencial é definir uma linha de referência e uma meta de gastos SMART em cada setor. Os países que têm liderado o caminho em matéria de orçamento para a melhoria da nutrição poderiam dar o exemplo novamente, emitindo relatórios sobre o progresso em relação a tais metas no *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2017*.
4. **Todas as partes interessadas devem acompanhar todos os seus gastos em nutrição de forma mais consistente.** Os doadores, dado o seu papel catalisador e a sua capacidade relativamente forte, precisam prestar contas sobre o andamento de seus compromissos (e dos seus desembolsos), ligados a financiamentos específicos de nutrição. Eles também devem prestar contas sobre os compromissos e os desembolsos referentes a programas sensíveis à nutrição dos setores sociais e de desenvolvimento mais amplos que afetam a nutrição, a cada ano, usando a mesma metodologia, começando a fazer isso no *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2017*.
5. **Fazer os códigos do Sistema de Notificação de Países Credores funcionarem melhor para a responsabilização pela nutrição.** Até 2020, quando será realizada a Cúpula N4G, o banco de dados do Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico deve desenvolver códigos para gastos em ajuda em projetos de subnutrição sensíveis à nutrição e em projetos de doenças não transmissíveis relacionadas com a nutrição.

8 COMO MEDIR O PROGRESSO NO CUMPRIMENTO DAS METAS

PRINCIPAIS CONCLUSÕES

Este capítulo se concentra na desagregação dos dados: o que ela nos revela sobre as áreas onde devemos concentrar nossos esforços e quais as possibilidades de coleta e utilização dos dados desagregados

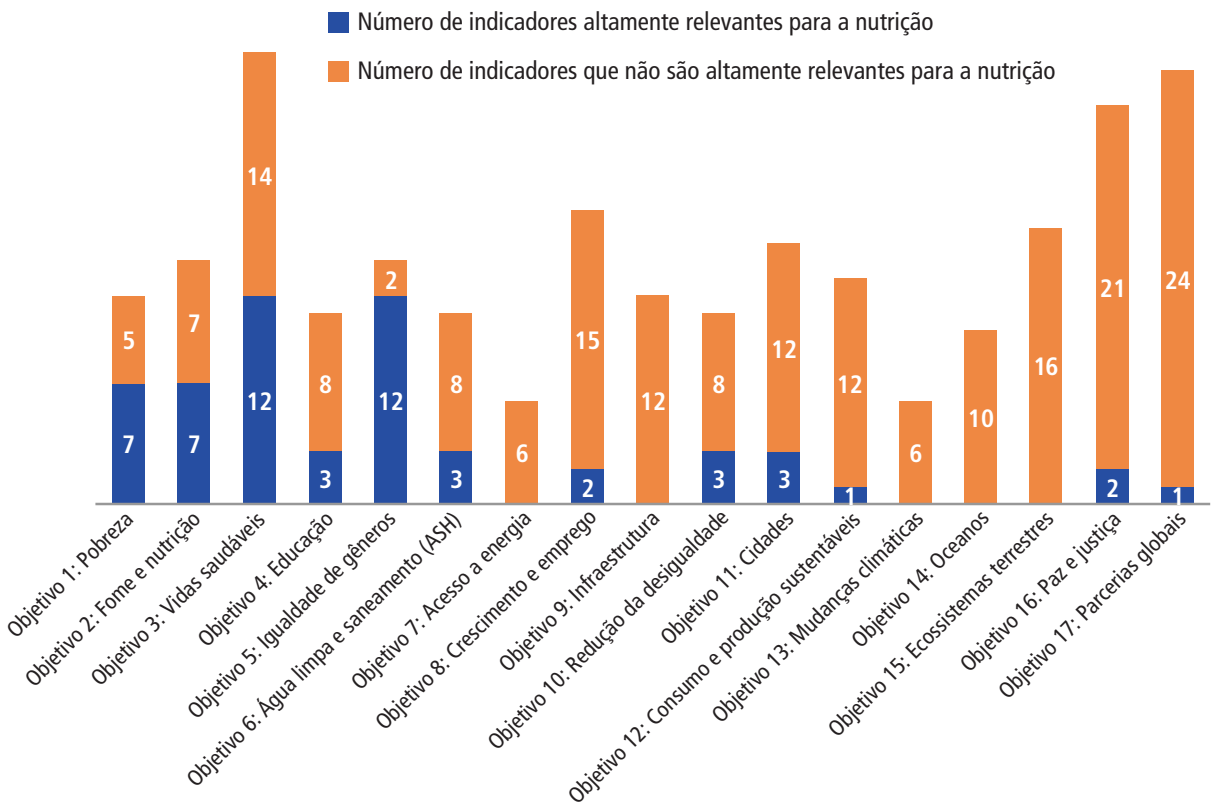
- Dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs), 12 contêm indicadores altamente relevantes para a nutrição. Isto significa que aqueles que advogam a responsabilização pela nutrição devem concentrar seus esforços muito além do ODS 2.
- Os dados desagregados de países identificam subgrupos que frequentemente têm maior tendência à desnutrição. Por exemplo, mães com 18 anos de idade ou menos têm maior probabilidade de terem filhos com atraso no crescimento. Os filhos, por outro lado, têm menor probabilidade de apresentarem atraso no crescimento se suas mães tiverem diploma do ensino médio. Em muitos países, até mesmo o quintil mais rico da população apresenta taxas de atraso no crescimento de 20% ou mais.
- Os dados internos dos países podem ajudar a concentrar os gastos com nutrição onde eles são mais necessários. Os dados mostram grandes variações no atraso no crescimento dentro dos países, onde várias regiões subnacionais apresentam taxas de atraso no crescimento três vezes maiores do que a região com a menor taxa.
- A obtenção de mais dados desagregados é limitada pela demanda, pela capacidade, pelo contexto e pelo custo. Alguns países estão cogitando a medição de indicadores prioritários mais realistas e a medição de um conjunto mais amplo de indicadores a nível regional. Outros estão procurando combinar pesquisas diferentes para identificar tendências e indicar intervenções.
- Quase 60 milhões de pessoas se deslocaram devido a conflitos, mas há poucos dados sobre seu acesso a serviços ou sobre o seu status nutricional. Elas geralmente não são levadas em consideração nos planos nacionais de nutrição.
- A prevalência do atraso no crescimento e da emaciação é maior nos 50 países classificados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico como "países frágeis". Nós não temos conhecimento suficiente sobre as tendências de má nutrição nesses países, portanto não podemos enfrentar esse desafio de uma forma tão eficiente quanto de outra forma poderíamos.

PARA ORIENTAR, ACOMPANHAR E APRENDER COM NOSSOS ESFORÇOS PARA A REDUÇÃO DA SUBNUTRIÇÃO, PRECISAMOS DE DADOS CONFIÁVEIS, ATUAIS E ÚTEIS SOBRE OS INSUMOS E resultados da nutrição. Na era dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), a quantidade de dados disponíveis para avaliação do progresso do desenvolvimento aumentou rapidamente graças às pesquisas formais, aos dados administrativos, aos registros civis e aos telefones celulares (ONU, 2014b; Banco Mundial e OMS, 2014).

Ao entrarmos na era dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs), a adoção desses objetivos já fomentou bastante discussão sobre a amplitude e a profundidade dos dados necessários para uma revolução de dados visando o desenvolvimento (por exemplo, Banco Mundial, 2015b). No contexto da nutrição, vários novos relatórios, como, por exemplo, o IFPRI (2014, 2015a); o Painel Global sobre Agricultura e Sistemas Alimentares para a Nutrição (2015) e as iniciativas começaram a tratar desses assuntos. Eles estão estruturando o suporte ao acesso aberto (como a GODAN: Iniciativa Global de Dados Abertos em Agricultura e Nutrição), para a implantação de capacidade baseada em métricas e métodos (como IMMANA - Métodos e Métricas Inovadores para as Ações de Nutrição e Agricultura), reutilização e interoperabilidade de dados (por exemplo, Responsabilização pelo ODS 2) e utilização de novas tecnologias (por exemplo, a mNutrition).

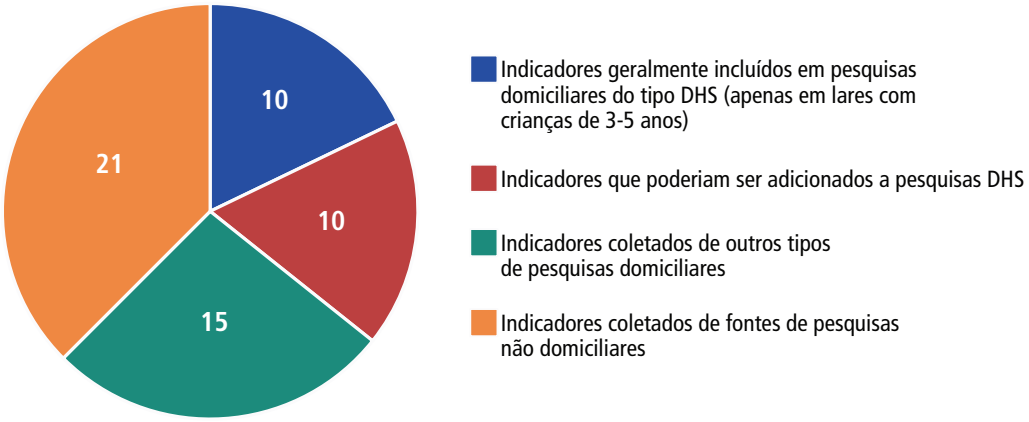
Este capítulo se baseia principalmente na desagregação de dados. Escolhemos esse domínio dos dados de nutrição por vários motivos. Como mencionamos no Capítulo 1, precisamos determinar com clareza em quais compromissos SMART (específicos, mensuráveis, atingíveis, relevantes e com prazos definidos) devemos nos concentrar. Isto significa que precisamos enxergar o que há por trás das médias nacionais. Além disso, o desafio dos ODSs é fazer com que todos os países se aproximem da prevalência zero da má nutrição (por exemplo, o Objetivo 2.2, "Até 2030, acabar com todas as formas de má nutrição"). Isto envolve melhorar o status nutricional de todos os grupos, por mais excluídos ou marginais

FIGURA 8.1 Número de Indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que são altamente relevantes para a nutrição, por objetivo



Fonte: autores.

FIGURA 8.2 Indicadores dos ODSs relevantes para a nutrição



Fonte: autores.

Observação: DHS = Pesquisa de Demografia e Saúde.

que sejam. Então, perguntamos, quais seriam as possibilidades de desagregação dos dados existentes? E quais as outras opções existentes para estimar o status da nutrição a níveis muito desagregados? Observamos com atenção os custos e os benefícios da desagregação de dados. Também damos atenção especial à nossa capacidade de monitorar o status nutricional de um grupo altamente vulnerável: as pessoas desalojadas devido a conflitos, cujo número aumentou rapidamente no ano passado para 60 milhões em todo o mundo.

Mas antes de examinarmos em profundidade os dados desagregados como uma forma de promover a responsabilização junto a diversas populações vulneráveis, vamos relembrar a variedade de indicadores que os ODSs nos incentivam a empregar quando acompanhamos os resultados e insumos da nutrição a todos os níveis.

INDICADORES RELEVANTES PARA A NUTRIÇÃO NOS ODSs

Ao pensarmos sobre a relevância dos ODSs para a nutrição, ficamos tentados a nos concentrar apenas no ODS 2 ("Acabar com a fome, obter a segurança alimentar e a melhoria da nutrição, e promover a agricultura sustentável") para obter indicadores que documentem os resultados e insumos da nutrição. De fato, o ODS 2 inclui três dos indicadores de subnutrição da Assembleia Mundial da Saúde: atraso no crescimento, emaciação e sobrepeso em crianças com menos de cinco anos de idade. No entanto, os ODSs oferecem muito mais oportunidades de responsabilização para aqueles que desejem acelerar as melhorias na nutrição.

Uma análise da relevância, para a nutrição, de todos os 242 indicadores propostos para os 17 objetivos (Apêndice 8, on-line) identificou 53 indicadores que servem como insumos da nutrição (de proximidade variável) e três que ajudam a descrever a situação da nutrição: 56 ao todo. Na Figura 8.1, pode-se ver a distribuição desses 56 indicadores pelos vários objetivos de desenvolvimento sustentável. Devemos observar que o ODS 2 só contém sete dos 56 indicadores. É importante observar que outros determinarão por si mesmos o que deve figurar no conjunto mais amplo de ODSs relacionados com a nutrição. Na verdade, quando a lista de indicadores dos ODSs estiver completamente definida, a comunidade de nutrição deverá desenvolver um consenso sobre os indicadores de nutrição que devem ser acompanhados mais de perto. A nova iniciativa Colaboração de Dados de Saúde (2016), com seus 100 indicadores principais de saúde (12 dos quais são resultados e práticas de nutrição listados como "fatores de risco"), pode vir a se tornar um modelo útil a ser seguido pela comunidade de nutrição para estabelecer um conjunto de indicadores consensual.

Os ODSs representam uma excelente oportunidade de fortalecer a responsabilização em relação à nutrição. Esta oportunidade precisa ser aproveitada. Os países precisam identificar seus próprios conjuntos amplos de indicadores de nutrição dos ODSs no contexto de processos a nível nacional, para fortalecer os planos de nutrição, definir objetivos nacionais e obter capacidade de avaliação do progresso rumo ao cumprimento de tais objetivos.

Os dados sobre os indicadores de nutrição dos ODSs vêm de uma grande variedade de fontes. Alguns deles são encontrados nas principais fontes de dados de nutrição: as Pesquisas de Demografia e Saúde (DHSs) e as Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos (MICSs); mas não se pode necessariamente contar com estas pesquisas para tratar de muitos outros indicadores.

A Figura 8.2 divide os 56 indicadores da Figura 8.1 em quatro categorias: (1) os tipicamente incluídos nas DHSs; (2) os que poderiam ser adicionados às DHSs; (3) os que são coletados por outras pesquisas domiciliares; e (4) os que são coletados

PAINEL 8.1 ESTUDO DE CASO DA DHS CONTÍNUA NO PERU

MONICA KOTHARI E SHEA RUTSTEIN

O Peru foi o primeiro país a adotar a Pesquisa de Demografia e Saúde Contínua (DHS contínua). A DHS é identificada como uma pesquisa contínua (CS) quando é realizada anualmente. Esta CS substituiu a DHS padrão no Peru, que era realizada entre cada três e cinco anos. A CS visava atender a duas das necessidades manifestadas pelo Peru. Em primeiro lugar, o país precisava atender a uma demanda crescente de dados que estivessem disponíveis com uma frequência maior do que o típico intervalo padrão de cinco anos entre as DHSs, para que o progresso dos programas de saúde junto à população fosse monitorado de forma mais eficaz. Em segundo lugar, era necessário institucionalizar a capacidade de realizar DHSs.

A CS do Peru começou com uma amostragem de 6.000 domicílios em 2004 (ciclo 2004-2007) e agora expandiu-se para uma amostragem de cerca de 40.000 domicílios. Na etapa de 2008, o governo do Peru queria aumentar o tamanho da amostragem, para obter estimativas a nível subnacional (de província) todos os anos. A Iniciativa de Nutrição Infantil, iniciada no governo do Presidente Alan Garcia, exigiu dados antropométricos de todas as províncias em 2008. Mais ou menos na mesma época, o Ministério das Finanças começou a adotar diretrizes de "governo por resultados", que exigiam dados provinciais coletados anualmente para implantação. Para contemplar essa necessidade de dados, o Congresso do Peru aprovou, e continua aprovando, recursos de cerca de US$ 2,5 milhões para a realização da CS todos os anos. Portanto, com o passar dos anos, houve um forte comprometimento político no sentido de apoiar a coleta desses dados e a emissão de relatórios da pesquisa, do gabinete presidencial para as divisões políticas inferiores.

A CS peruana está atualmente em seu 11º ciclo. Há uma unidade de CS permanente estabelecida no Instituto Nacional de Estatística e Informática (INEI); e o INEI tem, em sua equipe, vários funcionários do governo peruano dedicados em tempo integral à pesquisa. Esta unidade tem apresentado pouquíssima troca de integrantes da equipe.

Os benefícios financeiros da institucionalização das DHSs em um país são claros: o país não fica mais dependente de financiamentos imprevisíveis de doadores, nem do estabelecimento de prioridades. A institucionalização também permite que se mantenham equipes dedicadas em tempo integral às DHSs, em vez de gastar recursos em treinamento e retenção de equipes temporárias de tantos em tantos anos. Além disso, a CS tem o potencial de gerar dados de maior qualidade, uma vez que as equipes permanentes têm muito mais a perder se deixarem de seguir os padrões de desempenho do que equipes temporárias. Também presume-se que a qualidade dos dados seja melhor no modelo de CS, pois o modelo permite a rápida identificação e correção dos erros. Devido a ciclos de coleta de dados mais frequentes no modelo de CS, o projeto de CS pode ser mais flexível e sensível às necessidades dos usuários em termos de informações especiais. Além disso, dados atualizados são disponibilizados mais frequentemente com o modelo de CS.

No entanto, há diversos desafios potenciais associados ao modelo de CS. A integração da CS em infraestruturas organizacionais existentes pode ser difícil, especialmente em casos em que a equipe atual tenha pouco tempo extra para se dedicar a atividades adicionais. O projeto de CS é mais complexo e exige mais suporte técnico do que projetos comuns de DHS. Também pode ser difícil garantir um fluxo consistente de financiamento para o modelo de CS. Além disso, realizar pesquisas todos os anos em situações de campo difíceis pode resultar em esgotamento da equipe. E, finalmente, pode haver exigências de dados que não possam ser facilmente acomodadas dentro do projeto de CS (Rutstein e Way, 2014).

de fontes que não são pesquisas domiciliares.[1] Como mostra a Figura 8.2, menos de um quinto dos indicadores relevantes para a nutrição dos ODSs se incluem em uma DHS típica. Uma proporção semelhante se inclui nas MICSs. Claramente, a coleta de dados de nutrição relativa aos ODSs terá de ser feita em um amplo conjunto de fontes. De fato, um dos indicadores dos ODSs é a proporção do total de indicadores dos ODSs produzida a nível nacional. Portanto, um bom indicador de responsabilização para a comunidade de nutrição acompanhar é a proporção de indicadores totais dos ODSs relevantes para a nutrição produzidos a nível nacional.

Reconhecendo que muitos desses indicadores dos ODSs ainda não existem, contamos apenas cerca de 15 dos 56 indicadores de nutrição dos ODSs nos perfis de nutrição dos países do *Relatório sobre a Nutrição Global*;[2] e iremos, dessa maneira, reavaliar os perfis de nutrição dos países para o *Relatório sobre a Nutrição Global de 2017* com base no conjunto de indicadores dos ODSs, explorando as possibilidades de maior alinhamento entre os dois.

Se o processo de relatório dos ODSs seguir os dos ODMs, haverá emissão de relatórios anuais sobre os indicadores dos ODSs. A coleta anual de dados (especialmente dados baseados em pesquisas domiciliares) é uma atividade bem demorada. O Peru proporciona um valioso exemplo dos benefícios e dos custos da institucionalização da coleta anual de dados de pesquisas de nutrição (Painel 8.1).[3] Teoricamente, o Peru nos oferece um modelo de instituição autossustentável de coleta e divulgação de dados. Realisticamente falando, porém, como indica o painel, tem sido difícil encontrar os recursos necessários para reproduzir este modelo em outros locais.

DESAGREGAÇÃO DE DADOS DE ATRASO NO CRESCIMENTO DAS DHSs

O preâmbulo da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, na qual os líderes mundiais anunciaram os ODSs, diz: "Estamos decididos a libertar a raça humana da tirania da pobreza e da carência, e a curar e proteger o nosso planeta. Estamos determinados a adotar as medidas ousadas e transformadoras que são urgentemente necessárias para direcionar o mundo para um caminho sustentável e resiliente. Ao encetarmos esta jornada coletiva, *assumimos o compromisso de não deixar ninguém para trás*". (ONU, 2015, grifo nosso).[4]

Esta seção descreve alguns padrões subnacionais nas taxas de atraso no crescimento em conjuntos de dados das DHSs. Fazemos isto para destacar as grandes variações nas taxas de má nutrição em virtude de riqueza, escolaridade, idade da mãe no momento do nascimento dos filhos, residência e sexo. Os dados estão sintetizados nas Figuras de 8.3 a 8.7.[5] Essas pesquisas constituem as DHSs desagregadas mais recentes disponíveis para cada país. A análise tem a vantagem de contar com a disponibilidade de dados mais recentes do que as análises de Black et al. (2013) e Bredenkamp et al. (2014). Além disso, ordenamos os dados de formas diferentes, para os analisarmos conforme novas perspectivas.

- **Riqueza:** A Figura 8.3a compara as taxas de atraso no crescimento em função dos quintis mais alto e baixo de riqueza. Os padrões são similares aos observados em Black et al. (2013). Ordenamos os países por taxa de atraso no crescimento no quintil mais alto de riqueza. Como era esperado, as taxas de atraso no crescimento são menores nesse quintil, mas, mesmo assim, os níveis na faixa dos 20% dos domicílios mais ricos podem ser altos (por exemplo, no Timor-Leste, em Madagascar, no Burundi, no Malawi, no Níger e na Etiópia). Muitos países têm taxas de atraso no crescimento de mais de 20% em crianças que estão no quintil mais alto de riqueza domiciliar. Isto se deve, em parte, ao fato de que os países têm baixa renda, de modo que até mesmo os domicílios no quintil mais alto são bastante pobres. Mas também se deve ao fato de que a correlação entre renda e atraso no crescimento não é tão forte quanto geralmente se pensa (Ruel e Alderman, 2013). Os líderes dos países que estão à esquerda, nesta figura, não devem pressupor que seus domicílios relativamente mais ricos sejam capazes de combater o atraso no crescimento.

  A Figura 8.3b ordena os países pelo tamanho da diferença na prevalência de atraso no crescimento entre os quintis mais alto e mais baixo de riqueza. A existência de uma grande diferença indica desigualdade em um país. Todos os países devem se esforçar para garantir oportunidades iguais de acesso a bons insumos de nutrição para todas as pessoas. Várias abordagens são delineadas em Chopra et al. (2012) quanto à abrangência dos programas de saúde e nutrição, e em Haddad (2015) quanto a intervenções de combate à pobreza.

- **Localização rural/urbana:** A Figura 8.4 compara as taxas de atraso no crescimento de crianças de áreas urbanas com a de crianças de localidades rurais. Novamente, os padrões são semelhantes aos observados em Black et al. (2013). Crianças de ambientes rurais apresentam maiores taxas de atraso no crescimento; mas, em 13 países, até mesmo crianças de áreas urbanas têm taxas de atraso no crescimento de 30% ou mais. A figura classifica os países de acordo com a diferença entre as áreas rurais e urbanas; vários países que estão do lado esquerdo desta figura também estão do lado esquerdo da Figura 8.3b, o que reflete um conjunto similar de desigualdades, manifestadas, desta vez, entre áreas urbanas e rurais.

- **Idade da mãe no momento do nascimento do filho:** A Figura 8.5 mostra a prevalência de atraso no crescimento de crianças com menos de cinco anos, de acordo com a idade da mãe no momento em que estas crianças nasceram. A baixa idade da mãe no momento do nascimento dos filhos é um fator de risco para o nascimento de bebês pequenos demais (Kozuki et al., 2013). Comparamos a prevalência de atraso no crescimento em crianças com menos de cinco anos com mães que tinham menos de 18 anos de idade no momento do nascimento, com a prevalência de atraso de crescimento em crianças com menos de cinco anos de idade com mães que tinham 18 anos ou mais no momento do nascimento. Em alguns países, a diferença entre os dois grupos é impressionante. Em Gana e Uganda, a diferença nas prevalências de atraso no crescimento chega a quase 20 pontos percentuais; e, em mais de metade dos países, a diferença é maior do que cinco pontos percentuais.

- **Escolaridade da mãe:** Vimos no Capítulo 1 que o empoderamento das mulheres é essencial para acabar com a má nutrição, e que a escolaridade é um importante fator de empoderamento. A Figura 8.6 compara taxas de atraso no crescimento em relação a níveis opostos de escolaridade da mãe (nível superior, ou seja, além do ensino médio, e sem educação formal). As diferenças nas taxas de atraso no crescimento entre os dois níveis opostos de escolaridade são maiores do que as diferenças em níveis de riqueza das Figuras 8.3, o que enfatiza o alto valor da escolaridade das meninas para o status nutricional de seus filhos. Mas ter um nível de escolaridade superior ao ensino médio não garante a diminuição das altas taxas de atraso no crescimento: em oito países, taxas de atraso no crescimento de 20% ou mais ocorrem entre mães com escolaridade superior ao ensino médio

- **Sexo da criança:** A Figura 8.7 apresenta dados de atraso no crescimento de acordo com o sexo da criança. Em quase todos os países, as taxas de atraso no crescimento para o sexo masculino são maiores do que para o sexo feminino, mas as diferenças são pequenas, se comparadas às de outros fatores estratificadores.[6] Como mostra o Painel 8.2, embora não haja grande disparidade de gênero nas taxas de atraso no crescimento para crianças com menos de cinco anos, à medida que os meninos e as meninas vão ficando mais velhos, essa disparidade fica mais aparente. Não há grande disparidade de acordo com o sexo em crianças de menos de cinco anos com sobrepeso (Figura 8.8), nem entre as que foram exclusivamente amamentadas (Figura 8.9).

As pesquisas domiciliares podem ser usadas para explorar e identificar diferenças nos resultados de acordo com o grupo étnico,

PAINEL 8.2 NUTRIÇÃO E EXCLUSÃO

MARIE RUMSBY, KATHERINE RICHARDS, FAIZA SHAHEEN, JONATHAN GLENNIE, AMANDA LENHARDT E JOSE MANUEL ROCHE

Muitos países têm demonstrado que é possível combater a má nutrição. Mesmo assim, para milhões de crianças que ainda sofrem com a má nutrição, o progresso não chegou de forma suficientemente rápida ou igualitária. Um relatório recente (Shaheen et al., 2016) mostra como certos grupos estão sendo deixados para trás no início de uma era em que o compromisso dos líderes mundiais é o de "não deixar ninguém para trás".

Nossa pesquisa (incluindo dados do banco de dados GRID[1] da organização Save the Children) mostra que os resultados em termos de saúde e chances de sobrevivência das crianças são menores do que a média se elas forem meninas, refugiadas, desalojadas ou portadoras de deficiências; ou se forem de uma área em desvantagem de um país; ou se pertencerem a uma etnia excluída. Essas crianças não são apenas pobres, mas sofrem discriminação, e não podem se manifestar de nenhuma forma sobre as decisões que afetam suas vidas. As constatações incluem:

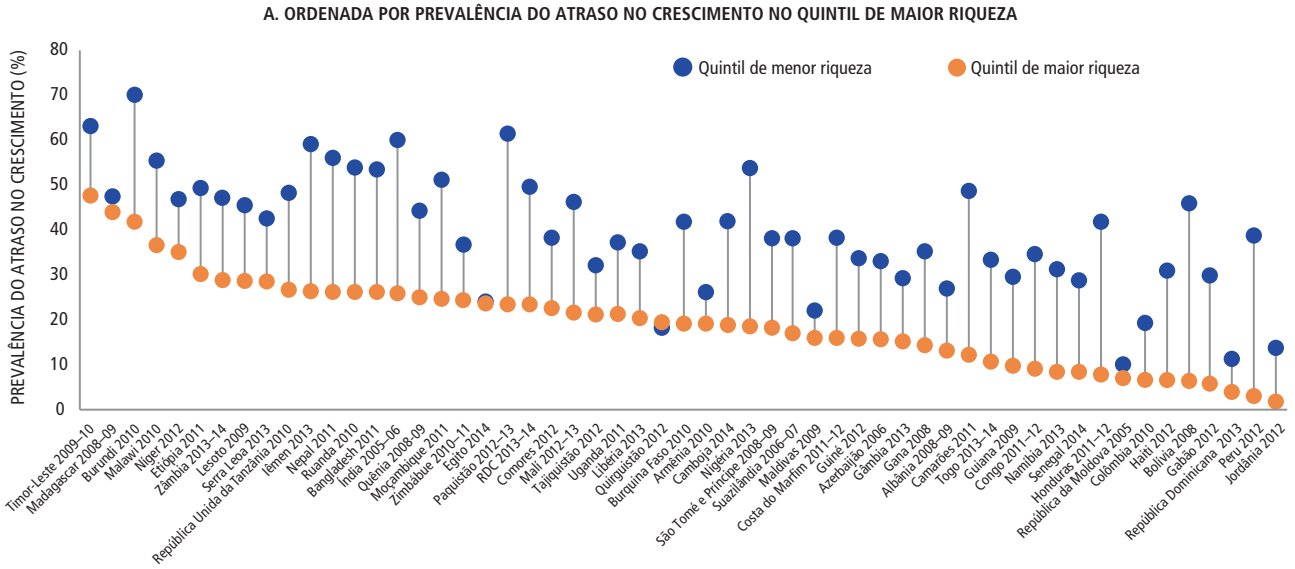
- A desigualdade nas taxas de atraso no crescimento entre regiões internas dos países está aumentando 52% nos países para os quais temos dados (Shaheen et al., 2016).
- Em Gana, a população de etnia Gurma tem três vezes e meia mais chances de sofrer atraso no crescimento do que as populações Ga e Dangme. A diferença aumentou em relação a 2008, quando havia duas vezes mais chances.
- No Vietnã, as taxas de má nutrição são quase quatro vezes maiores entre etnias minoritárias do que entre a população da maioria Kihn (GSO 2011).
- Uma criança que viva na remota Região Noroeste da Nigéria (onde as taxas de atraso no crescimento são de cerca de 55%) tem quase quatro vezes mais chances de sofrer com a má nutrição do que uma criança da Região Sudoeste (Shaheen et al., 2016).
- É comum constatar-se alta incidência de má nutrição entre crianças portadoras de deficiências; além disso, costumam também ser altos os seus índices de atraso no crescimento e emaciação (AbdAllah et al., 2007). Por exemplo, crianças com paralisia cerebral podem ter até três vezes mais chances de apresentarem peso abaixo do normal do que as crianças sem deficiências (Tuzun et al., 2013).

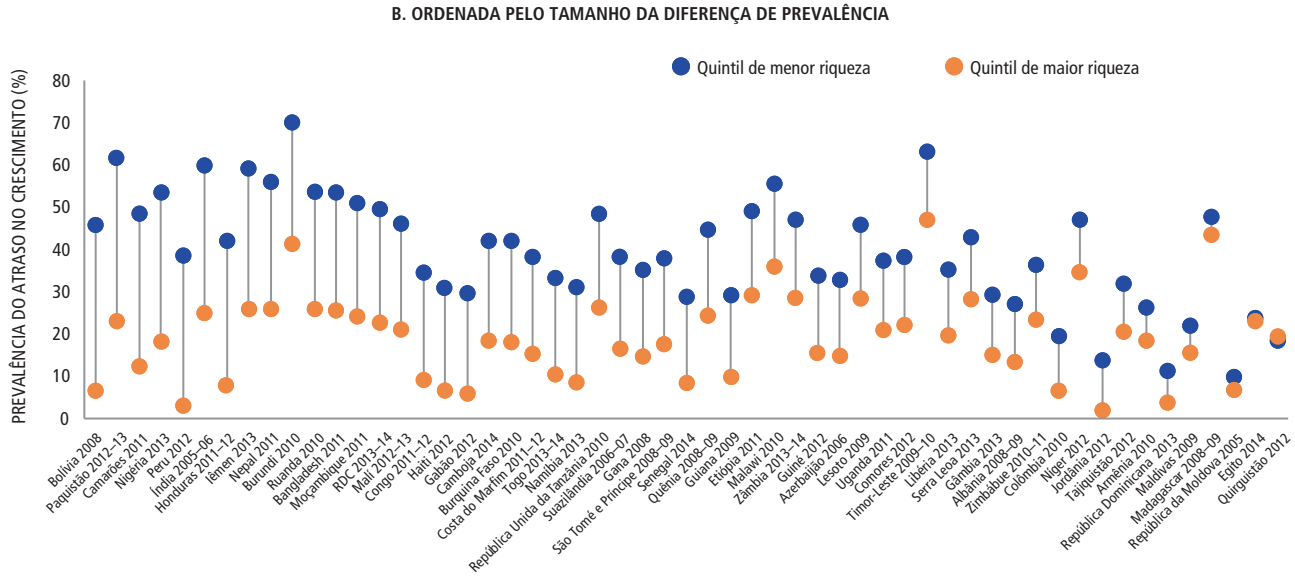
O que há por trás dessas estatísticas?

- Etnia: indicadores ruins de saúde e nutrição entre etnias carentes são comuns, especialmente entre povos nativos. Entre as barreiras comumente citadas estão a falta de saneamento, distribuição desigual de renda e pouco acesso à educação, como se pode ver nos casos do Brasil (Ferreira et al., 2012) e da África do Sul (Gradin, 2015).
- Deficiências: Muitos tipos de deficiência podem ser causados por má nutrição devido à falta de micro ou macronutrientes, ou por exposição a altas concentrações de antinutrientes, ou seja, as toxinas presentes nos alimentos, como as da mandioca manuseada de forma incorreta, que podem levar a danos neurológicos permanentes (Groce et al., 2013; Kuper et al., 2014). Deficiências também podem levar à má nutrição, devido a um menor consumo de nutrientes, a uma maior perda dos nutrientes e a uma necessidade de consumir mais nutrientes do que o normal, o que pode colocar as crianças em risco de ter outras complicações (Gradin, 2015).
- Crianças em movimento: o deslocamento de pessoas, no mundo inteiro, está no mais alto nível já registrado, com um número estimado de 59,5 milhões de pessoas (em 2014) desalojadas à força, devido a perseguições, a conflitos, a violência generalizada ou a violações dos direitos humanos (ACNUR, 2014b). Os refugiados apresentam alta incidência de má nutrição e anemia; doenças não transmissíveis tratáveis, exacerbadas pela falta de acesso a remédios comuns; e doenças infecciosas, entre elas hepatite A e B e parasitoses (Langlois et al.,2016).
- Gênero: o tratamento preferencial com base no gênero pode resultar em diferentes práticas de distribuição e consumo de alimentos. No Quênia, constatou-se que uma maior influência do gênero na distribuição de comida nos domicílios levava a mais atraso no crescimento, à má nutrição e a doenças infecciosas nas meninas (Ndiku et al. 2011). No mundo inteiro, embora não haja grandes disparidades de gênero nas taxas de atraso no crescimento de crianças com menos de cinco anos (Shaheen et al., 2016), à medida que os meninos e meninas vão ficando mais velhos, as disparidades ficam mais aparentes (Bhutta e Zlotkin, 2014). Até metade das meninas adolescentes apresentam atraso no crescimento em alguns países (Black et al., 2013). As mulheres são particularmente vulneráveis à má nutrição, por causa da alta necessidade de nutrientes durante a gravidez e a lactação e da desigualdade de gêneros entre populações pobres (Delisle, 2008). Em alguns cenários, altas taxas de gravidez na adolescência e casamentos precoces podem contribuir ainda mais para as disparidades.

nível de deficiência e histórico de desalojamento dentro do país ou internacional. O Painel 8.2 destaca os resultados de um relatório recente que usa dados de DHSs e MICSs para este fim. Os autores do painel argumentam que a responsabilização para com grupos excluídos, de acordo com os ODSs, deve ser bem mais abrangente do que a ditada pelos ODMs. Os governos têm a responsabilidade humanitária de garantir uma coleta de informações suficientemente desagregada e transparente, para que se possa entender quais os grupos que podem estar excluídos e como eles se encontram excluídos. Assim será possível elaborar políticas e soluções sob a forma de programas que incluam todos os grupos sociais e econômicos, e remediar tal exclusão em qualquer contexto.

FIGURA 8.3 Prevalência do atraso no crescimento em crianças com menos de cinco anos de acordo com o quintil de riqueza

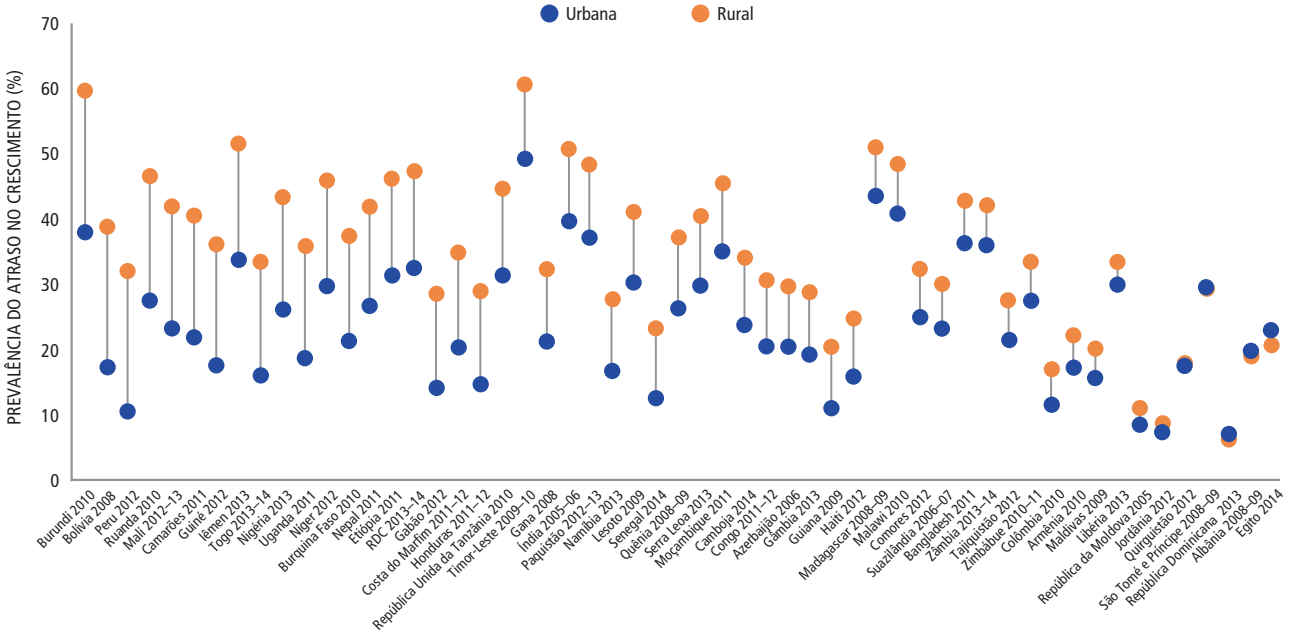




Fonte: autores, com base em dados e análises de Monica Kothari, Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), 2005-2015.

Observação: Pode haver discrepância em relação aos dados dos relatórios de DHSs, devido a transformações posteriores feitas pela equipe de DHS. Todas as categorias de prevalência têm $n > 50$. RDC = República Democrática do Congo.

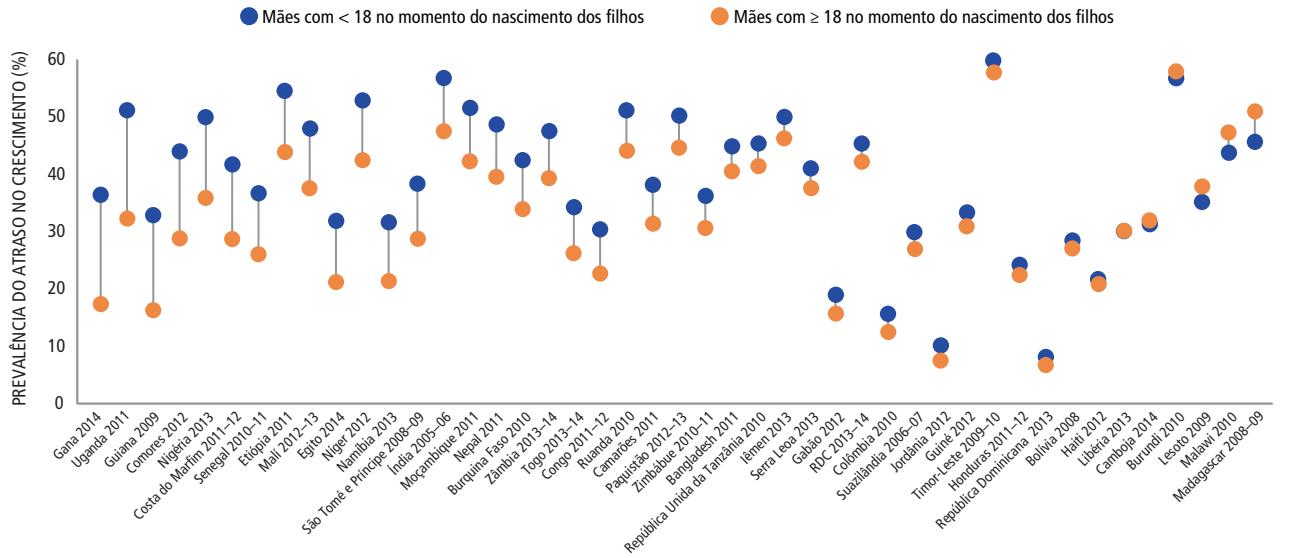
FIGURA 8.4 Prevalência do atraso no crescimento em crianças com menos de cinco anos, área urbana ou rural, ordenada pelo tamanho da diferença



Fonte: autores, com base em dados e análises de Monica Kothari, Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), 2005–2014.

Observação: Pode haver discrepância em relação aos dados dos relatórios de DHSs, devido a transformações posteriores feitas pela equipe de DHS. Todas as categorias de prevalência têm $n > 50$. RDC = República Democrática do Congo.

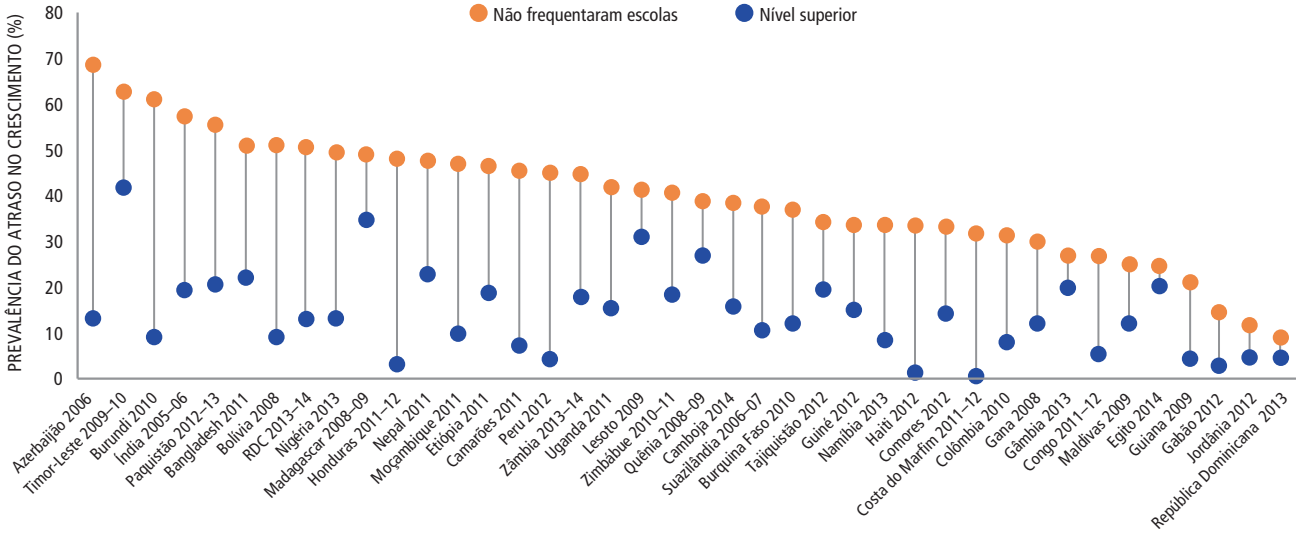
FIGURA 8.5 Prevalência do atraso no crescimento em crianças com menos de cinco anos de acordo com a idade da mãe no momento do nascimento das crianças, ordenada pelo tamanho da diferença



Fonte: Os autores, com base em dados e análises de Monica Kothari, Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), 2005–2014.

Observação: Pode haver discrepância em relação aos dados dos relatórios de DHSs, devido a transformações posteriores feitas pela equipe de DHS. Todas as categorias de prevalência têm $n > 50$. RDC = República Democrática do Congo.

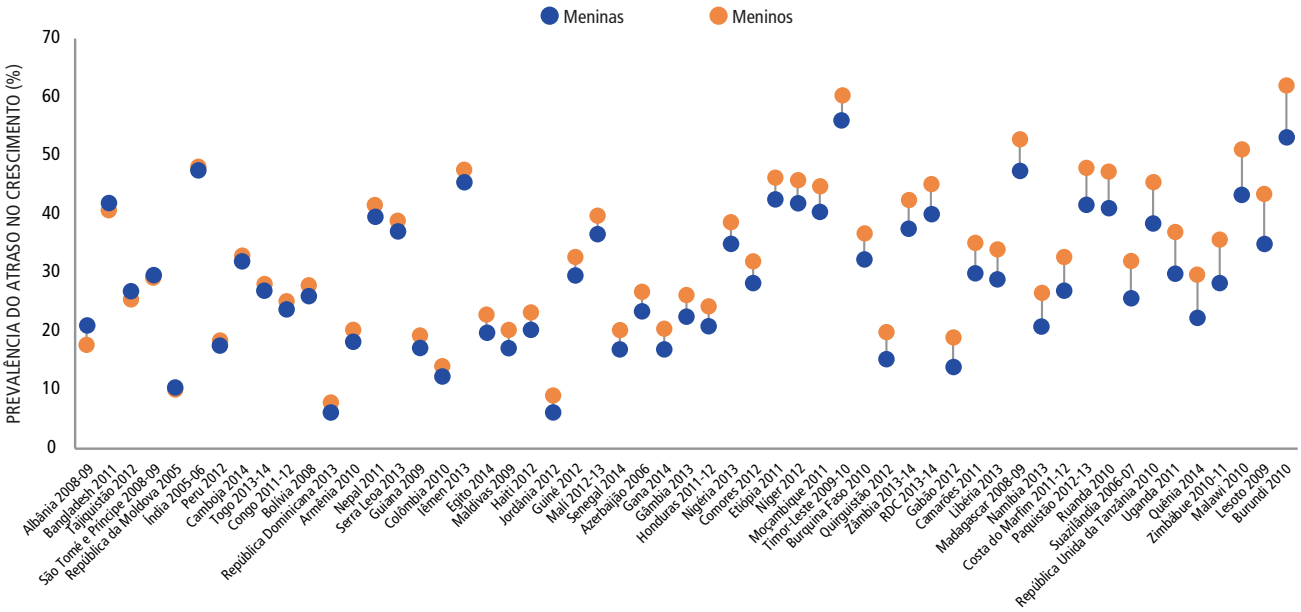
FIGURA 8.6 Prevalência do atraso no crescimento em crianças com menos de cinco anos de acordo com o nível de escolaridade da mãe, ordenada por prevalência entre crianças cujas mães não frequentaram escolas



Fonte: autores, com base em dados e análises de Monica Kothari, Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), 2005–2014.

Observação: Pode haver discrepância em relação aos dados dos relatórios de DHSs, devido a transformações posteriores feitas pela equipe de DHS. Todas as categorias de prevalência têm $n > 50$. "Nível superior" significa escolaridade acima do ensino médio. RDC = República Democrática do Congo.

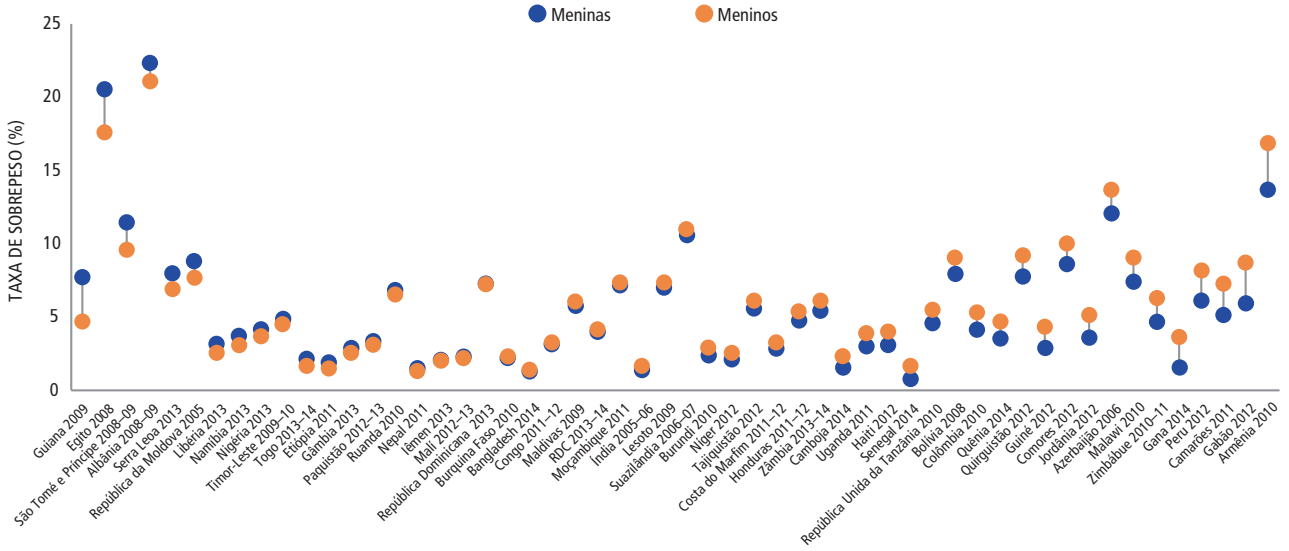
FIGURA 8.7 Prevalência do atraso no crescimento em crianças com menos de cinco anos, de acordo com o sexo, ordenada pelo tamanho da diferença



Fonte: autores, com base em dados e análises de Monica Kothari, Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), 2005–2014.

Observação: Pode haver discrepância em relação aos dados dos relatórios de DHSs, devido a transformações posteriores feitas pela equipe de DHS. Todas as categorias de prevalência têm $n > 50$. RDC = República Democrática do Congo.

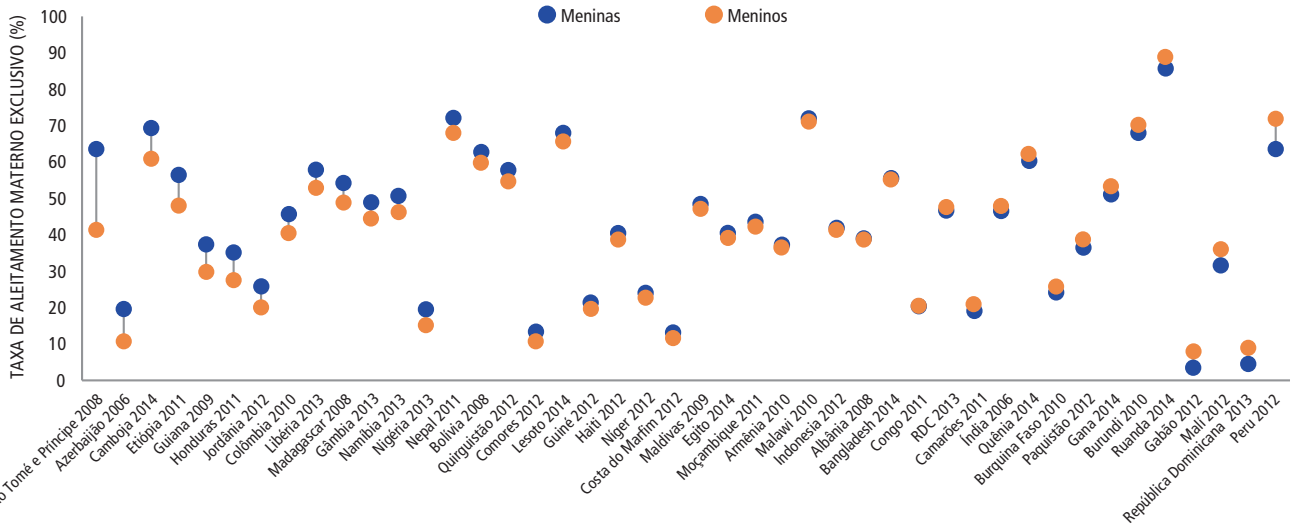
FIGURA 8.8 Status do sobrepeso em crianças com menos de cinco anos de acordo com o sexo, ordenado pela diferença entre meninas e meninos



Fonte: autores, com base em dados e análises de Monica Kothari, Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), 2005–2014.

Observação: Pode haver discrepância em relação aos dados dos relatórios de DHSs, devido a transformações posteriores feitas pela equipe de DHS. Todas as categorias de prevalência têm $n > 50$. RDC = República Democrática do Congo.

FIGURA 8.9 Aleitamento materno exclusivo de acordo com o sexo, ordenado pela diferença entre meninas e meninos



Fonte: autores, com base em dados e análises de Monica Kothari, Pesquisas de Demografia e Saúde (DHSs), 2005–2014.

Observação: Pode haver discrepância em relação aos dados dos relatórios de DHSs, devido a transformações posteriores feitas pela equipe de DHS. Todas as categorias de prevalência têm $n > 50$. RDC = República Democrática do Congo.

PAINEL 8.3 FATORES A SEREM LEVADOS EM CONSIDERAÇÃO AO SE PENSAR EM COLETAR DADOS GEOGRAFICAMENTE DESAGREGADOS

MONICA KOTHARI, FRED ARNOLD, BERNARD BARRERE, ANN WAY, ANNE CROSS, RUILIN REN, JOY FISHEL E SRI POEDJASTOETI

Demanda

Embora as partes interessadas a nível nacional possam considerar importantes os dados subnacionais, será que as unidades subnacionais de onde os dados seriam coletados estão preparadas para utilizar essas informações e agir de acordo com elas? Elas estão elaborando suas próprias políticas e tomando decisões sobre o projeto do programa? Se estão, as decisões informadas pelos dados a nível subnacional serão realmente diferentes das decisões do programa ou de políticas que seriam tomadas se apenas dados regionais estivessem disponíveis?

Capacidade

A decisão de obter dados a nível subnacional depende de cada país. Em países com fraca infraestrutura estatística (por exemplo, aqueles que não podem gerir independentemente amostras de Pesquisas de Demografia e Saúde [DHS], que já são bastante grandes), seria um tanto difícil expandir a pesquisa de forma a obter estimativas a nível inferior ao regional. os países asiáticos, latino-americanos e do Caribe com fortes agências de implementação estão mais bem posicionados para executar pesquisas ampliadas. No entanto, mesmo nesses cenários, pode-se debater se os benefícios compensam o custo financeiro e o risco de comprometimento da qualidade dos dados da pesquisa. O aumento do tamanho da amostragem significa aumentar o custo; mais importante ainda, porém, é que isso significa aumentar o número de equipes e o número de pessoas a serem treinadas e de pessoas para supervisionar a pesquisa. A experiência em DHSs mostra que a qualidade do treinamento e da coleta dos dados pode diminuir à medida que a pesquisa aumenta.

Contexto

As tendências para estimativas de um nível mais baixo de alguns indicadores são algumas vezes contraintuitivas por causa dos grandes intervalos de confiança ao redor das estimativas. Essas mudanças inesperadas ao longo do tempo podem vir a ser questionadas e causar consideráveis desentendimentos políticos. Opções alternativas de coleta de dados devem ser exploradas para atender aos requisitos de dados específicos para cada país. Fontes de dados como sistemas de informações de atendimento à saúde comuns podem preencher algumas lacunas de dados, caso sejam emitidos relatórios em intervalos regulares sobre a cobertura de intervenções do setor público. As pesquisas em grande escala devem continuar a fornecer as estimativas de prevalência e de cobertura da nutrição a níveis mais altos à população em geral que sejam comparáveis entre países e ao longo do tempo.

Custos

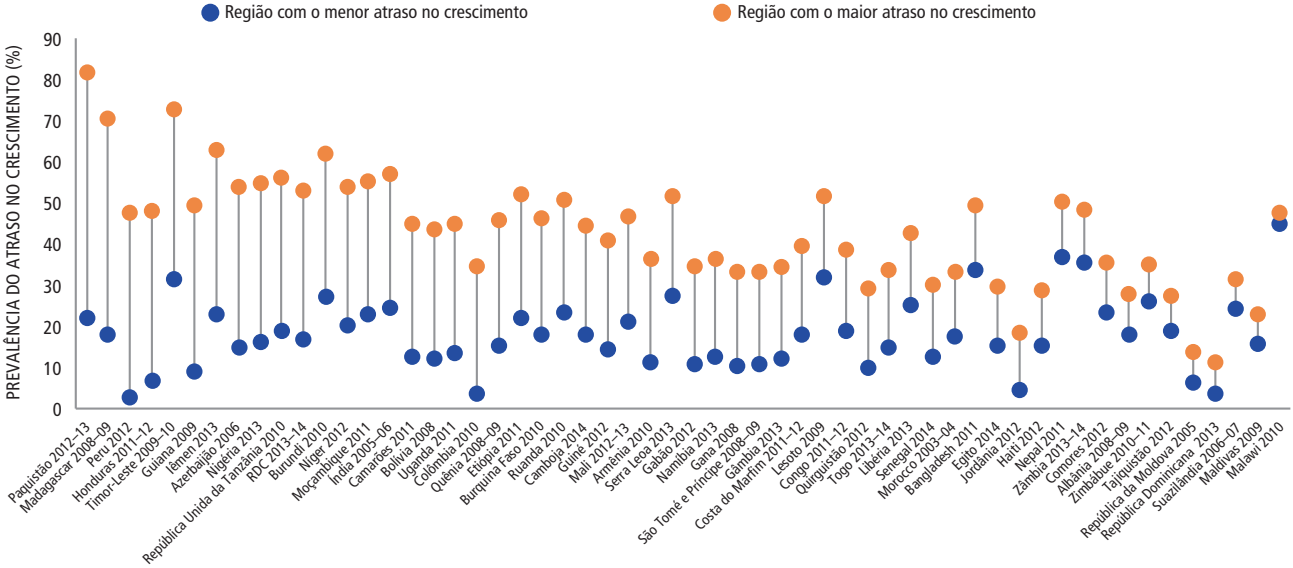
Os custos de pesquisas domiciliares de larga escala estão principalmente relacionados com o número de domínios de amostragem para os quais se deseja obter informações. O tamanho da amostragem necessário para uma pesquisa que seja representativa a um certo nível de domínio administrativo depende do número de domínios administrativos existente em um país. A regra geral para a determinação do tamanho da amostra para uma pesquisa em larga escala como a DHS é que cerca de 800-1.000 mulheres devem ser entrevistadas em cada domínio de amostragem, para que sejam obtidas estimativas confiáveis da taxa total de fertilidade e da taxa de mortalidade infantil. Muitos indicadores de nutrição incluídos em uma DHS geralmente exigem tamanhos menores de amostras para a obtenção de estimativas razoavelmente precisas a nível de domínio. Caso se deseje dobrar o número de domínios, o tamanho da amostra também precisará ser dobrado, o que aumenta substancialmente o custo da pesquisa.

ANÁLISE DOS BENEFÍCIOS E CUSTOS DE DADOS GEOGRAFICAMENTE DESAGREGADOS

A demanda de dados nutricionais a nível de unidades administrativas subnacionais está aumentando. Os formuladores de políticas precisam desses dados para orientar as ações que visam zerar os níveis de má nutrição; os administradores de áreas subnacionais precisam deles à medida que a responsabilidade pela implementação de programas de nutrição se descentraliza; as empresas precisam deles para identificar oportunidades; os doadores externos precisam deles para saber onde realizar intervenções, e a sociedade civil precisa deles para promover a responsabilização pelos mais vulneráveis.

Esta demanda de dados mais minuciosos tem como base a pressuposição de que há grande variação no status nutricional entre regiões. Como a Figura 8.10 destaca, essa pressuposição tem bons fundamentos. Em muitos países, a figura ilustra a grande diferença entre regiões administrativas com as maiores e as menores taxas de atraso no crescimento. Por exemplo, a mediana entre as maiores e menores taxas de atraso no crescimento é de 2,96, numa faixa de variação de 1,06 a 17,59. Tal disparidade reflete um amplo conjunto de diferenças históricas, culturais, geográficas e políticas em relação a oportunidades, que não se pode reduzir rapidamente. Não obstante, o conhecimento dessas grandes diferenças é essencial para

FIGURA 8.10 Prevalência do atraso no crescimento por região subnacional com as maiores e as menores taxas de atraso no crescimento, ordenada pelo tamanho da diferença



Fonte: autores, com base em dados e análises de Monica Kothari, Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), 2005–2014.

Observação: Pode haver discrepância em relação aos dados dos relatórios de DHSs, devido a transformações posteriores feitas pela equipe de DHS. Todas as categorias de prevalência têm $n > 50$. RDC = República Democrática do Congo.

elaborar os planos de ação nacionais e para alocar os recursos de forma mais eficaz.

Se a demanda de dados mais desagregados é grande, a disponibilidade deles é um tanto limitada. Por exemplo, até este momento, a equipe de DHS só esteve envolvida em duas pesquisas nacionais que coletaram dados ao nível administrativo mais baixo; a DHS do Quênia, de 2014, e a Pesquisa Nacional de Saúde Familiar da Índia de 2015-2016. No Quênia, DHSs anteriores forneceram dados para cada uma das oito províncias (sete, além de Nairóbi) pois o nível administrativo imediatamente inferior era o de distrito e havia distritos demais (mais de 80) para que os dados fossem desagregados por distrito. Em 2010, no entanto, o Quênia aprovou uma nova constituição, que organizou o país em 47 condados. Na DHS mais recente, a amostragem da pesquisa foi aumentada, para permitir estimativas ao novo nível administrativo mais baixo, o nível de condado. Na Índia, para a Pesquisa Nacional de Saúde Familiar de 2015-2016, o governo estipulou que era necessário elaborar estimativas separadamente para cada um dos 640 distritos da Índia na época do censo de 2011.

Com base nas experiências da equipe de DHS, o fornecimento de dados mais desagregados é limitado por certos fatores-chave: demanda, capacidade, contexto e custos (Painel 8.3).

Há soluções econômicas para a obtenção de dados subnacionais?[7] Para alguns indicadores, como fertilidade, mortalidade e cobertura de vacinação, as DHSs e pesquisas semelhantes fornecem dados que poderiam ser obtidos por meio de sistemas padrão de vigilância, se estes sistemas produzissem dados completos, precisos e em tempo hábil. Se os países tivessem implementado sistemas de vigilância de alta qualidade, e se estes abrangessem uma alta proporção de casos, alguns desses indicadores poderiam ser retirados das pesquisas domiciliares, mas a economia de custos resultante seria mínima.

Recentemente, o Quênia usou dois questionários diferentes e subamostras diferentes para realizar a DHS. Os enumeradores mediram indicadores prioritários a nível distrital, depois mediram um conjunto mais amplo de indicadores, a nível mais alto, regional. A pesquisa da Índia está usando um procedimento semelhante para medir alguns indicadores a nível provincial e outros apenas a nível estadual. Esta pode ser uma solução econômica de obtenção de dados subnacionais sem comprometimento da qualidade dos dados.

Na Indonésia, a DHS compete com outras pesquisas nacionais e subnacionais. A DHS é apenas uma de várias pesquisas domiciliares anuais realizadas pela Secretaria Central de Estatísticas. As pesquisas do Ministério da Saúde são executadas por cada província/regência/município. Cada uma dessas pesquisas apresenta dados a nível regencial/municipal. Desta forma, a Indonésia desenvolveu capacidade interna para realizar pesquisas e, com o passar do tempo, tem necessitado de menos assistência técnica.

O Programa Mundial de Alimentos e a DHS, entre outros, têm explorado regularmente o potencial de utilização de técnicas de estimativa de áreas pequenas, o qual utiliza estimativas de pesquisas a um nível mais alto (por exemplo, a nível de província) e dados

PAINEL 8.4 POR QUE MAPAS DE SUBNUTRIÇÃO ALTAMENTE DESAGREGADOS SÃO VITAIS NA ERA DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL?

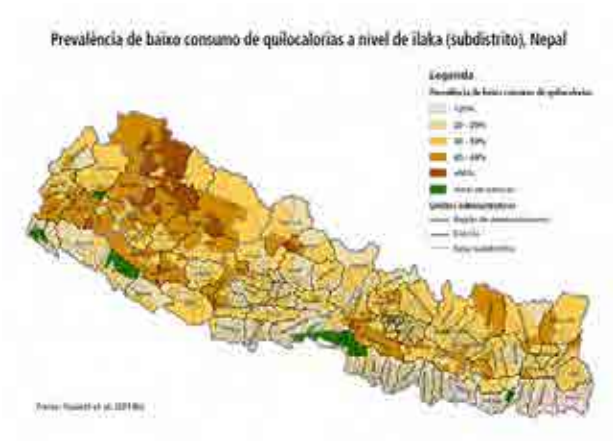
KURT BURJA, STEPHEN HASLETT, SIEMON HOLLEMA, GEOFF JONES, KAYENAT KABIR E CHRISTA RADER

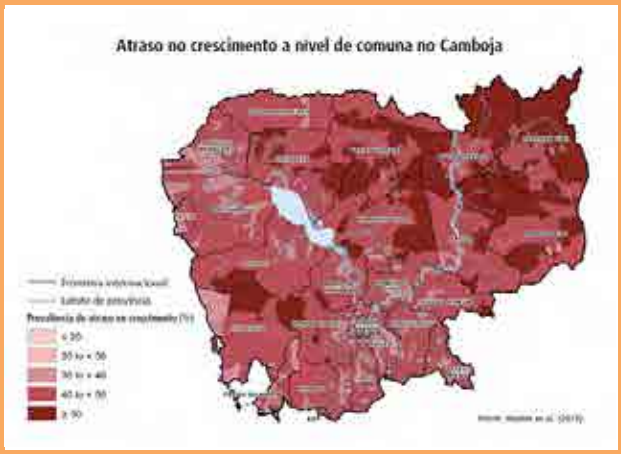
Embora mapas de estimativa de pobreza de áreas pequenas sejam cada vez mais comuns, mapas assim altamente detalhados para a subnutrição são raros. Contudo, precisamos desse tipo de mapas de subnutrição. Por exemplo, os mapas de áreas pequenas de atraso no crescimento, peso abaixo do normal e emaciação em crianças de cinco anos ou menos podem não se correlacionar intimamente com os de pobreza, pois fatores diferentes influenciam os resultados de nutrição.

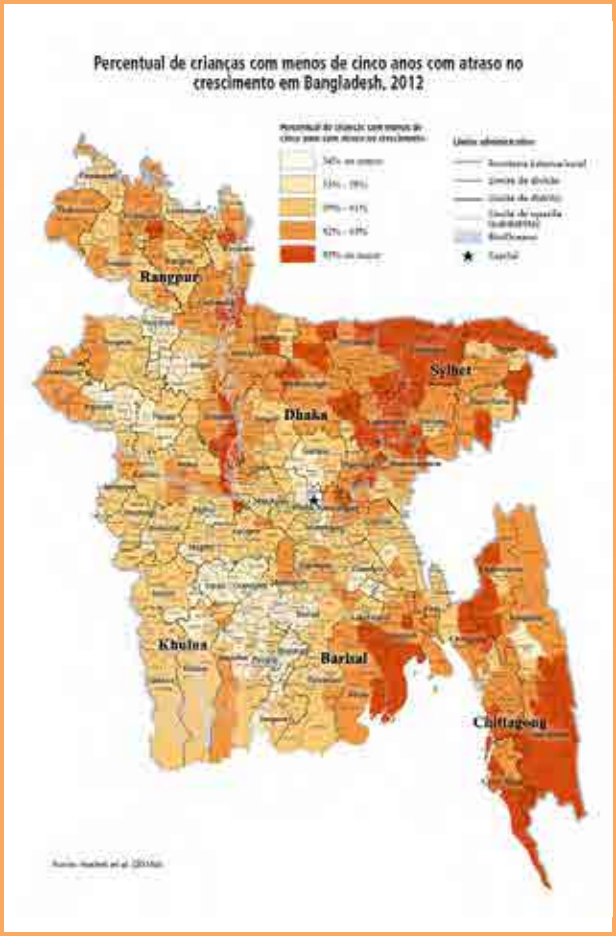
A estimativa de subnutrição em pequenas áreas envolve a combinação de pesquisas de nutrição como a DHS e a MICS com um recenseamento contemporâneo (que não registra os resultados de nutrição). Variáveis comuns, como renda doméstica, materiais de construção e abastecimento de água e saneamento, além de características pessoais, como escolaridade da mãe e idade da criança, disponíveis tanto nas pesquisas quanto nos censos, são usadas para desenvolver uma relação estatística com os resultados de subnutrição disponíveis apenas nas DHSs/MICSs. Em seguida, usa-se esta relação em estimativas de nutrição para grupos de 20 a 30 mil domicílios contíguos, com base nas previsões do censo. Muitas vezes, há um foco em crianças com menos de cinco anos. Embora os conceitos básicos sejam simples, a criação de modelos leva tempo e exige conhecimento consideravelmente especializado. Muitos modelos precisam ser estudados e testados para que um modelo adequado seja encontrado. Entre os outros fatores complexos está a qualidade das medições, especialmente da altura da criança. Os mapas resultantes, com base em modelos sólidos, amplamente comprovados, tendem a confirmar a opinião dos especialistas quanto à localização das taxas mais altas e baixas de subnutrição.[1]

Os mapas e estimativas de subnutrição de áreas pequenas são extremamente valiosos. Geralmente, não há apenas um mapa que seja suficiente, mas em conjunto, eles proporcionam uma imagem detalhada das taxas de subnutrição e de onde se encontra a maior quantidade de pessoas subnutridas. Eles ajudam a orientar a priorização e o posicionamento geográfico dos programas de assistência, quer estes sejam baseados em taxas de subnutrição ou no número de pessoas subnutridas por área. Eles também são uma ferramenta comum para obter consenso junto às partes interessadas sobre quais áreas geográficas devem ser priorizadas, e são úteis no planejamento contingencial pré-desastre e nas estimativas das necessidades pós-desastre. Os mapas também podem ajudar na análise e no planejamento de políticas. Abaixo estão exemplos desses mapas para Bangladesh (atraso no crescimento), Camboja (atraso no crescimento) e Nepal (consumo calórico).

Precisamos de mais mapas como estes. Os métodos são complexos, mas há conhecimento especializado disponível. O foco no fim da má nutrição dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável pede informações geográficas detalhadas sobre prevalência e gravidade das situações, para que o problema seja enfrentado da maneira mais eficaz possível. Mapas de estimativas de subnutrição em áreas pequenas podem nos ajudar a conseguir exatamente isto.







de recenseamentos para obter dados subdivididos por idade-sexo-escolaridade-zona rural-zona urbana, por áreas menores. O método basicamente atribui o indicador da província a cada um de seus distritos proporcionalmente em relação à idade-sexo-escolaridade dos distritos. Com base na experiência do Programa Mundial de Alimentos, o Painel 8.4 fornece uma avaliação positiva do potencial de tais mapas para destacar variações subnacionais em termos de seu status de nutrição.

PROMOÇÃO DA RESPONSABILIZAÇÃO NOS CONTEXTOS DESAFIADORES DO ESPAÇO HUMANITÁRIO

Conforme se expôs no *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*, há a previsão de que a pobreza extrema fique cada vez mais concentrada em países frágeis; a pobreza global está em franco declínio, mas não nos 50 países que a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) designa como frágeis (Burt et al., 2014).[8]

Nós não temos dados suficientes sobre tendências para podermos replicar esta análise para os casos de atraso no crescimento ou emaciação. No entanto, a Figura 8.11 mostra que, para as pesquisas mais recentes desde 2008, a prevalência de atraso no crescimento e emaciação é maior em países que a OCDE considera frágeis.

Situações de emergência e atividade humanitária têm maior probabilidade de ocorrer nesses contextos de fragilidade. Como o *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015* (Painel 9.8) declarou em suas recomendações de responsabilização para a Cúpula Mundial da Ajuda Humanitária de 2016, há muitas lacunas de responsabilização no sistema de ajuda humanitária.

Como parte de seu processo de reformas humanitárias, a ONU iniciou a abordagem agrupada em 2005, de forma a melhorar a eficácia das respostas humanitárias por meio de maior previsibilidade, responsabilização, atribuição de responsabilidade e parcerias.[9] Em 2011, o Comitê Permanente Interagências definiu diretrizes para orientar as agências da ONU na monitoração da responsabilização em relação às populações afetadas por crises. Além disso, em dezembro de 2014, foi lançada a Norma Humanitária Essencial (CHS), definindo nove compromissos que organizações e indivíduos envolvidos em respostas humanitárias podem usar para melhorar a qualidade e a eficácia da assistência que fornecem.

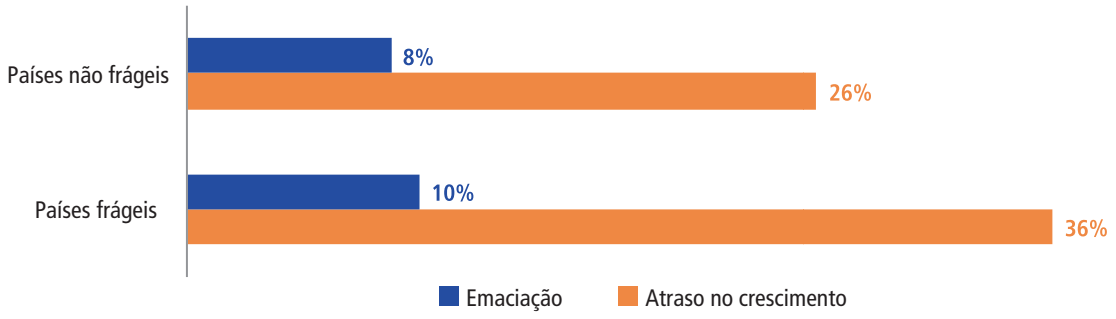
Embora um número cada vez maior de agências humanitárias esteja tomando parte em iniciativas de responsabilização, ainda resta uma lacuna geral no sistema quanto à aplicação e à monitoração de tais mecanismos em contextos emergenciais, inclusive para a nutrição. No Painel 8.5, a equipe do Grupo de Nutrição Global destaca alguns problemas e propõe algumas soluções.[10]

NUTRIÇÃO DE POPULAÇÕES DESALOJADAS

O número de pessoas desalojadas por guerras aumentou consideravelmente nos últimos dois a três anos, sendo que a última estimativa foi de 59,5 milhões (Figura 8.12). Além disso, a população de refugiados é a mais alta de todos os tempos: 19,6 milhões, metade dos quais é constituída por crianças (Langlois et al., 2016).

As populações desalojadas têm maior probabilidade de se tornarem vulneráveis e de serem marginalizadas durante sua fuga e nos campos de refugiados, além de experimentar o estresse e trauma do desalojamento. Essas populações apresentam um grande ônus de infecções e doenças não transmissíveis (Gornall, 2015; Norredam et al., 2006). O Painel 8.6 mostra os desafios enfrentados para se manter um bom status nutricional entre as pessoas desalojadas, fazendo algumas recomendações para fortalecer a responsabilização por elas, incluindo a necessidade de aprimorar os mecanismos existentes, e encontrar novos mecanismos para dar assistência alimentar aos refugiados mais vulneráveis do ponto de vista nutricional e econômico.

FIGURA 8.11 Taxas de atraso no crescimento e emaciação em países frágeis e não frágeis



Fonte: autores.

Observação: Para atraso no crescimento, *n* = 104, de 133 países de renda baixa e média (41/48 frágeis, 63/85 não frágeis). Para emaciação, *n* = 103, de 133 países de renda baixa e média (40/48 frágeis, 63/85 não frágeis). Os dados são da última pesquisa iniciada em 2008; as pesquisas vão de 2008 a 2015. Os números médios de pesquisas em países frágeis e não frágeis são praticamente idênticos (2012).

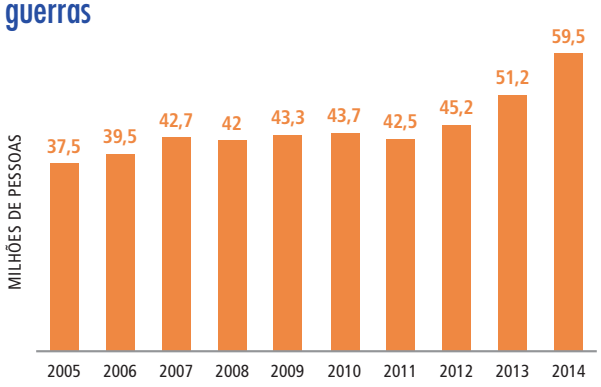
PAINEL 8.5 AUMENTO DA RESPONSABILIZAÇÃO PELAS AÇÕES DE NUTRIÇÃO EM CONTEXTOS EMERGENCIAIS

JOSEPHINE IPPE

Com base na experiência do Grupo de Nutrição Global, estabelecido em 2006 como parte do processo de reforma humanitária, o que é necessário para tratar da responsabilização pela nutrição no caso de programas em contextos emergenciais?

1. **Investir em capacidade técnica para ampliar a programação de nutrição para o caso de situações emergenciais.** A monitoração sistemática do desempenho feita de acordo com os padrões mínimos do Sphere (Projeto Sphere, 2016), além de outros pacotes, como o Pacote Mínimo de Relatórios (Rede de Nutrição de Emergência, 2011), tem demonstrado um cumprimento inadequado dos objetivos no campo da alimentação de bebês e crianças pequenas em emergências, principalmente devido à falta de capacidade e à baixa prioridade que os doadores atribuem a esta parte do programa. Em geral, a capacidade de ampliar um programa de nutrição em situações de emergência continua sendo problemática. Liderança, apoio ao desenvolvimento de capacitação nas áreas técnicas e pesquisas operacionais sobre assuntos de nutrição precisam ser esclarecidos; e a responsabilização por estes papéis deve ser explicitada junto ao sistema de grupos.
2. **Fornecer incentivos para recompensar parceiros que atinjam os padrões de responsabilização.** Embora o sistema de grupos articule claramente a responsabilização entre a agência líder do grupo e o coordenador de ações humanitárias, a responsabilização dos parceiros do grupo não fica definida, estando implícita nos documentos dos princípios da parceria. O sistema de grupos não está equipado para compensar a falta de responsabilização dentro de um grupo. Além disso, a abordagem em grupos estipula que, onde o financiamento e o acesso permitirem, a agência líder do grupo aja como fornecedora de último recurso, preenchendo lacunas. Tal expectativa às vezes não é realista por causa dos recursos financeiros adicionais e da capacidade necessários. Portanto, um sistema de incentivos que premiasse os parceiros que atendessem às metas de responsabilização ou às Normas Humanitárias Essenciais (CHS), tanto por doadores individuais quanto por meio de todo o sistema de ações humanitárias, seria muito eficaz na promoção da responsabilização.
3. **Garantir que os planos de ações nutricionais dos países incorporem planos contingenciais para casos de emergência** e que a capacidade de resposta a necessidades nutricionais em casos de emergência seja incorporada a esses planos. Também é preciso disponibilizar recursos a nível nacional, para promover a resiliência e garantir uma transição sem percalços da resposta humanitária para o desenvolvimento.
4. **Incorporar intervenções sensíveis à nutrição aos contextos emergenciais.** É preciso estabelecer maiores vínculos operacionais entre as intervenções de nutrição emergenciais e outros setores: água, saneamento e higiene; saúde e agricultura; segurança alimentar e meios de subsistência.
5. **Estabelecer uma plataforma comum de dados e responsabilização entre os parceiros.** Em 2015, o Grupo de Nutrição Global desenvolveu diretrizes operacionais e orientações sobre responsabilização pela nutrição, visando estabelecer uma plataforma comum entre parceiros. A implementação de diretrizes operacionais garantirá que os parceiros do grupo abordem a responsabilização de modo a se poder medi-la.

FIGURA 8.12 Número de pessoas desalojadas por guerras



Fonte: ACNUR (2015).

CONCLUSÕES

Governos, sociedade civil, doadores e defensores da nutrição de todos os níveis sociais medem o progresso, orientam ações e aumentam a responsabilização assumindo os compromissos SMART apoiados por sistemas de dados que fornecem informações confiáveis, úteis e oportunas. Os sistemas de dados precisam estar concentrados nos resultados da nutrição, mas eles se baseiam em insumos provenientes de uma grande variedade de setores e mecanismos de coleta. Eles precisam estar concentrados nos mais vulneráveis: naqueles que correm um risco real de serem deixados para trás por estarem destituídos de poder ou por não terem direitos básicos assegurados. Isto exige dados coletados a níveis desagregados: por grupos ou região. A coleta desses dados pode ser cara; portanto, devem ser encontradas maneiras de se utilizarem dados (por exemplo, estimativas de pequenas áreas), assim como maneiras mais econômicas de coletar dados mais detalhados (por

PAINEL 8.6 PROTEÇÃO DO STATUS NUTRICIONAL DOS REFUGIADOS NA ERA DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

CAROLINE WILKINSON, VALERIE GATCHELL E PAUL SPIEGEL

Devido aos vários conflitos em andamento no Oriente Médio a na África, o número de pessoas desalojadas à força continuou a crescer por todo o ano de 2015 e no começo de 2016. Até o fim de 2014, a população total em questão, de acordo com o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) chegou ao número inédito de 55 milhões de pessoas, incluindo 14,4 milhões de refugiados, 1,8 milhões de pessoas procurando asilo, 32,3 milhões de pessoas desalojadas internamente (PDIs), 3,5 milhões de apátridas e 1,8 milhões de retornantes.

Refugiados são pessoas que estão fora de seu país de origem devido a medo, perseguição, conflito ou violência generalizada. Os governos dos países anfitriões têm a responsabilidade principal pela proteção aos refugiados. O ACNUR tem mandato para liderar e coordenar ações internacionais para proteger e fornecer soluções para refugiados, pessoas procurando asilo (indivíduos cujo status de refugiado ainda não foi determinado, mas que podem se qualificar para se tornarem refugiados), apátridas (indivíduos sem nacionalidade) e retornantes (refugiados que voltaram aos seus países de origem). Dos 12 milhões de refugiados para os quais havia informações disponíveis sobre seu tipo de acomodação, 7,6 milhões (63%) residiam em acomodações individuais em vez de acampamentos planejados/administrados ou autoestabelecidos, centros coletivos ou campos de recepção/trânsito. Estimava-se que cerca de 6,4 milhões de refugiados (45%) encontravam-se em situações prolongadas ou demoradas.[1]

Status nutricional entre os refugiados

Em 2015, dos 93 campos de refugiados da ACNUR em que se mediu a má nutrição aguda (representando cerca de 336.000 crianças de seis a 59 meses de idade), 54 (58%) campos estavam acima dos padrões da ACNUR de menos de 10% de desnutrição global aguda (DGA),[2] enquanto 21 campos (22,6%) estavam acima do limiar de emergência, maior ou igual a 15%. A taxa de atraso no crescimento entre crianças de seis a 59 meses atendia ao padrão de menos de 20% em 13 campos (14%), mas 65 campos (69,9%) registraram prevalência de atraso no crescimento acima do nível crítico, de maior ou igual a 30%. A prevalência de anemia em crianças chegou ao padrão de menos de 20% em apenas seis de 90 campos (6,7%),[3] e 33 dos 90 campos (36,7%) ficaram abaixo do nível crítico de menos de 40%. A maioria dos campos em que havia dados disponíveis de vários anos mostram que as prevalências de DGA, atraso no crescimento e anemia têm se mantido relativamente estáveis (80,6%, 66,7% e 59,3%, respectivamente). Melhoras significativas foram feitas na redução da DGA e da anemia em 14,9% e 25,4% dos campos, respectivamente. Em comparação com as estatísticas nacionais (UNICEF, 2015), a prevalência de DGA e atraso no crescimento em campos de refugiados era maior em 48,4% e 55,9%, respectivamente, dos campos analisados; não estão disponíveis dados de anemia a níveis nacionais para comparação.

Vulnerabilidade à insegurança alimentar e nutrição

Como os refugiados não são cidadãos do país que lhes dá asilo, na maioria dos casos seu status legal é, por si só, um elemento de vulnerabilidade. Os refugiados, muitas vezes, têm limitado ou nenhum acesso à terra, assim como direitos econômicos e liberdade de movimento limitados. Muitas vezes, eles são excluídos dos programas nacionais de previdência social ou dos mecanismos de redes de segurança e nem costumam ter acesso a sistemas nacionais de saúde e de nutrição, onde estes existem.

Muitas populações de refugiados são muito dependentes de assistência alimentar fornecida pelo Programa Mundial de Alimentos (PMA) (mais de cinco milhões de refugiados em fevereiro de 2016). No entanto, de setembro de 2015 a fevereiro de 2016, déficits nas verbas do PMA resultaram no corte das rações alimentares de 61% dos refugiados (3,4 milhões) em 20 países, sendo que, nos próximos meses, espera-se que haja ainda mais cortes. Alimentos fortificados e ricos em nutrientes estão entre os primeiros a serem cortados, devido aos seus custos mais altos.

Além disso, um dos principais desafios que o ACNUR e seus parceiros enfrentam é a avaliação e o apoio à nutrição e a serviços básicos para populações que não estão em campos, em parte por dificuldades no estabelecimento de contato direto com as populações de refugiados misturadas às populações locais. Nestes casos, como na Jordânia, o ACNUR colabora com autoridades e parceiros para facilitar o acesso aos serviços nacionais de saúde e de nutrição. O ACNUR está constantemente ampliando a medição do status nutricional dessas populações, além de monitorar o acesso a um atendimento de saúde adequado.

Continua

exemplo, usando celulares). Deve existir capacidade para analisar tais dados desagregados e agir com base neles; e, até onde for possível, para envolver as próprias comunidades estudadas na análise e na tomada de decisões. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2014* (Painel 4.3) mostrou como os dados desagregados a nível distrital na Índia puderam ser usados para incentivar o diálogo e o debate entre a sociedade civil e as autoridades distritais sobre quem deveria realizar as ações nutricionais, o que deveria ser feito, quando deveria ser feito, por que deveria ser feito, onde se deveria fazer isso e como se deveria fazê-lo, além de até que ponto se deveriam executar tais ações nutricionais.

Continuação

PAINEL 8.6 PROTEÇÃO DO STATUS NUTRICIONAL DOS REFUGIADOS NA ERA DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

CAROLINE WILKINSON, VALERIE GATCHELL E PAUL SPIEGEL

Recomendações

A Agenda de 2030 para o Desenvolvimento Sustentável se compromete a "não deixar ninguém para trás" na busca do fim da pobreza e da promoção de sociedades pacíficas e inclusivas. Ela reconhece que refugiados, PDIs e comunidades anfitriãs estão entre os mais vulneráveis (UNOCHA et al., 2015). Para que haja progresso na agenda de 2030 para essas populações, a comunidade internacional precisa trabalhar de forma colaborativa com os governos no sentido de:

- Continuar a monitorar regularmente a nutrição (DGA, atraso no crescimento e anemia) e a situação de segurança alimentar de refugiados, de forma a promover a responsabilização.
- Fortalecer os laços entre governos, outras agências da ONU e parceiros de desenvolvimento, para tratar de maneira eficiente do atraso no crescimento e da anemia em populações de refugiados em situação prolongada.
- Fortalecer a coordenação entre governos anfitriões, o UNICEF e o ACNUR, de forma a garantir a disponibilização de saúde e nutrição básicas e serviços de ASH (água, saneamento e higiene) para os refugiados, pessoas deslocadas internamente (PDIs) e comunidades anfitriãs, integrando-as e prestando auxílio aos sistemas nacionais sempre que possível.
- Entender melhor os motivos por trás dos déficits de verbas para assistência alimentar global e identificar meios de financiamento previsíveis para garantir rações alimentares ou transferências de dinheiro adequadas (tanto em quantidade quanto em qualidade), enquanto se continua a monitorar o impacto de cortes e aprimoram-se mecanismos visando prestar assistência alimentar aos refugiados mais vulneráveis econômica e nutricionalmente.
- Apoio e defesa do desenvolvimento de diretrizes legais que permitam que os refugiados tenham direito a trabalhar, acesso à terra e liberdade de movimento para melhorar sua segurança alimentar e garantir seus meios de subsistência.

O ano de 2016 nos traz oportunidades únicas para melhorar o perfil nutricional e de insegurança alimentar entre refugiados e outras populações desalojadas, graças à Cúpula Mundial da Ajuda Humanitária de 2016 e à Cúpula da Assembleia Geral da ONU sobre Refugiados e Migrantes. Agora é o momento de defender e exigir, de maneira coletiva, uma ação coordenada pela melhoria da nutrição e da segurança alimentar dessas populações.

CHAMADOS À AÇÃO

1. **Enxergar bem além do ODS 2 ao acompanhar o progresso na nutrição: o ODS 2 é apenas o início da responsabilização pela nutrição, não o fim.** Os governos nacionais devem desenvolver mecanismos de emissão de relatórios inclusivos anuais, aos níveis nacional e subnacional, para avaliar o progresso nos resultados e das ações de nutrição.
2. **Alinhar as Pesquisas de Demografia e Saúde (DHSs) e as Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos (MICSs) aos indicadores dos ODSs para nutrição.** Nos próximos 12 meses, os parceiros de financiamento e implantação responsáveis pelas DHSs e MICSs devem colaborar para identificar quais indicadores dos ODSs podem ser adicionados às pesquisas.
3. **Incentivar a inovação na coleta de dados de nutrição.** São necessárias formas mais criativas de usar e coletar dados subnacionais. Os patrocinadores das pesquisas devem estimular isto por meio de prêmios para inovações. Até o fim de 2018, deve ser anunciado um programa de estudos plurianual em vários países sobre o assunto.
4. **Medir as desigualdades e honrar o compromisso dos ODSs de não deixar ninguém para trás.** Governos, patrocinadores e sociedade civil devem esforçar-se mais para identificar e corrigir as desigualdades nos resultados de nutrição e no acesso aos serviços de nutrição. No mínimo, todos os novos relatórios de DHSs e MICSs devem incluir o conjunto de estratificadores explicitado no Capítulo 8.
5. **Fortalecer a responsabilização pela nutrição para com aqueles afetados por conflitos e situações de emergência.** As agências da ONU e governos devem empenhar-se mais no sentido de avaliar o status nutricional das pessoas desalojadas e seu acesso a alimentos, a assistência social e a assistência médica; as agências, além disso, devem procurar corrigir as lacunas atuais. Os países vulneráveis a situações de emergência precisam esforçar-se para incorporar o planejamento para emergências em seus planos nacionais de nutrição. Até o fim de 2017, como parte da Década de Ação, os governos nacionais devem revisar sua prontidão para casos de emergência, dentro dos seus planos nacionais de nutrição atuais.

9 CHAMADOS À AÇÃO

AVALIAR O PROGRESSO RUMO ÀS METAS GLOBAIS

1. **Apoiar um número maior de histórias de progresso.** Todo país é um exemplo de sucesso, fracasso ou estagnação em matéria de nutrição, mas estas histórias precisam ser contadas. Os países que estão a caminho de concretizar as metas globais podem proporcionar orientação e servir como fonte de inspiração para formas de reduzir a má nutrição; os países que não estão no caminho certo demandam também estudos e análises mais aprofundados. As agências de financiamento devem estimular os pesquisadores a realizarem tais avaliações e análises; os periódicos especializados devem publicar tais relatórios, e os resultados desses relatórios devem ser divulgados na mídia tradicional. A necessidade de histórias nas quais se possa acreditar é particularmente importante quando os indicadores apresentam estagnação ou piora. Dada a necessidade urgente de histórias de progresso, até 2018 deve-se financiar um programa de pesquisa abrangendo vários anos e vários países, com a finalidade de descobrir por que a mudança acontece ou não.

2. **Investir em mais dados, e em dados melhores, para avaliar o progresso.** A disponibilidade de dados internacionalmente comparáveis sobre os resultados das ações de nutrição ainda é pequena, seja porque não são coletados dados de alta qualidade a nível nacional, seja porque tais dados não são relatados à ONU. Entretanto, esses dados são essenciais para garantir a responsabilização.

   - Devem ser realizadas, pelo menos a cada três a cinco anos, pesquisas sobre as taxas de atraso no crescimento, emaciação e sobrepeso em crianças de menos de cinco anos, bem como pesquisas sobre aleitamento materno exclusivo. Os financiadores das DHSs (Pesquisas de Demografia e Saúde), MICSs (Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos) e outras pesquisas semelhantes devem preparar-se para se coordenar melhor entre si e reagir à demanda governamental de realização de pesquisas a cada três anos. Os países com alto ônus de má nutrição e cujos dados tenham mais de cinco anos deverão ter prioridade na coleta de novos dados.
   - Até 2020, todos os países de alta renda devem tornar seus dados compatíveis com os bancos de dados da ONU.
   - Dentro dos próximos 12 meses, os defensores da nutrição no âmbito da ONU e das agências multilaterais devem fortalecer a presença da nutrição na atual discussão sobre a "revolução de dados", de modo a garantir que o tópico da nutrição não seja deixado para trás. Tal esforço poderia começar com a Revolução de Dados Mundial para o Fórum do Desenvolvimento Sustentável, a ser realizada na segunda metade de 2016.

Países | Organizações da sociedade civil | Organizações da ONU | Doadores | Empresas | Outras organizações

3. **Começar a avaliar o progresso nacional em nutrição a cada ano.** Os países devem pensar em elaborar relatórios nacionais anuais sobre nutrição associados aos processos atuais e usar esses dados para avaliar o progresso e as evidências sobre o que funciona, ajustar táticas e orçamentos, aperfeiçoar planos nutricionais nacionais e responsabilizar-se pelo progresso.

ASSUMIR COMPROMISSOS SMART

1. **Definir mais metas SMART.** Todos os governos nacionais devem definir metas nacionais SMART (específicas, mensuráveis, atingíveis, relevantes e com prazos definidos) para atraso no crescimento, emaciação, aleitamento materno exclusivo, baixo peso ao nascer, anemia, sobrepeso infantil, obesidade em adultos, diabetes e redução do sal até o final de 2017. Tais metas devem ser ambiciosas, porém factíveis e alinhadas.
2. **Definir mais metas subnacionais.** Os planos nacionais de nutrição devem desenvolver e incorporar os resultados da nutrição e introduzir metas relacionadas com as principais regiões administrativas.
3. **Os fabricantes de alimentos e bebidas devem definir um número maior de metas SMART para melhorar a nutrição e relatar seu progresso em relação a elas.** As áreas fundamentais são: adesão ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, reduções significativas na propaganda e marketing para crianças, e redução do conteúdo de açúcar, sal e gordura em todas as suas linhas de produtos. As empresas devem também divulgar claramente tais metas, bem como seu progresso em relação a elas. A próxima avaliação do Índice de Acesso à Nutrição deve divulgar progresso substancial nessas áreas, alcançado pelos 22 maiores fabricantes mundiais de alimentos e bebidas avaliados.
4. **Tornar todos os compromissos coerentes com a metodologia SMART.** Os governos, agências, parlamentos, organizações da sociedade civil (OSCs), doadores e empresas, todos devem assumir compromissos relacionados com a nutrição que sejam específicos, mensuráveis, atingíveis e com prazos definidos. Nosso guia sobre a metodologia SMART pode ajudá-los.
5. **Assumir compromissos que abordem a má nutrição em todas as suas formas.** Os países-membros e agências da ONU, parlamentos, OSCs, doadores e empresas devem garantir que os futuros compromissos relacionados com a nutrição abordem a má nutrição em todas as suas formas (e combinações) de acordo com seus contextos nutricionais (atraso no crescimento, emaciação, deficiências de micronutrientes, obesidade, sobrepeso e doenças não transmissíveis relacionadas com a nutrição).
6. **Aproveitar todas as novas oportunidades de assumir compromissos SMART.** Os países-membros e agências da ONU, parlamentos, OSCs, e doadores devem aproveitar a Década de Ação e usar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs) e o processo Nutrição para o Crescimento (N4G) como oportunidade de elevar o nível de ambição no estabelecimento de compromissos SMART relacionados com a nutrição.
7. **Definir coletivamente um mecanismo mundial de emissão de relatórios forte e independente para a nutrição em todas as suas formas.** Como parte da Década de Ação, até o final de 2017, todas as partes interessadas devem se engajar em um processo por meio do qual definirão em conjunto um mecanismo independente e inclusivo para monitorar o progresso dos resultados, das ações e das contribuições relacionados com todas as formas de nutrição no âmbito dos ODSs.
8. **Divulgar o andamento dos compromissos.** Países-membros e agências da ONU, parlamentos, OSCs, doadores e empresas devem responsabilizar-se por divulgar anualmente o progresso alcançado em relação à nutrição. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2017* deve ser capaz de relatar uma taxa de resposta superior a 90%.

ACELERAR A IMPLEMENTAÇÃO

1. **Fortalecer forças-tarefas interministeriais para combater a má nutrição em todas as suas formas.** Até o final de 2018, todos os governos nacionais devem criar forças-tarefas interministeriais para implementar políticas de nutrição, bem como conselhos consultivos ou comissões nacionais para esse fim. Tais mecanismos devem:
   - Ter uma linha direta com o gabinete do chefe de estado;
   - Incluir a participação social, de baixo para cima (por exemplo, do meio acadêmico e das OSCs);
   - Supervisionar o desenvolvimento e/ou a implementação de políticas e programas que abordem a má nutrição em todas as suas formas.

   Além disso, até 2018 a comunidade de doadores deve proporcionar financiamento para pelo menos 25 desses mecanismos, de modo a lhes permitir desenvolver capacitação e garantir sua eficácia operacional.
2. **Transformar as recomendações em legislação.** Os governos devem implementar e monitorar políticas e programas amplamente recomendados que apoiem o aleitamento materno. Especificamente, os governos devem assumir compromissos SMART para:
   - implementar todas as disposições exigidas pelo Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno até a época da realização da Cúpula N4G 2020; e
   - também até 2020, ratificar a convenção da Organização Internacional do Trabalho que garante a proteção da licença-maternidade e outras medidas de apoio no local de trabalho, além de monitorar e reportar políticas no local de trabalho que propiciem a continuidade do aleitamento materno e que permitam que as crianças recebam os cuidados necessários.

Países | Organizações da sociedade civil | Organizações da ONU | Doadores | Empresas | Outras organizações

3. **Implementar políticas que respaldem as recomendações.** Os governos devem implementar e monitorar políticas e programas altamente recomendados que promovam dietas saudáveis, tais como políticas de redução de sal/sódio (inclusive metas instituídas por legislação); políticas para substituir as gorduras saturadas e gorduras trans por gorduras insaturadas; para restringir a comercialização de alimentos ricos em gordura, açúcares e sal para crianças; para taxar bebidas açucaradas. Até o momento, apenas 10% dos países relataram progresso em três políticas básicas (implementação das recomendações da Organização Mundial da Saúde sobre comercialização para crianças; redução do consumo de sal e redução do consumo de gorduras trans e saturadas): até 2030, todos os países devem ser capazes de relatar progresso significativo em todas as três recomendações.

4. **Ampliar as 13 intervenções comprovadas específicas de nutrição.** Os governos e as partes interessadas internacionais devem se esforçar para ampliar a cobertura de intervenções específicas de nutrição que tenham sido comprovadas, tanto ao nível mundial quanto ao nível nacional, com foco na integração das ações de nutrição às plataformas do sistema de saúde. Das 13 intervenções por nós analisadas, a taxa mediana de cobertura varia de um a 79%. Até 2030, a taxa mediana de cobertura para todas as 13 intervenções deverá ser de 90%.

5. **Aprofundar a compreensão da ampliação e da implementação de qualidade de todas as intervenções comprovadas.** Os pesquisadores devem explorar os elementos técnicos, políticos e econômicos capacitadores da adoção, implementação e aplicação das intervenções de nutrição, bem como os seus obstáculos. Entre as áreas nas quais mais pesquisas se fazem necessárias, estão as seguintes:

   - lições aprendidas com forças-tarefas e conselhos bem-sucedidos;
   - por que alguns países conseguem melhor cobertura do que outros para uma determinada intervenção específica de nutrição e por que algumas intervenções específicas de nutrição são mais ampliáveis do que outras, mesmo dentro do mesmo país; e
   - como a incorporação de intervenções comprovadas específicas de nutrição aos sistemas de saúde afeta a nutrição e os resultados mais amplos no âmbito da saúde.

Até o final de 2018, os financiadores de pesquisas deverão ter anunciado pelo menos dois grandes programas de pesquisa, financiados por vários países, sobre os fatores habilitadores da adoção, implementação e aplicação de políticas e programas comprovados de nutrição, bem como sobre os obstáculos a essa adoção.

ACELERAR A CONTRIBUIÇÃO DOS MOTORES SUBJACENTES

1. **Definir metas para os resultados dos motores subjacentes.** Durante a próxima revisão de seus planos nacionais de nutrição e doenças não transmissíveis, governos e OSCs devem identificar os motores subjacentes primários de seus contextos de nutrição específicos e definir metas para acelerar sua melhoria.

2. **Definir metas para gastos sensíveis à nutrição.** Os governos, as agências da ONU, as organizações da sociedade civil (OSCs), os doadores e as empresas devem assumir compromissos mais ambiciosos quanto aos percentuais dos investimentos que são destinados a sistemas alimentares; água, saneamento e higiene (ASH); educação; igualdade de gênero; e programas de assistência social desenvolvidos explicitamente para ajudar a abordar a má nutrição em todas as suas formas.

3. **Aprofundar a compreensão dos motores comuns da nutrição inadequada.** Os pesquisadores precisam criar uma estrutura conceitual unificada para compreender os motores subjacentes do sobrepeso/da obesidade, da deficiência de micronutrientes, do atraso no crescimento e da emaciação, e para identificar motores comuns a todas as formas de má nutrição. Isso ajudará a nortear compromissos específicos por parte dos governos, dos doadores, das agências da ONU e das empresas a nível subjacente. O conteúdo deverá ser publicado em uma série sobre nutrição do periódico *Lancet*, com apoio de financiadores e governos.

4. **Fortalecer as ações para a melhoria da nutrição voltadas para os indivíduos afetados por conflitos e emergências.** Caberá aos principais organismos nacionais e internacionais de ação humanitária garantir que suas ações sejam mais voltadas para a nutrição e realizar um trabalho melhor sob os seguintes aspectos:

   - monitorar o acesso de grupos vulneráveis a intervenções humanitárias que combatam a má nutrição e eliminem a lacuna entre as intervenções humanitárias e de desenvolvimento;
   - cumprir os padrões do projeto Sphere para a implementação de respostas humanitárias com fornecimento de alimentos e intervenções em nutrição como forma de fortalecer a responsabilização para com grupos vulneráveis; e
   - usar sistematicamente a ciência climática, os mecanismos de assistência social e as novas tecnologias de dados para aumentar a capacidade dos motores subjacentes de melhorar os preparativos e a resposta para situações de choque.

Essas partes interessadas devem ser encorajadas a assumir compromissos SMART nas áreas supramencionadas como parte do processo N4G de 2016 e também durante a definição de metas dos ODS a nível nacional.

Países | Organizações da sociedade civil | Organizações da ONU | Doadores | Empresas | Outras organizações

FINANCIAR AS METAS GLOBAIS

1. **Aumentar as alocações orçamentárias para programas específicos de nutrição.** De acordo com as análises reportadas no Capítulo 7, os governos e doadores terão que triplicar as alocações para intervenções de alto impacto que abordem o atraso no crescimento, a emaciação, a anemia e o aleitamento materno exclusivo ao longo do período 2016–2025, a fim de cumprir as metas globais.

2. **Aumentar as alocações orçamentárias para o combate e a prevenção da obesidade e das doenças não transmissíveis relacionadas com a nutrição.** O financiamento das políticas e intervenções voltadas para a obesidade e as doenças não transmissíveis relacionadas com a nutrição representa uma pequena fração dos gastos previstos nos orçamentos governamentais e das organizações de ajuda internacional. Os governos devem estimar os custos de seus planos nacionais de combate a doenças não transmissíveis à medida que os desenvolverem, e os financiadores devem patrociná-los.

3. **Expandir a proporção de orçamentos setoriais que visem melhorar as condições nutricionais.** Os governos, a sociedade civil e as agências de desenvolvimento precisam aumentar seus esforços para que um percentual maior dos orçamentos para a agricultura, a educação, o sistema alimentar, os sistemas de saúde, a assistência social e de ASH seja mais diretamente destinado a todas as formas de nutrição. Os orçamentos são de proporções consideráveis, mas apenas uma pequena porção deles incorpora explicitamente a nutrição entre suas metas. Um primeiro passo essencial seria definir uma linha de referência e uma meta de gastos conforme a metodologia SMART em cada setor. Os países que abriram caminho na área de orçamento específico para a nutrição poderiam dar o exemplo, fazendo relatórios sobre tais metas no *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2017*.

4. **Cabe a todas as partes interessadas monitorar, de maneira mais consistente, seus gastos totais relacionados com a nutrição.** Considerando-se seu papel catalisador e sua capacidade relativamente forte, os doadores precisam reportar os compromissos para com o financiamento de intervenções específicas de nutrição, bem como os desembolsos a eles destinados. Devem também discriminar, todos os anos, os compromissos e desembolsos dos setores de desenvolvimento e social mais abrangentes, sensíveis à nutrição, usando a mesma metodologia, a partir do *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2017*.

5. **Fazer com que os códigos do Sistema de Notificação de Países Credores funcionem melhor para a responsabilização relacionada com a nutrição**. Até a Cúpula N4G de 2020, o banco de dados do Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento da OCDE deverá desenvolver códigos para gastos de assistência a projetos sensíveis à nutrição, para combate à subnutrição, e a projetos de combate a doenças não transmissíveis relacionadas com a nutrição.

MEDIR O PROGRESSO AOS NÍVEIS NACIONAL E SUBNACIONAL

1. **O ODS 2 é apenas o início da responsabilização pela nutrição, não o fim.** Os governos nacionais devem enxergar bem além do ODS 2 ao monitorar o progresso em nutrição e desenvolver mecanismos de emissão de relatórios anuais nacionais e subnacionais para avaliar o progresso nos resultados e nas ações relacionados com a nutrição.

2. **Alinhar as DHSs (Pesquisas de Demografia e Saúde) e as MICSs (Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos) com os indicadores relacionados com a nutrição dos ODSs.** Nos próximos 12 meses, os parceiros de implementação e financiamento por trás das DHSs e das MICSs devem trabalhar juntos, a fim de identificar quais indicadores dos ODSs podem ser acrescentados às pesquisas.

3. **Incentivar a inovação na coleta de dados sobre nutrição.** É necessário desenvolver outras maneiras criativas de usar e coletar dados aos níveis nacional e subnacional. Os responsáveis pelo financiamento das pesquisas devem estimular isso oferecendo prêmios pela inovação. Até o final de 2018, deverá ser anunciado um programa de pesquisa sobre o assunto envolvendo vários países, a ser cumprido ao longo de vários anos.

4. **Medir as desigualdades e honrar o compromisso dos ODSs de não deixar ninguém para trás.** Os governos, os doadores e a sociedade civil devem empenhar-se mais para identificar e abordar desigualdades nos resultados de nutrição e no acesso aos serviços de nutrição. No mínimo, todos os novos relatórios de DHS e de MICS devem incluir o conjunto de estratificadores mencionados no Capítulo 8.

5. **Fortalecer a responsabilização pela nutrição junto aos indivíduos afetados por conflitos e emergências.** As agências da ONU e os governos devem empenhar-se mais no sentido de avaliar as condições nutricionais das pessoas deslocadas e seu acesso a alimentos, a cuidados e a serviços de saúde, abordando as lacunas aí identificadas. Os países vulneráveis a emergências precisam esforçar-se mais para incorporar um planejamento para situações de emergência aos seus planos nacionais de nutrição. Até o final de 2017, como parte da Década de Ação, os governos nacionais devem pensar em avaliar se estão devidamente preparados para situações de emergência no âmbito de seus atuais planos nacionais de nutrição.

Países | Organizações da sociedade civil | Organizações da ONU | Doadores | Empresas | Outras organizações

APÊNDICE 1 ONDE AS FORMAS DE MÁ NUTRIÇÃO SE SOBREPÕEM

TABELA A1.1 Países onde há casos de sobreposição de atraso no crescimento em menores de cinco anos, anemia em mulheres em idade reprodutiva e sobrepeso e obesidade em adultos

Grupo indicador/sobreposição	Número de países	População total (milhões)	Países
Atraso no crescimento em menores de cinco anos apenas	2	111	Etiópia, Ruanda
Anemia em MIR apenas	5	258	Gana, Japão, Senegal, Sri Lanka, Tailândia
Sobrepeso/obesidade apenas em adultos (+18 anos) (IMC ≥ 25)	14	919	Alemanha, Antiga República Iugoslava da Macedônia, Argentina, Austrália, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México, Estados Unidos, Paraguai, Peru, Tonga, Uruguai
Atraso no crescimento em menores de cinco anos e anemia apenas em MIR	48	2.910	Afeganistão, Angola, Bangladesh, Benim, Burquina Faso, Burundi, Butão, Camarões, Camboja, Comores, Congo, Costa do Marfim, Djibouti, Eritreia, Filipinas, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Índia, Indonésia, Libéria, Madagáscar, Malawi, Maldivas, Mali, Mauritânia, Moçambique, Mianmar, Nepal, Níger, Nigéria, Paquistão, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Democrática Popular do Laos, República Popular Democrática da Coreia, República Unida da Tanzânia, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Somália, Sudão, Tchad, Timor-Leste, Togo, Uganda, Zâmbia, Zimbábue
Atraso no crescimento em menores de cinco anos e sobrepeso/obesidade apenas em adultos	2	15	Honduras, Nicarágua
Anemia em MIR e sobrepeso/obesidade apenas em adultos	35	484	Arábia Saudita, Argélia, Azerbaijão, Barbados, Belarus, Belize, Bolívia, Bósnia e Herzegovina, Brunei, Cazaquistão, El Salvador, Gabão, Geórgia, Guiana, Irã, Jamaica, Jordânia, Kuwait, Malásia, Marrocos, Mongólia, Montenegro, Omã, Panamá, Quirguistão, República da Moldova, República Dominicana, Santa Lúcia, Seicheles, Sérvia, Suriname, Tunísia, Turquia, Uzbequistão, Venezuela
Atraso no crescimento em menores de cinco anos, anemia em MIR e sobrepeso/obesidade em adultos	20	303	África do Sul, Albânia, Armênia, Botsuana, Equador, Egito, Guatemala, Guiné Equatorial, Haiti, Iêmen, Ilhas Salomão, Iraque, Lesoto, Líbia, Namíbia, Papua Nova Guiné, República Árabe da Síria, Suazilândia, Tajiquistão, Vanuatu
Abaixo do limite para todos os três indicadores	3	1.545	China, República da Coreia, Vietnã
Total dos países com dados	129	6.544	
Faltam dados para pelo menos um indicador	64		
Total	193		

Fonte: autores.

Fontes de dados: UNICEF, OMS e Banco Mundial (2015) (dados de atraso no crescimento de 2005–2015); Stevens et al. (2013) (os dados de anemia são de 2011); OMS (2015a) (dados de sobrepeso e obesidade de 2014); Nações Unidas (2013) (os dados populacionais são de 2015).

Notas: MIR = mulheres em idade reprodutiva; IMC = índice de massa corporal. Os limites para posicionar os países em cada categoria de indicador são os seguintes: atraso no crescimento em menores de cinco anos ≥ 20%, anemia em MIR ≥ 20% e sobrepeso/obesidade em adultos ≥35%. Esses limites foram selecionados porque a Organização Mundial da Saúde considera que eles sejam capazes de indicar a importância dessas deficiências para a saúde pública (OMS 2010a).

APÊNDICE 2 REGRAS PARA DETERMINAR SE OS PAÍSES ESTÃO NO RUMO CERTO OU NÃO PARA ATINGIR AS METAS GLOBAIS (NO *RELATÓRIO SOBRE A NUTRIÇÃO MUNDIAL DE 2015*)

TABELA A2.1 Regras para determinar o progresso nos indicadores de nutrição materna, de bebês e crianças pequenas da Assembleia Mundial da Saúde

Indicador	No rumo certo		Fora do rumo	
Emaciação (em menores de cinco anos)	Taxa atual < 5%		Taxa atual ≥ 5%	
Anemia (em mulheres em idade reprodutiva)	TRAM atual ≥ 5,2%		TRAM atual < 5,2%	
	Progresso substancial	**Em risco**	**Algum progresso**	**Nenhum progresso**
Atraso no crescimento (em menores de cinco anos)	Taxa atual ≤ 5% e TRAM atual ≥ 0 (taxa de 5% ou inferior e em declínio) Ou TRAM atual ≥ TRAM requerida específica do país, independentemente da prevalência (taxa de diminuição mais rápida do que a taxa necessária para atingir a meta global)	Taxa atual ≤ 5% e TRAM atual < 0 (taxa de 5% ou inferior, mas aumentando)	Taxa atual > 5% e TRAM atual > 0, mas < TRAM específica por país para atingir a meta global (taxa acima de 5% e em declínio, porém não rápido o suficiente para atingir a meta global)	Taxa atual > 5% e TRAM atual ≤ 0 (taxa acima de 5% e estacionária ou piorando)
Sobrepeso (em menores de cinco anos)	Taxa atual < 7% e TRAM atual ≥ 0 (taxa abaixo do limite de 7% e em declínio)	Taxa atual < 7% e TRAM atual < 0 (taxa abaixo do limite de 7%, porém aumentando)	Taxa atual ≥ 7% e TRAM atual > 0 (taxa no limite de 7% ou acima dele e em declínio)	Taxa atual ≥ 7% e TRAM atual ≤ 0 (taxa no limite de 7% ou acima dele e aumentando)
	No rumo certo	**Algum progresso**	**Nenhum progresso**	**Retrocesso**
Aleitamento materno exclusivo (em bebês abaixo de seis meses de idade)	AAMPP ≥ meta AAMPP	AAMPP ≥ 25% e < 100% da meta AAMPP	AAMPP (positivo ou negativo) < 25% da meta AAMPP e não há declínio de 10% ou mais das taxas de AME	Houve um declínio superior a 10% nas taxas de AME durante qualquer período recente a qualquer nível de AME

Fonte: autores.

Observação: em 2015, não houve regras propostas pela Organização Mundial da Saúde, nem pelo UNICEF para avaliação do progresso em bebês com baixo peso ao nascer (nascidos vivos <2.500 gramas). TRAM = taxa de redução anual média; AME = aleitamento materno exclusivo; AAMPP = aumento anual médio em pontos percentuais.

TABELA A2.2 Regras para determinar o progresso em indicadores de doenças não transmissíveis

Sobrepeso/obesidade em adultos (IMC ≥ 25)		Categoria de progresso	
	Alteração nas taxas de prevalência entre 2010 e 2014	Prevalência de referência de sobrepeso e obesidade em adultos < 35% (abaixo da média)	Prevalência de referência de sobrepeso e obesidade em adultos ≥ 35% (acima da média)
No rumo certo	Nenhuma mudança ou declínio	Baixa e estável/em declínio	Alta, porém estável/em declínio
Fora do rumo	Aumento	Baixa, porém aumentando	Alta e aumentando

Obesidade e diabetes em adultos	No rumo certo	Fora do rumo
Obesidade em adultos (IMC ≥ 30)	Nenhuma alteração ou declínio na taxa de prevalência entre 2010 e 2014	Um aumento nas taxas de prevalência entre 2010 e 2014
Diabetes em adultos	Nenhuma alteração ou declínio na taxa de prevalência entre 2010 e 2014	Um aumento nas taxas de prevalência entre 2010 e 2014

Fonte: autores.

Observação: Adultos acima de 18 anos de idade ou mais. O indicador de diabetes é medido com o aumento da glicose no sangue (glicose em jejum ≥ 7,0 mmol/l [126 mg/dL] ou uso de medicação para glicose sanguínea elevada, ou histórico de diagnóstico de diabetes). IMC = índice de massa corporal.

APÊNDICE 3 STATUS E PROGRESSO NA NUTRIÇÃO POR PAÍS

TABELA A3.1 Países com novos pontos de dados a partir do *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015* e da consequente mudança na avaliação dos progressos rumo aos objetivos da AMS

Meta/país	Avaliação de 2015	Avaliação de 2016
Aleitamento materno exclusivo em bebês < 6 meses		
ARI da Macedônia	Dados insuficientes para fazer uma avaliação	Fora do rumo, algum progresso
Butão	Dados insuficientes para fazer uma avaliação	Fora do rumo, algum progresso
Camarões	Fora do rumo, nenhum progresso	No rumo certo
Congo	Fora do rumo, nenhum progresso	No rumo certo
Guatemala	Dados insuficientes para fazer uma avaliação	Fora do rumo, algum progresso
Omã	Dados insuficientes para fazer uma avaliação	Dados insuficientes para fazer uma avaliação
Panamá	Dados insuficientes para fazer uma avaliação	Dados insuficientes para fazer uma avaliação
RPD da Coreia	Dados insuficientes para fazer uma avaliação	Dados insuficientes para fazer uma avaliação
São Tomé e Príncipe	Fora do rumo, nenhum progresso	No rumo certo
Suazilândia	No rumo certo	No rumo certo
Tchad	Dados insuficientes para fazer uma avaliação	Fora do rumo, nenhum progresso
Timor-Leste	Dados insuficientes para fazer uma avaliação	No rumo certo
Turquemenistão	Dados insuficientes para fazer uma avaliação	Dados insuficientes para fazer uma avaliação
Vanuatu	No rumo certo	No rumo certo
Atraso no crescimento em menores de cinco anos		
El Salvador	Fora do rumo, algum progresso	No rumo certo, progresso substancial
Iêmen	Fora do rumo, algum progresso	Fora do rumo, algum progresso
Índia	Fora do rumo, algum progresso	Fora do rumo, algum progresso
Nepal	No rumo certo, progresso substancial	Fora do rumo, algum progresso
Sobrepeso em menores de cinco anos		
El Salvador	No rumo certo, progresso substancial	No rumo certo, em risco
Iêmen	No rumo certo, progresso substancial	No rumo certo, em risco
Nepal	No rumo certo, em risco	No rumo certo, em risco
Emaciação em menores de cinco anos		
El Salvador	No rumo certo	No rumo certo
Iêmen	Fora do rumo	Fora do rumo
Índia	Fora do rumo	Fora do rumo
Nepal	Fora do rumo	Fora do rumo

Fonte: autores. Os dados para a avaliação de 2016 são baseados nas Estimativas Conjuntas de Má Nutrição da atualização de setembro de 2015 (UNICEF, OMS e Banco Mundial, 2015), exceto aleitamento materno exclusivo de bebês < 6 meses, que foi atualizada em março de 2016 (UNICEF 2016b).

Observação: Ver o Apêndice 2 para informar-se sobre as regras que determinam se os países estão ou não no rumo certo para alcançar as metas de Nutrição Materna e Infantil da AMS de 2025. ARI da Macedônia = Antiga República Iugoslava da Macedônia, RPD da Coreia = República Popular Democrática da Coreia.

TABELA A3.2 Países classificados da menor para a maior prevalência de atraso no crescimento

Classi-ficação	País	Prevalência de atraso no crescimento (%)	Classifi-cação	País	Prevalência de atraso no crescimento (%)	Classifi-cação	País	Prevalência de atraso no crescimento (%)
1	Alemanha	1,3	47	Malásia	17,2	93	Comores	32,1
2	Chile	1,8	48	Gabão	17,5	93	Libéria	32,1
3	Austrália	2,0	48	Peru	17,5	95	Camboja	32,4
4	Estados Unidos	2,1	50	Azerbaijão	18,0	96	Camarões	32,6
5	República da Coreia	2,5	51	Bolívia	18,1	97	Ilhas Salomão	32,8
5	Santa Lúcia	2,5	52	Gana	18,8	98	Burquina Faso	32,9
7	Belarus	4,5	53	Panamá	19,1	98	Nigéria	32,9
8	ARI da Macedônia	4,9	54	Belize	19,3	100	Lesoto	33,2
9	Costa Rica	5,6	55	Senegal	19,4	101	Djibouti	33,5
10	Jamaica	5,7	55	Vietnã	19,4	102	Butão	33,6
11	Kuwait	5,8	57	Uzbequistão	19,6	103	Benim	34,0
12	Sérvia	6,0	58	Brunei	19,7	104	Uganda	34,2
13	República da Moldova	6,4	59	Maldivas	20,3	105	Rep. Unida da Tanzânia	34,7
14	Irã	6,8	60	Armênia	20,8	106	Mianmar	35,1
15	Brasil	7,1	61	Líbia	21,0	107	Bangladesh	36,1
15	República Dominicana	7,1	62	Haiti	21,9	108	Indonésia	36,4
15	Japão	7,1	63	Mauritânia	22,0	109	Nepal	37,4
18	Barbados	7,7	64	Egito	22,3	110	Serra Leoa	37,9
19	Jordânia	7,8	65	Iraque	22,6	110	Ruanda	37,9
20	Seicheles	7,9	66	Honduras	22,7	112	Sudão	38,2
21	Tonga	8,1	67	Nicarágua	23	113	Mali	38,5
22	Argentina	8,2	68	Albânia	23,1	114	Tchad	38,7
23	Suriname	8,8	68	Namíbia	23,1	114	Índia	38,7
24	Bósnia e Herzegovina	8,9	70	África do Sul	23,9	116	Zâmbia	40,0
25	Arábia Saudita	9,3	71	Nauru	24,0	117	Etiópia	40,4
26	Montenegro	9,4	72	Gâmbia	24,5	118	República Centro-Africana	40,7
26	China	9,4	73	Congo	25,0	119	Afeganistão	40,9
28	Turquia	9,5	74	Equador	25,2	120	Malawi	42,4
29	Omã	9,8	75	Suazilândia	25,5	121	RDC	42,6
30	Tuvalu	10,0	76	Somália	25,9	122	Níger	43,0
31	Tunísia	10,1	77	Quênia	26,0	123	Moçambique	43,1
32	Uruguai	10,7	78	Guiné Equatorial	26,2	124	RDP do Laos	43,8
33	Mongólia	10,8	79	Tajiquistão	26,8	125	Paquistão	45,0
34	Paraguai	10,9	80	República Árabe da Síria	27,5	126	Iêmen	46,5
35	Geórgia	11,3	80	Togo	27,5	127	Guatemala	48,0
36	Argélia	11,7	82	Zimbábue	27,6	128	Madagascar	49,2
37	Guiana	12,0	82	Guiné-Bissau	27,6	129	Papua Nova Guiné	49,5
38	Colômbia	12,7	84	RPD da Coreia	27,9	130	Eritreia	50,3
39	Quirguistão	12,9	85	Vanuatu	28,5	131	Burundi	57,5
40	Cazaquistão	13,1	86	Angola	29,2	132	Timor-Leste	57,7
41	Venezuela	13,4	87	Costa do Marfim	29,6			
42	México	13,6	88	Filipinas	30,3			
43	El Salvador	14,0	89	Sudão do Sul	31,1			
44	Sri Lanka	14,7	90	Guiné	31,3			
45	Marrocos	14,9	91	Botsuana	31,4			
46	Tailândia	16,3	92	São Tomé e Príncipe	31,6			

Fonte: autores, com base em dados do UNICEF, da OMS e do Banco Mundial (2015).

Observação: ARI da Macedônia = Antiga República Iugoslava da Macedônia, RDC = República Democrática do Congo, RDP do Laos = República Democrática Popular do Laos, RPD da Coreia = República Popular Democrática da Coreia.

No rumo certo, progresso substancial

Fora do rumo, algum progresso

Fora do rumo, nenhum progresso

Dados insuficientes para fazer uma avaliação

TABELA A3.3 Países classificados da menor para a maior prevalência de emaciação

Classificação	País	Prevalência de emaciação (%)	Classificação	País	Prevalência de emaciação (%)	Classificação	País	Prevalência de emaciação (%)
1	Austrália	0,0	45	Tuvalu	3,3	93	Mianmar	7,9
2	Chile	0,3	48	Gabão	3,4	93	Filipinas	7,9
3	Peru	0,4	49	Santa Lúcia	3,7	93	Nigéria	7,9
4	Estados Unidos	0,5	50	República Unida da Tanzânia	3,8	96	RDC	8,1
5	Colômbia	0,9	50	Malawi	3,8	97	Angola	8,2
6	Costa Rica	1,0	52	Sérvia	3,9	98	Etiópia	8,7
6	Nauru	1,0	53	Quênia	4,0	99	Albânia	9,4
6	Alemanha	1,0	53	Irã	4,0	99	Serra Leoa	9,4
6	Mongólia	1,0	53	RPD da Coreia	4,0	101	Afeganistão	9,5
10	Guatemala	1,1	56	Argélia	4,1	101	Egito	9,5
11	Argentina	1,2	56	Cazaquistão	4,1	103	Camboja	9,6
11	Panamá	1,2	56	Venezuela	4,1	104	Guiné	9,9
11	República da Coreia	1,2	59	Armênia	4,2	104	Tajiquistão	9,9
14	Uruguai	1,3	60	Ilhas Salomão	4,3	106	Maldivas	10,2
15	Honduras	1,4	60	Seicheles	4,3	107	Paquistão	10,5
16	Nicarágua	1,5	60	Uganda	4,3	108	Burquina Faso	10,9
17	Bolívia	1,6	63	Vanuatu	4,4	109	Comores	11,1
17	México	1,6	64	Uzbequistão	4,5	110	São Tomé e Príncipe	11,2
17	Brasil	1,6	64	Benim	4,5	111	Nepal	11,3
17	Geórgia	1,6	66	Gana	4,7	112	Gâmbia	11,5
21	Turquia	1,7	66	África do Sul	4,7	112	República Árabe da Síria	11,5
22	ARI da Macedônia	1,8	68	Suriname	5,0	114	Mauritânia	11,6
23	República da Moldova	1,9	69	Haiti	5,2	115	Arábia Saudita	11,8
24	Suazilândia	2,0	69	Tonga	5,2	116	Indonésia	13,5
24	El Salvador	2,0	71	Libéria	5,6	117	Papua Nova Guiné	14,3
26	Belarus	2,2	72	Vietnã	5,7	117	Bangladesh	14,3
26	Ruanda	2,2	73	Senegal	5,8	119	Somália	14,9
28	Bósnia e Herzegovina	2,3	73	Camarões	5,8	120	Índia	151
28	Marrocos	2,3	75	Butão	5,9	121	Eritreia	15,3
28	Japão	2,3	75	Congo	5,9	121	Mali	15,3
28	Equador	2,3	77	Guiné-Bissau	6,0	123	Tchad	15,7
28	China	2,3	78	Moçambique	6,1	124	Sudão	16,3
33	Jordânia	2,4	78	Burundi	6,1	124	Iêmen	16,3
33	Kuwait	2,4	80	Zâmbia	6,3	126	Níger	18,7
33	República Dominicana	2,4	81	RDP do Laos	6,4	127	Timor-Leste	18,9
36	Paraguai	2,6	81	Guiana	6,4	128	Sri Lanka	21,4
37	Tunísia	2,8	83	Líbia	6,5	129	Djibouti	21,5
37	Montenegro	2,8	84	Tailândia	6,7	130	Sudão do Sul	22,7
37	Lesoto	2,8	84	Togo	6,7			
37	Quirguistão	2,8	86	Barbados	6,8			
41	Brunei	2,9	87	Omã	7,1			
42	Jamaica	3,0	87	Namíbia	7,1			
43	Azerbaijão	3,1	89	Botsuana	7,2			
43	Guiné Equatorial	3,1	90	Iraque	7,4			
45	Zimbábue	3,3	90	República Centro-Africana	7,4			
45	Belize	3,3	92	Costa do Marfim	7,6			

Fonte: autores, com base em dados do UNICEF, da OMS e do Banco Mundial (2015).

Observação: ARI da Macedônia = Antiga República Iugoslava da Macedônia, RDC = República Democrática do Congo, RDP do Laos = República Democrática Popular do Laos, RPD da Coreia = República Popular Democrática da Coreia.

No rumo certo Fora do rumo

TABELA A3.4 Países classificados da menor para a maior prevalência de sobrepeso em menores de cinco anos

Classi-ficação	País	Prevalência de sobrepeso (%)	Classifi-cação	País	Prevalência de sobrepeso (%)	Classifi-cação	País	Prevalência de sobrepeso (%)
1	RPD da Coreia	0,0	46	Colômbia	4,8	92	Suazilândia	9,0
2	Sri Lanka	0,6	48	Guatemala	4,9	94	Chile	9,3
3	Mauritânia	1,2	48	República da Moldova	4,9	95	Belarus	9,7
4	Senegal	1,3	50	Filipinas	5,0	95	Guiné Equatorial	9,7
5	Bangladesh	1,4	51	Malawi	5,1	97	Argentina	9,9
6	Japão	1,5	52	Honduras	5,2	98	Seicheles	10,2
7	Omã	1,7	52	Rep. Unida da Tanzânia	5,2	99	Mongólia	10,5
7	Benim	1,7	54	Guiana	5,3	100	Marrocos	10,7
9	República Centro-Africana	1,8	55	Afeganistão	5,4	101	Tailândia	10,9
9	Nigéria	1,8	56	Timor-Leste	5,8	101	Turquia	10,9
11	Eritreia	1,9	56	Uganda	5,8	101	Comores	10,9
11	Índia	1,9	58	Sudão do Sul	6,0	104	Botsuana	11,2
13	RDP do Laos	2,0	58	Estados Unidos	6,0	105	Indonésia	11,5
13	Togo	2,0	58	El Salvador	6,0	106	São Tomé e Príncipe	11,6
13	Camboja	2,0	61	Arábia Saudita	6,1	107	Paraguai	11,7
13	Iêmen	2,0	62	Zâmbia	6,2	108	Iraque	11,8
17	Nepal	2,1	62	Nicarágua	6,2	109	Barbados	12,2
18	Guiné-Bissau	2,3	64	Santa Lúcia	6,3	110	Argélia	12,4
19	Ilhas Salomão	2,5	64	Tuvalu	6,3	110	ARI da Macedônia	12,4
20	Gana	2,6	66	Venezuela	6,4	112	Uzbequistão	12,8
20	Etiópia	2,6	67	Camarões	6,5	113	Azerbaijão	13,0
20	Mianmar	2,6	67	Maldivas	6,5	114	Cazaquistão	13,3
23	Gâmbia	2,7	69	Tajiquistão	6,6	115	Papua Nova Guiné	13,8
24	Burquina Faso	2,8	69	China	6,6	116	Sérvia	13,9
24	Tchad	2,8	71	Quirguistão	7,0	117	Tunísia	14,3
24	Nauru	2,8	72	Peru	7,2	118	Egito	15,7
27	Somália	2,9	72	Uruguai	7,2	119	Armênia	16,8
27	Burundi	2,9	74	Brasil	7,3	120	Tonga	17,3
29	Sudão	3,0	74	República da Coreia	7,3	121	Bósnia e Herzegovina	17,4
29	Níger	3,0	76	Lesoto	7,4	122	República Árabe da Síria	17,9
31	Libéria	3,2	77	Equador	7,5	123	Geórgia	19,9
31	Costa do Marfim	3,2	78	República Dominicana	7,6	124	Montenegro	22,3
33	Alemanha	3,5	78	Butão	7,6	125	Líbia	22,4
34	Zimbábue	3,6	80	Gabão	7,7	126	Albânia	23,4
34	República Democrática do Congo	3,6	80	Austrália	7,7			
34	Haiti	3,6	80	Ruanda	7,7			
37	Guiné	3,8	83	Jamaica	7,8			
38	Suriname	4,0	84	Moçambique	7,9			
39	Namíbia	4,1	84	Belize	7,9			
39	Quênia	4,1	86	Djibouti	8,1			
41	RDC	4,4	86	Costa Rica	8,1			
42	Vietnã	4,6	88	Brunei	8,3			
42	Vanuatu	4,6	89	Bolívia	8,7			
44	Mali	4,7	89	Kuwait	8,7			
44	Jordânia	4,7	91	Serra Leoa	8,9			
46	Paquistão	4,8	92	México	9,0			

Fonte: autores, com base em dados do UNICEF, da OMS e do Banco Mundial (2015).

Observação: ARI da Macedônia = Antiga República Iugoslava da Macedônia, RDC = República Democrática do Congo, RDP do Laos = República Democrática Popular do Laos, RPD da Coreia = República Popular Democrática da Coreia.

No rumo certo, progresso substancial | No rumo certo, em risco | Fora do rumo, algum progresso | Fora do rumo, nenhum progresso | Dados insuficientes para fazer uma avaliação

TABELA A3.5 Países classificados da menor para a maior prevalência de anemia em mulheres em idade reprodutiva

Classificação	País	Prevalência de anemia (%)	Classificação	País	Prevalência de anemia (%)	Classificação	País	Prevalência de anemia (%)
1	Estados Unidos	11,9	47	Brunei	20,4	93	Trinidad e Tobago	25,3
2	Chile	12,1	47	Grécia	20,4	93	Ilhas Salomão	25,3
3	Nicarágua	12,9	49	Malásia	20,7	93	São Vicente e Granadinas	25,3
4	Vietnã	14,1	50	Burundi	20,9	96	Filipinas	25,4
5	México	14,4	50	Kiribati	20,9	97	Dominica	25,5
6	Reino Unido	14,7	52	Seicheles	21,2	98	Sri Lanka	25,7
7	Nova Zelândia	14,8	53	Federação Russa	21,4	98	Guatemala	25,7
8	Argentina	15,6	54	Albânia	21,5	100	Granada	25,8
9	Canadá	16,5	55	Vanuatu	21,7	101	Armênia	25,9
10	Andorra	17,0	55	Belize	21,7	102	República Dominicana	26,0
10	Islândia	17,0	57	Singapura	22,0	102	República da Moldova	26,0
12	Malta	17,1	58	Japão	22,1	104	Emirados Árabes Unidos	26,2
12	Israel	17,1	59	Kuwait	22,4	105	Santa Lúcia	26,4
14	Irlanda	17,2	59	Belarus	22,4	106	Uganda	26,7
15	Noruega	17,3	61	Timor-Leste	22,5	107	Lesoto	26,8
16	Uruguai	17,4	61	Indonésia	22,5	107	Fiji	26,8
16	Ruanda	17,4	61	República Tcheca	22,5	109	Djibouti	27,1
18	Austrália	17,5	61	Venezuela	22,5	110	Líbano	27,5
19	Luxemburgo	17,6	65	Ucrânia	22,8	110	Geórgia	27,5
20	Finlândia	17,7	66	Lituânia	23,0	112	África do Sul	27,6
20	Samoa	17,7	67	Bahamas	23,1	113	Chipre	27,7
22	Suécia	17,8	67	Barbados	23,1	114	Suazilândia	27,8
23	Alemanha	17,9	69	Polônia	23,3	115	Qatar	27,9
24	Dinamarca	18,0	69	Eslováquia	23,3	115	Líbia	27,9
24	Bélgica	18,0	71	Ilhas Maurício	23,4	117	Tunísia	28,0
24	Honduras	18,0	71	Cuba	23,4	118	Irã	28,1
27	Holanda	18,1	73	El Salvador	23,5	119	Jordânia	28,4
27	Espanha	18,1	73	Letônia	23,5	119	Zimbábue	28,4
29	Micronésia	18,3	73	Hungria	23,5	121	Botsuana	28,5
30	Áustria	18,5	76	Eslovênia	23,6	122	Turquia	28,8
30	Peru	18,5	77	Tailândia	23,8	122	Malawi	28,8
32	Tonga	18,6	78	Bulgária	23,9	124	Zâmbia	29,2
33	França	18,9	79	Estônia	24,0	125	Papua Nova Guiné	29,8
33	Portugal	18,9	80	Montenegro	24,1	125	Cazaquistão	29,8
35	Costa Rica	19,0	81	Bósnia e Herzegovina	24,3	127	Mianmar	30,3
36	Suíça	19,1	81	Equador	24,3	128	Comores	30,8
37	Etiópia	19,2	81	Romênia	24,3	129	República Árabe da Síria	30,9
38	Paraguai	19,3	84	Jamaica	24,4	130	RDP do Laos	31,0
38	ARI da Macedônia	19,3	85	Croácia	24,5	131	Iraque	31,3
40	Itália	19,4	86	Tajiquistão	24,6	132	Sudão	31,5
40	República da Coreia	19,4	87	Panamá	24,8	133	Madagascar	31,8
42	China	19,5	88	Suriname	24,9	134	Turquemenistão	32,1
42	Colômbia	19,5	88	Sérvia	24,9	135	Bolívia	32,4
44	Brasil	19,6	88	Antígua e Barbuda	24,9	136	Quirguistão	32,5
45	Ilhas Marshall	20,0	91	Quênia	25,0	137	Argélia	32,7
46	Mongólia	20,2	91	Coreia do Norte	25,0	137	Namíbia	32,7

Fonte: autores, com base em Stevens et al. (2013).

No rumo certo Fora do rumo

(Continua na página seguinte)

Continuação da Tabela A3.5

Classifi-cação	País	Prevalência de anemia (%)	Classifi-cação	País	Prevalência de anemia (%)	Classi-ficação	País	Prevalência de anemia (%)
137	Azerbaijão	32,7	155	Camarões	41,5	171	Guiné	48,4
140	Eritreia	32,8	156	Somália	42,6	172	Nigéria	48,5
141	Afeganistão	33,0	157	São Tomé e Príncipe	42,7	173	Costa do Marfim	48,8
142	Marrocos	33,1	158	Bangladesh	43,5	174	RDC	49,0
143	Guiana	33,7	159	Butão	43,7	175	Libéria	49,3
144	Egito	34,5	160	Camboja	43,8	176	Burquina Faso	49,5
145	Omã	35,1	161	Moçambique	44,2	177	Benim	49,6
146	Nepal	36,1	162	Guiné-Bissau	44,6	178	Congo	50,7
147	Maldivas	36,6	163	Angola	44,8	179	Gabão	50,8
148	Haiti	37,1	164	Serra Leoa	45,2	180	Paquistão	51,1
149	Iêmen	37,5	165	Gâmbia	45,3	181	Uzbequistão	51,7
150	Bahrein	37,6	166	Guiné Equatorial	45,4	182	Togo	52,7
151	Cabo Verde	37,9	167	República Centro-Africana	46,0	183	Mali	56,2
152	Mauritânia	39,0	168	Tchad	46,6	184	Gana	56,4
153	República Unida da Tanzânia	39,6	169	Níger	46,7	185	Senegal	57,5
154	Arábia Saudita	40,3	170	Índia	48,1			

Fonte: autores, com base em Stevens et al. (2013).

Observação: ARI da Macedônia = Antiga República Iugoslava da Macedônia, RDC = República Democrática do Congo, RDP do Laos = República Democrática Popular do Laos, RPD da Coreia = República Popular Democrática da Coreia.

No rumo certo Fora do rumo

TABELA A3.6 Países classificados da maior para a menor taxa de aleitamento materno exclusivo (AME)

Classificação	País	Taxa de AME (%)	Classificação	País	Taxa de AME (%)	Classificação	País	Taxa de AME (%)
1	Ruanda	87,0	48	Índia	46,4	95	China	27,6
2	Sri Lanka	75,8	49	Sudão do Sul	45,1	96	Mauritânia	26,9
3	São Tomé e Príncipe	73,8	50	Suazilândia	44,1	97	Uzbequistão	26,4
4	Ilhas Salomão	73,7	51	Colômbia	42,9	98	Argélia	25,7
5	Vanuatu	72,6	52	República Árabe da Síria	42,6	99	Paraguai	24,4
6	Zâmbia	72,5	53	Madagascar	41,9	100	Vietnã	24,3
7	Malawi	70,2	54	Indonésia	41,5	101	Jamaica	23,8
8	Burundi	69,3	55	Benim	41,4	102	Mianmar	23,6
9	Kiribati	69,0	56	República Unida da Tanzânia	41,1	103	Croácia	23,3
10	RPD da Coreia	68,9	56	Quirguistão	41,1	103	Guiana	23,3
11	Eritreia	68,7	58	Zimbábue	41,0	103	Níger	23,3
12	Peru	68,4	58	Moçambique	41,0	106	ARI da Macedônia	23,0
13	Nauru	67,2	60	RDP do Laos	40,4	107	Jordânia	22,7
14	Lesoto	66,9	61	Equador	40,0	108	Panamá	21,5
15	Camboja	65,0	62	Fiji	39,8	109	Ilhas Maurício	21,0
16	Bolívia	64,3	63	Haiti	39,7	110	Guiné	20,5
17	Uganda	63,2	63	Egito	39,7	111	Botsuana	20,3
17	Chile	63,2	65	Granada	39,0	112	Barbados	19,7
19	Timor-Leste	62,3	66	Brasil	38,6	112	Ucrânia	19,7
20	Quênia	61,4	66	Albânia	38,6	114	Iraque	19,6
21	Micronésia	60,0	68	Mali	37,8	115	Belarus	19,0
22	Cabo Verde	59,6	69	Paquistão	37,7	116	Bósnia e Herzegovina	18,5
23	Palau	59,0	70	República da Moldova	36,4	117	Nigéria	17,4
24	Togo	57,5	71	Tuvalu	34,7	118	Montenegro	16,8
25	Nepal	56,9	72	Armênia	34,6	119	Romênia	15,8
26	Papua Nova Guiné	56,1	73	Tajiquistão	34,3	120	Líbano	14,8
27	São Cristóvão e Névis	55,6	74	Emirados Árabes Unidos	34,0	121	Belize	14,7
28	Sudão	55,4	74	República Centro-Africana	34,0	122	México	14,4
29	Bangladesh	55,3	74	Filipinas	34,0	123	Trinidad e Tobago	12,8
30	Libéria	55,2	77	Bahrein	33,8	123	Sérvia	12,8
31	Geórgia	54,8	78	Cuba	33,2	125	Tailândia	12,3
32	Uruguai	54,1	79	Senegal	33,0	126	Costa do Marfim	12,1
33	Guatemala	53,2	80	Congo	32,9	126	Azerbaijão	12,1
34	Irã	53,1	81	Omã	32,8	126	Comores	12,1
35	Guiné-Bissau	52,5	82	Argentina	32,7	129	Kuwait	11,9
36	Gana	52,3	83	Costa Rica	32,5	130	Turquemenistão	10,9
37	Tonga	52,2	84	Serra Leoa	32,0	131	Iêmen	10,3
38	Etiópia	52,0	85	Cazaquistão	31,8	132	Tunísia	8,5
39	Butão	51,4	86	Nicarágua	31,7	133	África do Sul	8,3
40	Samoa	51,3	87	Ilhas Marshall	31,3	134	Guiné Equatorial	7,4
41	Burquina Faso	50,1	88	Honduras	31,2	135	Venezuela	7,1
42	Namíbia	48,5	89	Arábia Saudita	31,0	136	Gabão	6,0
43	Maldivas	47,8	90	Turquia	30,1	137	Somália	5,3
44	RDC	47,6	91	Qatar	29,3	138	República Dominicana	4,7
45	Mongólia	47,1	92	Malásia	29,0	139	Suriname	2,8
46	El Salvador	47,0	93	Camarões	28,2	140	Djibouti	1,3
47	Gâmbia	46,8	94	Marrocos	27,8	141	Tchad	0,3

Fonte: autores, com base em dados do UNICEF (2016b).

No rumo certo | Fora do rumo, algum progresso | Fora do rumo, nenhum progresso | Fora do rumo, retrocesso | Dados insuficientes para fazer uma avaliação

TABELA A3.7 Países classificados da menor para a maior prevalência de sobrepeso/obesidade em adultos

Classificação	País	Prevalência de sobrepeso em adultos (%)	Classificação	País	Prevalência de sobrepeso em adultos (%)	Classificação	País	Prevalência de sobrepeso em adultos (%)
1	Timor-Leste	14,5	46	Senegal	30,2	91	Ucrânia	54,2
2	Burundi	15,5	47	Mauritânia	30,3	92	Sérvia	54,5
3	Afeganistão	16,2	48	Costa do Marfim	30,6	93	Suíça	54,7
4	Mianmar	17,6	49	Zimbábue	30,7	94	Alemanha	54,8
4	Camboja	17,6	50	Angola	30,9	95	Geórgia	55,2
6	Nepal	18,0	51	Djibouti	31,9	95	Turquemenistão	55,2
7	Bangladesh	18,1	52	Gâmbia	32,5	95	Finlândia	55,2
8	Etiópia	18,9	53	Singapura	32,8	95	Dinamarca	55,2
9	Eritreia	19,0	54	Nigéria	33,3	95	ARI da Macedônia	55,2
9	RDP do Laos	19,0	55	República da Coreia	33,5	100	Seicheles	55,3
11	Níger	19,4	55	Camarões	33,5	101	Armênia	55,5
12	Ruanda	19,8	57	Gana	33,6	102	Portugal	55,6
13	RPD da Coreia	20,4	57	Congo	33,6	103	Montenegro	55,8
14	Vietnã	20,6	59	China	34,4	104	Holanda	55,9
14	RDC	20,6	60	São Tomé e Príncipe	34,8	104	Suécia	55,9
16	Somália	20,7	61	Lesoto	35,4	106	República Dominicana	56,3
17	República Centro-Africana	21,6	62	Cabo Verde	36,9	106	São Vicente e Granadinas	56,3
18	Moçambique	21,8	63	Haiti	38,5	108	Marrocos	56,5
18	Uganda	21,8	63	Malásia	38,5	108	Colômbia	56,5
20	Malawi	21,9	65	Suazilândia	41,4	110	Estônia	56,7
21	Índia	22,0	66	Guiné Equatorial	41,7	110	El Salvador	56,7
22	Madagascar	22,8	67	Namíbia	42,9	112	Bélgica	56,9
23	Paquistão	23,0	68	Gabão	44,8	113	Santa Lúcia	57,4
24	Filipinas	23,6	69	Tajiquistão	44,9	114	Granada	57,5
24	Burquina Faso	23,6	70	Ilhas Maurício	45,1	115	Romênia	57,6
26	Japão	24,2	71	República da Moldova	46,6	116	Letônia	57,9
27	Indonésia	24,5	72	Iêmen	46,8	116	Islândia	57,9
28	Comores	24,6	73	Brunei	47,0	116	Iraque	57,9
29	Libéria	25,0	74	Quirguistão	47,2	119	Belarus	58,0
30	Mali	25,1	75	Botsuana	48,0	119	Luxemburgo	58,0
31	Sri Lanka	25,2	76	Paraguai	48,5	121	Azerbaijão	58,1
32	Guiné	25,5	77	Uzbequistão	49,0	122	Peru	58,2
33	República Unida da Tanzânia	25,6	78	Nicarágua	49,4	123	Dominica	58,4
34	Tchad	25,8	79	Mongólia	50,4	124	República Árabe da Síria	58,5
34	Serra Leoa	25,8	80	Honduras	51,5	124	Noruega	58,5
36	Togo	25,9	81	Bósnia e Herzegovina	51,8	124	Suriname	58,5
37	Guiné-Bissau	26,1	82	Guatemala	52,0	127	Cuba	58,6
38	Quênia	26,2	83	Bolívia	52,1	128	Federação Russa	58,7
39	Butão	27,1	84	Albânia	52,7	129	Itália	58,8
40	Sudão	27,8	85	Guiana	52,9	129	Cazaquistão	58,8
40	Sudão do Sul	27,8	86	Áustria	53,1	129	Croácia	58,8
42	Benim	28,9	87	Belize	53,8	132	São Cristóvão e Névis	58,9
43	Zâmbia	29,2	88	África do Sul	53,9	133	Argélia	59,1
44	Maldivas	29,6	89	Equador	54,1	133	Bulgária	59,1
45	Tailândia	29,7	89	Brasil	54,1	133	Jamaica	59,1

Fonte: autores, com base na OMS (2015a).

Fora do rumo

(Continua na página seguinte)

Continuação da Tabela A3.7

Classificação	País	Prevalência de sobrepeso em adultos (%)	Classificação	País	Prevalência de sobrepeso em adultos (%)	Classificação	País	Prevalência de sobrepeso em adultos (%)
136	Hungria	59,6	154	Panamá	62,2	173	Vanuatu	67,9
137	Lituânia	60,1	155	Barbados	62,3	174	Líbia	68,7
138	Ilhas Salomão	60,2	155	Venezuela	62,3	174	Líbano	68,7
139	Irlanda	60,3	155	Irã	62,3	176	Micronésia	68,9
139	Chipre	60,3	158	Tunísia	62,9	177	Bahamas	69,0
141	Costa Rica	60,4	159	Chile	63,1	178	Arábia Saudita	69,6
142	Grécia	60,5	160	Reino Unido	63,4	179	Fiji	71,2
143	Eslovênia	60,6	160	República Tcheca	63,4	180	Bahrein	71,7
144	Papua Nova Guiné	60,7	162	Israel	63,5	181	Kiribati	73,1
144	França	60,7	163	Malta	64,0	182	Tuvalu	73,2
146	Espanha	60,9	163	Nova Zelândia	64,0	183	Emirados Árabes Unidos	74,0
147	Eslováquia	61,0	163	Austrália	64,0	184	Samoa	74,3
148	Polônia	61,1	166	México	64,4	185	Tonga	74,8
149	Trinidad e Tobago	61,4	166	Canadá	64,4	186	Kuwait	75,4
150	Uruguai	61,7	168	Jordânia	65,9	187	Ilhas Marshall	75,8
150	Argentina	61,7	169	Turquia	66,3	188	Nauru	77,8
152	Antígua e Barbuda	61,9	170	Andorra	66,9	189	Qatar	78,1
153	Egito	62,0	171	Estados Unidos	67,3	190	Palau	79,3
154	Panamá	62,2	172	Omã	67,4			

Fonte: autores, com base nos dados da OMS (2015a).

Observação: ARI da Macedônia = Antiga República Iugoslava da Macedônia, RDC = República Democrática do Congo, RDP do Laos = República Democrática Popular do Laos, RPD da Coreia = República Popular Democrática da Coreia.

Fora do rumo

TABELA A3.8 Países classificados da menor para a maior prevalência de obesidade em adultos

Classificação	País	Prevalência de obesidade em adultos (%)	Classificação	País	Prevalência de obesidade em adultos (%)	Classificação	País	Prevalência de obesidade em adultos (%)
1	Timor-Leste	2,2	46	Tailândia	8,5	91	Holanda	19,8
2	RPD da Coreia	2,4	47	Zâmbia	8,9	92	Montenegro	20,0
3	Burundi	2,6	48	Costa do Marfim	9,2	92	Brasil	20,0
4	Afeganistão	2,9	49	Benim	9,3	94	Turquemenistão	20,1
4	Mianmar	2,9	50	Djibouti	9,6	94	Ucrânia	20,1
6	Camboja	3,2	51	Mauritânia	9,7	94	Alemanha	20,1
7	Japão	3,3	52	Senegal	9,8	94	Portugal	20,1
7	Nepal	3,3	53	Angola	10,2	98	Bélgica	20,2
9	RDP do Laos	3,5	54	Zimbábue	10,5	99	Suécia	20,5
10	Vietnã	3,6	55	Gâmbia	10,9	100	Finlândia	20,6
10	Bangladesh	3,6	56	Nigéria	11,0	101	Geórgia	20,8
12	Etiópia	4,0	56	República Democrática do Congo	11,0	102	Itália	21,0
12	Ruanda	4,0	58	Camarões	11,4	102	Colômbia	21,0
14	Eritreia	4,1	59	Haiti	11,9	104	Peru	21,1
15	Níger	4,3	60	Gana	12,2	105	Romênia	21,7
16	RDC	4,4	61	São Tomé e Príncipe	12,3	106	El Salvador	21,8
17	Somália	4,6	62	Cabo Verde	13,0	107	Marrocos	22,3
18	Índia	4,9	63	Malásia	13,3	108	Botsuana	22,4
18	Uganda	4,9	64	Tajiquistão	13,6	109	Belize	22,5
20	Filipinas	5,1	65	Lesoto	14,2	109	Azerbaijão	22,5
20	República Centro-Africana	5,1	66	Quirguistão	14,4	111	Estônia	22,6
22	Moçambique	5,3	67	República da Moldova	14,9	112	Islândia	22,8
22	Malawi	5,3	68	Uzbequistão	15,5	113	Grécia	22,9
24	Madagascar	5,4	69	Paraguai	16,3	113	Guiana	22,9
24	Paquistão	5,4	70	Mongólia	16,7	115	Noruega	23,1
26	Indonésia	5,7	71	Nicarágua	17,1	115	Luxemburgo	23,1
27	República da Coreia	5,8	71	Bolívia	17,1	117	Bulgária	23,2
28	Singapura	6,2	73	Iêmen	17,2	118	Croácia	23,3
29	Burquina Faso	6,3	74	Guiné Equatorial	17,5	119	Belarus	23,4
30	Sri Lanka	6,5	75	Albânia	17,6	119	Cazaquistão	23,4
31	Libéria	6,6	75	Gabão	17,6	121	República Árabe da Síria	23,5
31	Comores	6,6	77	Suazilândia	17,7	122	Espanha	23,7
33	Butão	6,7	78	Ilhas Maurício	17,9	122	Letônia	23,7
34	Guiné	6,8	78	Bósnia e Herzegovina	17,9	124	Iraque	23,8
34	Mali	6,8	80	Brunei	18,1	124	Chipre	23,8
36	China	6,9	81	Honduras	18,2	126	República Dominicana	23,9
37	Quênia	7,0	82	Áustria	18,4	126	França	23,9
38	Rep. Unida da Tanzânia	7,1	83	Guatemala	18,6	128	Hungria	24,0
39	Guiné-Bissau	7,2	84	Equador	18,7	129	Federação Russa	24,1
40	Sudão	7,5	85	Namíbia	18,9	130	Costa Rica	24,3
40	Sudão do Sul	7,5	86	Dinamarca	19,3	130	São Vicente e Granadinas	24,3
40	Togo	7,5	87	Suíça	19,4	132	Venezuela	24,8
43	Serra Leoa	7,6	88	Sérvia	19,5	132	Argélia	24,8
44	Maldivas	7,9	88	Armênia	19,5	134	Eslovênia	25,1
45	Tchad	8,1	90	Antiga República Iugoslava da Macedônia	19,6	135	Cuba	25,2

Fonte: autores, com base nos dados da OMS (2015a).

Fora do rumo

(Continua na página seguinte)

Continuação da Tabela A3.8

Classifi-cação	País	Prevalência de obesidade em adultos (%)	Classifi-cação	País	Prevalência de obesidade em adultos (%)	Classifi-cação	País	Prevalência de obesidade em adultos (%)
135	Polônia	25,2	155	Ilhas Salomão	27,7	173	Líbia	33,1
137	Israel	25,3	156	Chile	27,8	174	Estados Unidos	33,7
138	Irlanda	25,6	157	Papua Nova Guiné	27,9	175	Arábia Saudita	34,7
139	Eslováquia	25,7	158	Canadá	28,0	176	Bahrein	35,1
140	Dominica	25,8	159	México	28,1	177	Vanuatu	35,4
141	Lituânia	25,9	159	Reino Unido	28,1	178	Bahamas	36,2
142	Irã	26,1	161	São Cristóvão e Névis	28,3	179	Fiji	36,4
142	Suriname	26,1	162	Austrália	28,6	180	Emirados Árabes Unidos	37,2
144	Granada	26,2	163	Egito	28,9	180	Micronésia	37,2
145	Seicheles	26,3	164	Nova Zelândia	29,2	182	Kuwait	39,7
145	Argentina	26,3	165	Andorra	29,5	183	Tuvalu	40,3
147	Malta	26,6	165	Turquia	29,5	184	Kiribati	40,6
148	Uruguai	26,7	167	Jordânia	30,5	185	Qatar	42,3
149	África do Sul	26,8	168	Antígua e Barbuda	30,9	186	Ilhas Marshall	42,8
149	República Tcheca	26,8	168	Omã	30,9	187	Tonga	43,3
149	Panamá	26,8	170	Trinidad e Tobago	31,1	188	Samoa	43,4
152	Santa Lúcia	26,9	171	Barbados	31,3	189	Nauru	45,6
153	Tunísia	27,1	172	Líbano	31,9	190	Palau	47,6
154	Jamaica	27,2						

Fonte: autores, com base nos dados da OMS (2015a).

Observação: ARI da Macedônia = Antiga República Iugoslava da Macedônia, RDC = República Democrática do Congo, RDP do Laos = República Democrática Popular do Laos, RPD da Coreia = República Popular Democrática da Coreia.

Fora do rumo

TABELA A3.9 Países classificados da menor para a maior prevalência de diabetes em adultos

Classificação	País	Prevalência de diabetes (%)	Classificação	País	Prevalência de diabetes (%)	Classificação	País	Prevalência de diabetes (%)
1	Bélgica	5,1	47	Reino Unido	7,8	88	Benim	9,0
1	Burundi	5,1	47	Libéria	7,8	94	Argentina	9,1
3	Dinamarca	5,2	47	Croácia	7,8	94	Comores	9,1
4	Suíça	5,5	47	Brasil	7,8	94	São Tomé e Príncipe	9,1
5	RPD da Coreia	5,6	47	Moçambique	7,8	94	Senegal	9,1
5	Holanda	5,6	47	Sérvia	7,8	98	Eslovênia	9,3
7	Áustria	5,7	53	Nova Zelândia	7,9	99	Lituânia	9,4
8	Ruanda	6,1	53	Haiti	7,9	99	Bangladesh	9,4
8	RDC	6,1	53	República da Coreia	7,9	99	Nepal	9,4
10	Uganda	6,2	53	Nigéria	7,9	99	República da Moldova	9,4
10	Alemanha	6,2	57	Irlanda	8,0	99	Congo	9,4
12	França	6,3	57	Guiné-Bissau	8,0	104	China	9,5
12	Israel	6,3	57	Albânia	8,0	104	Honduras	9,5
14	Suécia	6,4	57	Serra Leoa	8,0	104	Índia	9,5
15	Vietnã	6,5	57	Ucrânia	8,0	107	Afeganistão	9,6
16	Austrália	6,6	57	Estônia	8,0	107	Bósnia e Herzegovina	9,6
16	Itália	6,6	57	Malawi	8,0	109	Mauritânia	9,7
16	Islândia	6,6	57	Hungria	8,0	109	Sri Lanka	9,7
19	Finlândia	6,7	65	República Tcheca	8,1	109	Tailândia	9,7
19	Noruega	6,7	66	Chipre	8,2	112	Cabo Verde	9,8
19	Eritreia	6,7	66	Camboja	8,2	113	Tchad	9,9
22	Somália	6,8	66	Equador	8,2	113	Gâmbia	9,9
22	Madagascar	6,8	66	Burquina Faso	8,2	113	Dominica	9,9
24	Luxemburgo	6,9	66	Peru	8,2	116	Chile	10,0
24	Zimbábue	6,9	71	Gana	8,3	116	República Dominicana	10,0
26	Montenegro	7,0	71	Togo	8,3	116	Sudão do Sul	10,0
27	Grécia	7,1	71	Zâmbia	8,3	116	Nicarágua	10,0
27	Canadá	7,1	71	República Centro-Africana	8,3	116	Sudão	10,0
27	Mianmar	7,1	75	Estados Unidos	8,4	121	Panamá	10,4
30	Portugal	7,2	75	Andorra	8,4	121	Namíbia	10,4
31	Malta	7,3	75	Bulgária	8,4	121	Maldivas	10,4
31	Filipinas	7,3	78	Colômbia	8,5	124	El Salvador	10,5
31	Romênia	7,3	78	Singapura	8,5	124	Lesoto	10,5
34	Etiópia	7,4	80	Mali	8,6	124	Guatemala	10,5
34	Paraguai	7,4	80	RDP do Laos	8,6	127	São Vicente e Granadinas	10,6
34	Timor-Leste	7,4	82	Indonésia	8,7	128	México	10,7
37	Espanha	7,5	82	Djibouti	8,7	129	Paquistão	10,8
37	Japão	7,5	84	Belarus	8,8	130	Quirguistão	11,1
37	Guiné	7,5	84	Cuba	8,8	130	Malásia	11,1
37	Níger	7,5	86	Polônia	8,9	132	Mongólia	11,5
41	Rep. Unida da Tanzânia	7,6	86	Eslováquia	8,9	132	Armênia	11,5
41	Letônia	7,6	88	Camarões	9,0	132	Jamaica	11,5
41	Bolívia	7,6	88	Venezuela	9,0	135	Brunei	11,6
41	Quênia	7,6	88	Federação Russa	9,0	136	Guiana	11,8
45	Costa do Marfim	7,7	88	Costa Rica	9,0	137	Granada	11,9
45	ARI da Macedônia	7,7	88	Uruguai	9,0	137	Botsuana	11,9

Fonte: autores, com base nos dados da OMS (2015a).

No rumo certo Fora do rumo

(Continua na página seguinte)

Continuação da Tabela A3.9

Classificação	País	Prevalencia de la diabetes (%)	Classificação	País	Prevalencia de la diabetes (%)	Classificação	País	Prevalencia de la diabetes (%)
137	Ilhas Maurício	11,9	157	República Árabe da Síria	13,9	174	Líbia	17,0
140	Uzbequistão	12,0	157	Geórgia	13,9	175	Bahrein	17,3
140	Suriname	12,0	159	Argélia	14,2	176	Fiji	17,7
140	Gabão	12,0	160	Jordânia	14,9	177	Arábia Saudita	18,3
143	Tajiquistão	12,1	160	Seicheles	14,9	178	Emirados Árabes Unidos	18,6
143	Angola	12,1	162	Barbados	15,0	179	Egito	18,9
145	Irã	12,2	162	Azerbaijão	15,0	180	Vanuatu	19,0
146	Butão	12,4	164	Turquemenistão	15,1	181	Ilhas Marshall	19,9
146	Belize	12,4	165	Santa Lúcia	15,2	182	Kuwait	20,1
148	Líbano	12,6	166	Iêmen	15,5	183	Tuvalu	20,5
149	Suazilândia	12,7	167	Guiné Equatorial	15,8	184	Kiribati	21,4
150	Bahamas	12,8	168	São Cristóvão e Névis	15,9	185	Micronésia	22,5
151	África do Sul	12,9	168	Papua Nova Guiné	15,9	186	Palau	23,0
152	Cazaquistão	13,2	170	Omã	16,4	186	Qatar	23,0
153	Tunísia	13,3	171	Ilhas Salomão	16,8	188	Nauru	24,5
154	Turquia	13,4	171	Trinidad e Tobago	16,8	189	Samoa	25,2
155	Marrocos	13,5	171	Iraque	16,8	190	Tonga	26,0
156	Antígua e Barbuda	13,7						

Fonte: autores, com base nos dados da OMS (2015a).

Observação: prevalência de diabetes baseada no aumento da glicose no sangue. ARI da Macedônia = Antiga República Iugoslava da Macedônia, RDC = República Democrática do Congo, RDP do Laos = República Democrática Popular do Laos, RPD da Coreia = República Popular Democrática da Coreia.

No rumo certo Fora do rumo

APÊNDICE 4 METODOLOGIA PARA ANÁLISE DAS METAS SMART

CHIZURU NISHIDA E KAIA ENGESVEEN, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

FONTES DOS DADOS

Desde a Conferência Internacional sobre Nutrição em 1992, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem monitorado o progresso dos países no desenvolvimento e na implementação de políticas, estratégias e planos de ação nacionais relacionados com a nutrição. Esse monitoramento do desenvolvimento de políticas dos países e a implementação de ações tem sido empreendido por meio do Banco de Dados Global de Ações de Implementação de Nutrição (GINA) da OMS, assim como por meio de análises periódicas mundiais e regionais, incluindo Análises Globais de Políticas de Nutrição[1]. Essa análise é baseada na revisão de políticas, estratégias e planos nacionais que foram compilados pela OMS por meio desses processos e publicados entre 2005 e 2015.

Os documentos analisados incluíram documentos abrangentes sobre políticas de nutrição, assim como planos de setores de saúde ou outros planos nacionais com metas voltadas para a nutrição. Além disso, alguns documentos foram retirados de outros bancos de dados da OMS (por exemplo, o banco de dados dos Ciclos de Planejamento do País [OMS, 2016a] e o MiNDbank da OMS [OMS, 2016r]) ou ainda bancos de dados de parceiros, tais como o FAOLEX (FAO, 2016b). Uma análise mais extensiva será empreendida como parte da segunda Análise Global de Políticas de Nutrição, a ser realizada em 2016.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Analisamos as metas, os objetivos e as seções dos quadros de avaliação e monitoramento em cada documento de estratégia e de política, para determinar se as políticas nacionais incluíram metas e indicadores relacionados com os das metas de nutrição materna e infantil da Assembleia Mundial da Saúde (AMS), com base nos seguintes critérios:

- **Atraso no crescimento:** incluíram-se metas e indicadores de atraso no crescimento em crianças com menos de cinco anos de idade e em subgrupos dentro desse grupo etário (por exemplo, seis a 59 meses, 0 a 2 anos ou 0 a 3 anos).
- **Anemia:** incluíram-se metas e indicadores de anemia em mulheres grávidas e não grávidas. Excluíram-se indicadores relacionados com a anemia falciforme.
- **Baixo peso ao nascer:** incluíram-se metas e indicadores dos índices de baixo peso ao nascer (menos de 2.500 gramas). Excluíram-se as metas relacionadas com a mortalidade ou morbidade em crianças com baixo peso ao nascer.
- **Sobrepeso infantil:** incluíram-se metas e indicadores de sobrepeso em crianças com menos de cinco anos de idade. Excluíram-se metas relacionadas com crianças em idade escolar ou com toda a população. Excluíram-se metas relacionadas apenas com a obesidade infantil.
- **Prática do aleitamento materno exclusivo:** incluíram-se metas e indicadores para a prática do aleitamento materno exclusivo durante seis meses. Excluíram-se as metas relativas à prática do aleitamento materno exclusivo em períodos mais curtos do que seis meses e as metas relacionadas com a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno.
- **Emaciação:** incluíram-se metas e indicadores relativos à emaciação ou à desnutrição moderada aguda. Excluíram-se as metas relativas a controle ou tratamento, assim como as relativas à desnutrição aguda grave.

AVALIAÇÃO DO GRAU DE ADEQUAÇÃO DAS METAS À METODOLOGIA SMART

Os critérios seguintes são usados para avaliar se as metas incluídas nos documentos de política e estratégia atendem os requisitos para serem consideradas SMART (isto é, específicas, mensuráveis, atingíveis, relevantes e com prazos definidos):

- **Específicas:** a especificidade das metas foi avaliada com base em seu alinhamento com os indicadores de metas mundiais incluídos no Quadro de Monitoramento Global da OMS.
- **Mensuráveis:** a mensurabilidade ou não de uma meta foi avaliada baseando-se na inclusão tanto de uma base de referência como de um valor final (apesar de a base de referência exigir, às vezes, mais buscas nas Pesquisas de Demografia e Saúde ou em outros bancos de dados). Deve-se também observar que o ano-base foi definido como o ano da pesquisa básica de referência, não o ano inicial da política. Nos casos em que a pesquisa durou dois anos, utilizou-se o ano mais recente. O critério do valor de referência não foi aplicado para a meta de emaciação.
- **Atingíveis:** nesta análise, a possibilidade de uma meta ser atingível ou não foi considerada como critério. A atingibilidade pode ser parcialmente avaliada comparando-se as metas de políticas com as taxas anuais médias atuais de redução calculadas com a ferramenta de acompanhamento de metas mundiais de nutrição. No entanto, uma verdadeira avaliação da atingibilidade precisaria levar em conta a disponibilidade de

recursos financeiros e humanos, bem como as capacidades de nutrição em cada país, o que ultrapassa o escopo desta revisão meramente documental.

- **Relevantes:** as metas de políticas relacionadas com as metas mundiais são consideradas relevantes porque as metas mundiais foram endossadas pela AMS e, consequentemente, todos os estados-membros estão comprometidos a alcançá-las.
- **Com prazo definido:** para cada meta de política incluída, foi feita uma avaliação para verificar se a meta estabelece claramente um prazo específico ou não.

APÊNDICE 5 COMO FORMULAR COMPROMISSOS SMART COM A NUTRIÇÃO: UMA BREVE ORIENTAÇÃO

JESSICA FANZO, CORINNA HAWKES E KATHERINE ROSETTE

ANTECEDENTES

Dadas as crescentes evidências de que a má nutrição é um problema mundial grave com consequências devastadoras, os governos, doadores e profissionais do desenvolvimento estão adotando cada vez mais objetivos e metas para melhorar a nutrição das pessoas.

- Governos do mundo todo estabeleceram metas nacionais de nutrição baseadas no Plano de Implementação Abrangente de Nutrição Materna, de Bebês e Crianças Pequenas da Organização Mundial da Saúde (OMS), nas seis Metas Mundiais de Nutrição para 2025 e nas nove metas de doenças não transmissíveis (DNTs), todos eles endossados pela Assembleia Mundial da Saúde (AMS) de 2013.
- Em novembro de 2014, na Segunda Conferência Internacional sobre Nutrição (ICN2), os governos se comprometeram a erradicar a fome e a má nutrição em todas as suas formas.
- Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs), adotados em 2015, incluem uma meta para erradicar todas as formas de má nutrição até 2030.
- Estão sendo elaborados alguns planos para a Cúpula Nutrição para o Crescimento (N4G) no Rio de Janeiro, em 2016, que potencialmente será marcante, e durante a qual se espera que seja formulado um pacto concreto sobre a nutrição.

Satisfazer esses objetivos requer a conversão de metas a nível nacional e mundial em ações e compromissos claros, pelos quais os governos possam ser responsabilizados. Nesse sentido, quais tipos de compromissos satisfarão esse padrão?

O *Relatório sobre a Nutrição Mundial*, um mecanismo independente de responsabilização para progresso e ações em prol da nutrição, chama todas as partes interessadas para que formulem compromissos SMART com as Ações de Nutrição, isto é, compromissos específicos, mensuráveis, atingíveis, relevantes e com prazos definidos.

Incentivamos especificamente os governos a assumirem Compromissos de Ação SMART que visem alcançar metas nacionais sobre nutrição, usando sistemas de monitoramento que permitam a eles e a outros avaliar esse progresso. Também chamamos todas as partes interessadas, ou seja, os governos, as agências internacionais, as agências bilaterais, as organizações da sociedade civil e as empresas, a analisar ou ampliar os compromissos SMART e compromissos ambiciosos, como parte do processo da Cúpula N4G do Rio em 2016. As partes interessadas de outros setores também devem especificar, sempre usando a metodologia SMART, como os compromissos de seus próprios setores podem ajudar a alavancar o tema nutrição.

Todos os compromissos devem contribuir para alcançar as metas de nutrição de 2025, bem como as das DNTs, adotadas pela AMS; e, alinhados com os ODSs, eles devem ter como objetivo a erradicação de todas as formas de má nutrição até 2030. A Ação dos Compromissos de Nutrição deve levar em conta as muitas formas de má nutrição e estar alinhada com a Declaração de Roma sobre Nutrição da Segunda Conferência Internacional sobre Nutrição (ICN2) e seu Quadro de Ação.

Os compromissos SMART tornarão mais fácil identificar o progresso aos níveis nacional e mundial. Dadas as muitas iniciativas que os países estão implementando a vários níveis, os Compromissos de Ação SMART também podem facilitar o alinhamento de diferentes processos (tais como ODSs, ICN2 e AMS). Os compromissos SMART permitirão que tenhamos foco, alcancemos consenso e obtenhamos clareza ao examinarmos questões fundamentais para a nutrição.

Como as partes interessadas podem cumprir os compromissos SMART, e como eles são formulados na prática? Para responder a essas perguntas, o *Relatório sobre a Nutrição Mundial* desenvolveu as diretrizes a seguir.[1]

O QUE É UM COMPROMISSO DE AÇÃO SMART?

Um compromisso SMART[2] é

- **S** = específico (specific)
- **M** = mensurável (measurable)
- **A** = atingível (achievable)
- **R** = relevante (relevant)
- **T** = com prazo definido (time bound)

Específico: cada compromisso deve identificar uma ação específica e indicar quem é responsável por alcançá-la. Tais ações devem ser compatíveis com as prioridades nacionais e devem levar em consideração as necessidades do país e de seu contexto.

Mensurável: cada país deve declarar logo de início os indicadores a serem usados para medir o progresso no cumprimento dos compromissos, levando em consideração os quadros mundiais de indicadores, e usar essas estruturas como alicerce. Cada país também deve estabelecer como a implementação será medida, incluindo a

monitoração por sistemas nacionais de informação. Os países devem estudar os recursos necessários para medir tais indicadores. Os indicadores quantificáveis são sempre mais fáceis de serem monitorados e devem indicar a linha básica de referência onde for relevante e sempre que for possível.

Atingível: os compromissos devem, no mínimo, ser consistentes com o nível de progresso alcançado no passado. Eles devem ser o mais ambiciosos possível, mas, ao mesmo tempo, cautelosos quanto aos limites das realizações, dentro de prazos realistas, daqueles que trabalham nas ações para a melhoria da nutrição a nível nacional.

Relevante: os compromissos devem refletir a conjuntura da nutrição de um país e os desafios que ele enfrenta. Esses desafios podem incluir gargalos em certos setores, tais como número limitado de profissionais de saúde, e alinhar-se com prioridades nacionais mais amplas.

Com prazo definido: idealmente, os compromissos devem ter um prazo realista para serem alcançados. Enquanto uns precisariam de prazos mais longos, outros poderiam ter prazos mais curtos. Em todos os casos, os compromissos devem especificar marcos-chave a serem alcançados dentro de um prazo realista.

Reúna várias partes interessadas para obter diferentes perspectivas sobre as prioridades do país e chegue a um consenso sobre como essas prioridades ajudarão a erradicar a má nutrição em todas as suas formas.

COMO SE DEVE COMEÇAR A FORMULAR COMPROMISSOS SMART?[3]

- **Reúna as partes interessadas:** reúna várias partes interessadas para obter diferentes perspectivas sobre as prioridades do país e chegue a um consenso sobre como essas prioridades ajudarão a erradicar a má nutrição em todas as suas formas. Utilize, sempre que possível, plataformas de vários níveis de partes interessadas, que já existam a nível do país. O processo do diálogo deve ser liderado pelo governo e deve reunir uma vasta gama de vozes, incluindo parceiros de desenvolvimento, a sociedade civil e representantes de outros setores relevantes, tais como saúde, agricultura, meio ambiente e educação.
- **Analise as barreiras:** identifique o progresso passado e presente do país, assim como as barreiras para avançar na melhoria da nutrição, e analise as evidências, para saber como superar esses obstáculos. Aprenda com os contextos de outros países semelhantes, verificando como eles atingiram as metas de determinados compromissos.
- **Equilibre as prioridades nacionais e setoriais:** verifique quais as prioridades nacionais atuais para tratar da má nutrição que podem ser adotadas pelos setores que são centrais para a nutrição (tais como saúde, agricultura e assistência social); mas não se esqueça das prioridades emergentes e procure estabelecer metas ambiciosas. Por exemplo, se entre as antigas prioridades estiver o fortalecimento da capacidade institucional e o gargalo recém-identificado for desenvolver recursos humanos para a nutrição, nesse caso, criar capacidade a longo prazo para melhorar a nutrição é um bom meio-termo.
- **Conecte-se com iniciativas mundiais:** utilize as metas dos ODSs e da AMS como uma oportunidade para definir prioridades e relacionar as atividades a nível do país com consultas sobre a agenda de 2030. Alinhe os compromissos com o Quadro de Ação da ICN2.
- **Alinhe-se com os processos regionais:** observe os processos regionais para complementar os compromissos existentes que o seu país realizou, tais como o processo do Programa Integrado para o Desenvolvimento da Agricultura na África (CAADP).
- **Formule os pontos essenciais dos compromissos:** certifique-se de que os compromissos sejam monitorados de forma transparente e confiável, mas não complique demais as coisas. Primeiramente, estabeleça um número limitado de metas e amplie-as conforme sua capacidade. É melhor começar de forma limitada do que não começar.

COMO SÃO OS COMPROMISSOS SMART?

A seguir, estão listados alguns exemplos de compromissos SMART e explicações sobre o que os torna SMART.

COMPROMISSO Nº 1: reduzir o atraso no crescimento em crianças com menos de cinco anos de idade de 35% em 2015 para 20% até 2030, com a liderança dos Ministérios da Saúde e da Agricultura.

Específico	Mensurável	Atingível	Relevante	Com prazo definido
Sim: o "quem" e a ação são identificados.	Sim: a base de referência do atraso no crescimento está definida, podendo ser acompanhada, para verificarmos se diminuirá nos próximos 15 anos.	Sim: a Ferramenta de Acompanhamento da OMS mostra que outros países reduziram o atraso no crescimento a esse ritmo.	Sim: o atraso no crescimento é um problema significativo para este país, pois 35% das crianças abaixo de cinco anos apresentam crescimento comprometido.	Sim: um cronograma concreto está incluído.

Este é um compromisso SMART, pois define quem será o líder, o que será feito e em que prazo. Ele também apresenta uma base de referência e um objetivo final que pode ser medido.

COMPROMISSO Nº 2: aumentar o orçamento público do governo a nível distrital para controle da malária, suplementação de ácido fólico e ferro, e para programas de fortificação nos distritos norte, leste e sul, dos atuais $ 50.000 para $ 500.000 entre janeiro de 2016 e dezembro de 2020.

Específico	Mensurável	Atingível	Relevante	Com prazo definido
Sim: o "quem" e a ação são identificados.	Sim: a base de referência do financiamento é mencionada e os financiamentos podem ser identificados para vermos se o orçamento aumentará dez vezes em quatro anos.	Sim: outros países provaram que é possível ter uma estratégia vigente que seja eficaz e atue em diversas frentes contra a anemia por deficiência de ferro.	Sim: a anemia e a deficiência de ferro são problemas significativos.	Sim: um cronograma concreto está incluído.

Este é um compromisso SMART, pois define quem será o líder, o que será feito e em que prazo. Ele também apresenta uma base de referência e um objetivo final que pode ser medido, além de atender perfeitamente às necessidades do país e basear-se em evidências sobre o que funciona.

COMPROMISSO Nº 3: até dezembro de 2016, o Ministério da Saúde desenvolverá uma estratégia de redução do sal que implantará a rotulagem do sal nas cadeias de restaurantes, aumentando-a de 0 para 75% até 2020, em colaboração com o Ministério da Fazenda e o governo local.

Específico	Mensurável	Atingível	Relevante	Com prazo definido
Sim: o "quem" e a ação são identificados.	Sim: o objetivo (percentagem de rotulagem nos restaurantes) é claramente definido e mensurável.	Sim: outros países ou cidades mostraram que estratégias de redução de sal, incluindo a rotulagem, podem ser implementadas.	Sim: a ingestão de sal e sua contribuição para a hipertensão estão aumentando e constituem um enorme problema de saúde pública. A rotulagem é uma forma potencial de educar o público.	Sim: tanto a estratégia quanto a rotulagem têm prazos claros.

Este compromisso preenche todos os critérios SMART. Este é um compromisso de supressão da "hiperalimentação", sobre o qual os países deveriam começar a refletir, a fim de combater as DNTs.

COMPROMISSO Nº 4: os Ministérios dos Recursos Hídricos e da Saúde, numa iniciativa conjunta, reduzirão em todo o país os índices de defecação ao ar livre, dos atuais 30% para 0% até 2020. Eles também aumentarão a cobertura de um pacote de água, saneamento e higiene (ASH) que obedeça a padrões mínimos, dos atuais 20% para 100% da população até 2030.

Específico	Mensurável	Atingível	Relevante	Com prazo definido
Sim: o "quem" e a ação são identificados.	Sim: os níveis atuais do resultado e da abrangência são mencionados, juntamente com o objetivo. Presume-se que sejam medidos regularmente.	Sim: o cronograma é razoavelmente realista.	Sim: a defecação ao ar livre é um fator determinante do atraso no crescimento; e a água, o saneamento e a higiene (ASH) desempenham um papel importante na redução da má nutrição.	Sim: os objetivos têm prazo definido.

Este é um exemplo de um compromisso sensível à nutrição que atende diretamente a todos os critérios SMART. Observe como as bases de referência atuais de defecação ao ar livre e de cobertura de ASH são mencionadas, para que possam ser medidos ao longo do tempo.

COMO SÃO OS COMPROMISSOS QUE NÃO ESTÃO DE ACORDO COM A METODOLOGIA SMART?

COMPROMISSO Nº 1: diminuir o atraso no crescimento em dez anos.

Específico	Mensurável	Atingível	Relevante	Com prazo definido
Não: o "quem" não é identificado e não há indicações específicas do modo como isso será feito ("como").	Parcialmente: presumindo-se a existência de uma base de referência, qualquer redução pode ser medida, mas o ideal seria que o compromisso tivesse uma meta específica.	Sim: foi demonstrado que um país pode alcançar uma redução no atraso no crescimento.	Sim: presume-se que o atraso no crescimento seja um problema importante para este país.	Não: é preciso acrescentar uma data ou um cronograma.

Apesar de este compromisso tentar combater um problema nutricional grave (o atraso no crescimento), ele não identifica uma ação específica para abordá-lo, nem quem seria o responsável por tal ação; tampouco inclui um cronograma ou oferece indicadores de medição.

COMPROMISSO Nº 2: aumentar o consumo de alimentos saudáveis por crianças e jovens.

Específico	Mensurável	Atingível	Relevante	Com prazo definido
Não: o "quem" não é identificado e não há ações específicas.	Parcialmente: presumindo-se que haja uma base de referência, qualquer aumento pode ser medido, mas o ideal seria que o compromisso tivesse metas específicas.	Parcialmente: já se demonstrou que as intervenções podem aumentar ou diminuir o consumo de certos alimentos, mas não mudam as dietas alimentares a nível nacional.	Sim: dietas pouco saudáveis são um problema importante em todos os países.	Não: é preciso acrescentar uma data ou um cronograma.

Apesar de este compromisso tratar de um problema relevante, ele não identifica uma ação específica para abordar o problema, não diz quem o colocaria em prática, não contém um cronograma, nem tampouco oferece indicadores de medição.

COMPROMISSO Nº 3: o Ministério da Agricultura convocará uma plataforma de doadores sobre inovações no setor alimentício, da qual todos os parceiros do setor participarão.

Específico	Mensurável	Atingível	Relevante	Com prazo definido
Não: definiu-se "quem" agirá, mas o compromisso não é específico, pois não diz quem são os doadores e os parceiros do setor. As ações também não estão claras, pois não há nenhuma pista sobre as inovações que seriam discutidas.	Até certo ponto: não fica claro como medir essa "convocação", nem como seriam definidos os "parceiros do setor", para que se possa efetuar uma medição.	Até certo ponto: outros países estabeleceram plataformas de doadores que reúnem partes interessadas para combater problemas no setor alimentício.	Não necessariamente: convocar uma plataforma é uma coisa, mas o que ela faz e seu impacto são outra. Não se mencionam os assuntos que a plataforma tentará abordar. O compromisso não diz qual é o problema que a plataforma tentará resolver.	Não: é preciso acrescentar uma data ou um cronograma.

Este compromisso é importante no sentido de reunir partes interessadas para abordar a natureza multissetorial do sistema alimentício em relação à nutrição, mas não é específico, mensurável, relevante nem tem prazo definido.

COMPROMISSO Nº 4: aumentar a cobertura de vitamina A em crianças com idades de seis a 59 meses em até 80% até 2017 e em 100% até 2020, com liderança do Ministério da Saúde.

Específico	Mensurável	Atingível	Relevante	Com prazo definido
Sim: o "quem" e a ação são identificados.	Depende: presumindo-se que a cobertura de vitamina A esteja sendo medida no país, a base de referência para aumentar essa cobertura *em até* 80 e 100% respectivamente não fica clara. O objetivo seria mais mensurável se pretendesse aumentar a cobertura *para* 80 e 100%.	Depende: alguns países alcançaram uma cobertura universal, mas é difícil julgar o grau de alcance sem sabermos o nível atual de cobertura do país. A cobertura atual é de 10%, por exemplo, ou 75%?	Sim: a deficiência de vitamina A é um problema significativo.	Sim: foram incluídos cronogramas de curto prazo e longo prazo.

Este compromisso foi quase satisfatório, mas não chegou lá, pois a mensurabilidade não está clara. Sem uma base de referência, torna-se difícil verificar se os objetivos de aumentar em 80 e 100% foram atingidos ao longo do tempo. O alcance deste compromisso não pode ser avaliado sem sabermos o nível atual de cobertura, para que tenhamos uma base de referência.

TABELA A6.1 Valores-limite para os motores subjacentes para atingir uma taxa de atraso no crescimento de menos de 15%

País	Incidência de atraso no crescimento (%)	Total de calorias na dieta alimentar (quilocalorias por dia per capita)	Calorias de alimentos não básicos (%)	Acesso a água encanada (%)	Acesso a saneamento básico (%)	Taxa[a] de matrícula feminina no ensino médio (%)	Razão entre a expectativa de vida de mulheres e homens
África do Sul	23,9	3.180	47	73	66	114,44	1,07
Albânia	23,1	3.000	59	82	93	80,33	1,08
Angola	29,2	2.250	40	15	52	24,80	1,06
Antiga República Iugoslava da Macedônia	4,9	2.960	63	92	91	82,43	1,06
Argélia	11,7	3.430	42	77	88	99,55	1,05
Argentina	8,2	2.920	64	98	96	111,92	1,10
Armênia	20,8	2.930	56	99	89	104,09	1,09
Azerbaijão	18,0	3.160	35	66	89	99,53	1,09
Bangladesh	36,1	2.470	19	12	61	57,19	1,02
Barbados	7,7	3.020	69	98	96	111,02	1,07
Belarus	4,5	3.510	62	91	94	103,83	1,16
Belize	19,3	2.770	60	81	91	88,73	1,09
Benim	34,0	2.890	29	18	20	42,93	1,05
Bolívia	18,1	2.310	48	84	50	80,10	1,07
Botsuana	31,4	2.300	51	74	63	84,28	0,97
Brasil	7,1	3.260	66	94	83	110,64	1,10
Burquina Faso	32,9	2.630	34	8	20	25,98	1,02
Camarões	32,6	2.550	46	17	46	46,44	1,04
Camboja	32,4	2.530	28	21	42	41,34	1,08
Cazaquistão	13,1	3.390	61	61	98	96,09	1,14
Chile	1,8	2.960	56	99	99	90,59	1,07
China	9,4	3.040	48	73	76	89,98	1,03
Colômbia	12,7	2.810	65	88	81	96,64	1,10
Congo	25,0	2.170	39	25	15	49,84	1,05
Costa do Marfim	29,6	2.670	33	43	22	31,53	1,03
Costa Rica	5,6	2.710	66	97	95	112,81	1,06
Djibouti	33,5	2.510	45	53	47	42,69	1,05
Egito	22,3	3.430	35	99	95	85,46	1,07
El Salvador	14,0	2.580	52	78	75	70,53	1,14
Equador	25,2	2.350	67	85	85	105,75	1,08
Estados Unidos	2,1	3.700	75	99	100	93,86	1,06
Etiópia	40,4	2.240	23	12	28	22,30	1,05
Filipinas	30,3	2.610	40	43	74	88,03	1,11
Gabão	17,5	2.760	49	65	42	45,27	1,03
Gâmbia	24,5	2.500	37	33	59	55,97	1,05
Gana	18,8	3.220	35	19	15	64,94	1,03

(Continua na página seguinte)

Continuação da Tabela A6.1

País	Incidência de atraso no crescimento (%)	Total de calorias na dieta alimentar (quilocalorias por dia per capita)	Calorias de alimentos não básicos (%)	Acesso a água encanada (%)	Acesso a saneamento básico (%)	Taxa[a] de matrícula feminina no ensino médio (%)	Razão entre a expectativa de vida de mulheres e homens
Guatemala	48,0	2.240	53	85	64	62,51	1,10
Guiana	12,0	3.050	50	67	84	108,74	1,08
Guiné	31,3	2.670	37	14	20	29,41	1,03
Guiné-Bissau	27,6	2.700	35	6	21	12,64	1,06
Honduras	22,7	2.890	54	90	83	78,02	1,07
Ilhas Salomão	32,8	2.430	33	26	30	47,01	1,04
Índia	38,7	2.390	40	28	40	66,29	1,05
Indonésia	36,4	2.820	30	22	61	83,89	1,06
Irã	6,8	3.230	47	92	90	83,44	1,05
Iraque	22,6	2.360	37	75	86	45,29	1,11
Jamaica	5,7	2.750	61	72	82	79,27	1,07
Japão	7,1	2.700	59	98	100	102,01	1,08
Jordânia	7,8	3.040	51	91	99	89,05	1,05
Lesoto	33,2	2.440	19	22	30	62,26	1,01
Libéria	32,1	2.280	33	2	17	33,12	1,03
Madagascar	49,2	2.160	21	7	12	37,65	1,05
Malásia	17,2	2.840	54	96	96	68,50	1,06
Malawi	42,4	2.380	29	8	41	34,86	1,00
Maldivas	20,3	2.870	59	46	98	76,73	1,03
Mali	38,5	2.750	33	16	25	39,84	1,00
Marrocos	14,9	3.270	38	64	77	63,44	1,05
Mauritânia	22,0	2.870	49	33	40	28,56	1,05
México	13,6	3.220	56	92	85	89,03	1,06
Moçambique	43,1	2.180	27	9	21	24,85	1,03
Mongólia	10,8	2.540	53	24	60	94,82	1,12
Montenegro	9,4	3.040	64	84	96	91,21	1,06
Namíbia	23,1	2.240	45	51	34	69,56	1,09
Nepal	37,4	2.530	29	24	46	69,08	1,03
Nicarágua	23,0	2.570	49	66	68	72,21	1,08
Níger	43,0	2.520	38	9	11	12,76	1,01
Nigéria	32,9	2.740	35	2	29	41,17	1,01
Panamá	19,1	2.740	55	92	75	75,44	1,08
Paquistão	45,0	2.520	51	39	64	32,21	1,03
Paraguai	10,9	2.460	56	83	89	71,39	1,06
Peru	17,5	2.670	43	78	76	92,90	1,07
Quênia	26,0	2.180	44	22	30	64,50	1,06
Quirguistão	12,9	2.910	46	58	93	87,99	1,12
República Centro-Africana	40,7	2.240	45	2	22	12,09	1,08
República da Moldova	6,4	2.420	54	54	76	88,92	1,12
República Democrática Popular do Laos	43,8	2.400	27	28	71	47,54	1,04
República Dominicana	7,1	2.510	68	72	84	80,25	1,09
República Unida da Tanzânia	34,7	2.210	42	13	16	31,60	1,05
Ruanda	37,9	2.240	49	9	62	33,66	1,05
São Tomé e Príncipe	31,6	2.770	53	33	35	84,55	1,06
Senegal	19,4	2.320	40	53	48	39,11	1,05

(Continua na página seguinte)

Continuação da Tabela A6.1

País	Incidência de atraso no crescimento (%)	Total de calorias na dieta alimentar (quilocalorias por dia per capita)	Calorias de alimentos não básicos (%)	Acesso a água encanada (%)	Acesso a saneamento básico (%)	Taxa[a] de matrícula feminina no ensino médio (%)	Razão entre a expectativa de vida de mulheres e homens
Serra Leoa	37,9	2.260	37	5	13	41,66	1,01
Sérvia	6,0	2.890	61	94	96	95,73	1,07
Sri Lanka	14,7	2.520	42	34	95	102,34	1,09
Suazilândia	25,5	2.100	41	37	57	60,32	0,97
Suriname	8,8	2.670	56	66	79	85,90	1,09
Tailândia	16,3	3.010	50	57	93	89,40	1,09
Tajiquistão	26,8	2.290	37	45	95	82,10	1,10
Tchad	38,7	2.330	33	6	12	14,28	1,03
Timor-Leste	57,7	1.920	29	25	41	57,17	1,05
Togo	27,5	2.530	27	5	12	30,44	1,03
Tunísia	10,1	3.290	48	82	92	93,31	1,06
Turquia	9,5	3.770	52	100	95	83,78	1,10
Uganda	34,2	2.290	55	5	19	25,00	1,04
Uruguai	10,7	2.720	54	99	96	96,26	1,09
Vanuatu	28,5	2.760	52	35	58	59,47	1,06
Venezuela	13,4	3.100	59	86	94	97,09	1,08
Zimbábue	27,6	2.260	41	28	37	46,55	1,03

Fonte: autores, baseados nas seguintes fontes: atraso no crescimento: UNICEF, OMS e Banco Mundial (2015); total de calorias na dieta alimentar e calorias advindas de alimentos não básicos: FAO (2015c); acesso a água encanada e a saneamento básico: JMP (2015b); escolaridade feminina: Instituto de Estatísticas da UNESCO (2015); expectativa de vida das mulheres em relação aos homens: Banco Mundial (2016).

Observação: verde = este resultado está acima do limiar associado ao alcance da taxa de atraso no crescimento de menos de 15%; vermelho = este resultado está abaixo do limiar associado ao alcance da taxa de atraso no crescimento de menos de 15%.

[a] A taxa pode exceder os 100%, em função da inclusão dos alunos com idade avançada ou atrasada devido à entrada prematura ou tardia na escola ou à repetição de séries.

NOTAS

SUMÁRIO EXECUTIVO

1 O termo "metas de nutrição" refere-se às metas adotadas pela Assembleia Mundial da Saúde para a nutrição materna, de bebês e crianças pequenas, e às metas relacionadas com a nutrição no Quadro de Monitoramento Global para a Prevenção e Controle de DNTs.

CAPÍTULO 1

1 As taxas mundiais de anemia foram estimadas em 33% em 1995 e em 29% em 2011 (Stevens et al., 2013). O conjunto de dados das Estimativas Conjuntas sobre a Má Nutrição Infantil de 2015 registra 198 milhões de casos de atraso no crescimento em 2000 e 159 milhões em 2014 (UNICEF, OMS e Banco Mundial, 2015).

2 Consulte Haddad (2016) para ter uma ideia de como é a governança global da nutrição e para o que seus esforços deveriam voltar-se.

PAINEL 1.2

1 Análises disponíveis mediante pedido. A regressão apresenta-se da seguinte forma: existência de uma meta específica de subnutrição (0,1) = 0,95 + 13,11 (crescimento do PIB 2000–2010) - 1,47 (África) + 0,34 (TRAM do atraso no crescimento). Valor *P* da TRAM do atraso no crescimento < 0,05. *n* = 41 observações (países). TRAM = taxa de redução anual média.

PAINEL 1.4

1 O *Orçamento de 2016* do Reino Unido anunciou a introdução de uma "taxa da indústria de refrigerantes" que entrará em vigor em setembro de 2017 (Reino Unido, 2016).

CAPÍTULO 2

1 Os dados sobre a sexta meta, baixo peso ao nascer, estão sendo reestruturados para serem lançados no começo de 2017 (consulte o Painel 2.2).

2 Medem-se as diferenças da seguinte forma: atraso no crescimento = taxa de redução anual média (TRAM) – TRAM necessária; emaciação = distância dos 5% (os países que estão mais longe dos 5% sobem para o topo da classificação); sobrepeso abaixo de cinco anos = TRAM real – TRAM necessária; anemia = TRAM real – TRAM necessária; aleitamento materno exclusivo = aumento anual médio de pontos percentuais real (AAMPP) – AAMPP necessário; sobrepeso/obesidade em adultos = diferença na mudança absoluta 2010–2014 a partir do zero; obesidade em adultos = diferença na mudança absoluta 2010–2014 a partir do zero; diabetes em adultos = diferença na mudança absoluta 2010–2014 a partir do zero.

3 Usamos o conjunto de dados da Pesquisa de Demografia e Saúde (DHS 2005–2015) e o conjunto de dados da Pesquisa de Grupos de Indicadores Múltiplos (MICS) do UNICEF (UNICEF 2016c). Onde tanto os dados da MICS como os da DHS estavam disponíveis e eram plausíveis, o conjunto de dados mais recente foi selecionado para análise.

CAPÍTULO 3

1 O texto da presente seção baseia-se no trabalho e na análise fornecidos por Chizuru Nishida e Kaia Engesveen.

2 Não se aplica uma base de referência à meta de emaciação.

3 Todas as metas foram consideradas relevantes, porque as metas mundiais foram endossadas pela AMS; e, consequentemente, todos os estados-membros comprometeram-se a atingi-las. "Atingível" não foi utilizado como critério de inclusão, uma vez que uma avaliação real da atingibilidade precisaria levar em conta a disponibilidade de recursos financeiros e humanos e as capacidades de nutrição em cada país, e esses fatores ultrapassariam em muito o escopo da presente análise. Os detalhes sobre os métodos utilizados encontram-se no Apêndice 4.

4 A OMS pode disponibilizar as ferramentas (2016k).

5 Rachel Crossley, da Fundação para o Acesso à Nutrição, contribuiu com uma boa parte do texto desta seção.

CAPÍTULO 4

1 Estes resultados são subdivididos por grupo de partes interessadas envolvidas, no Apêndice, Figuras A7.5a e A7.5b.

CAPÍTULO 5

1 Vinte e cinco países tiveram sua avaliação rebaixada de "muitas disposições transformadas em lei" para "poucas disposições transformadas em lei". Apenas seis países melhoraram sua classificação: dois de "poucas" para "muitas", um de "sem dados" para "muitas" e três de "medidas elaboradas, esperando aprovação" para "muitas".

2 Os próximos parágrafos foram redigidos por Chessa Lutta.

3 As informações fazem referência ao progresso alcançado na implementação de compromissos nacionais incluídos na Assembleia Geral das Nações Unidas (2011) e na ONU (2014a) (veja o Capítulo 3).

4 Os valores apresentados na Tabela 5.1 são médias não ponderadas e medianas e, portanto, não estão alinhados com as estimativas mundiais da ONU. As estimativas não são ponderadas porque muitos indicadores não possuem cobertura populacional suficiente para gerar estimativas ponderadas e muitos não se acham nos bancos de dados da ONU.

5 Esta abrangência mediana não é ponderada por população. A estimativa da cobertura feita pela ONU sobre a suplementação de vitamina A, que é uma média ponderada por população, indicou que apenas por volta de dois terços das crianças estavam completamente protegidos.

6 Uma dieta minimamente aceitável se define, para crianças amamentadas de seis a 23 meses, como pelo menos a diversidade mínima na dieta e a frequência mínima de refeições durante o dia anterior. E, para crianças não amamentadas de seis a 23 meses, como pelo menos, duas mamadeiras e, pelo menos, a dieta diversificada mínima e a frequência mínima de refeições durante o dia anterior. Uma diversidade alimentar mínima para crianças de seis a 23 meses se define como a ingestão de alimentos de quatro ou mais grupos alimentares (OMS, 2008).

7 A frequência mínima de refeições se define como a proporção de crianças amamentadas e não amamentadas com idade de seis a 23 meses que recebem alimentos sólidos, semissólidos ou alimentos moles (incluindo mamadeiras para crianças não amamentadas) um número mínimo de vezes por dia ou mais. O número mínimo de vezes se define como duas vezes para bebês amamentados com idade de seis a oito meses, três vezes para crianças amamentadas com idade de nove a 23 meses e quatro vezes para crianças não amamentadas de seis a 23 meses (OMS, 2008).

8 Os dados estão disponíveis mediante pedido ao Secretariado do *Relatório sobre a Nutrição Mundial*.

9 Os 17 países são o Afeganistão (em seis distritos), Burquina Faso (12), Costa do Marfim (dois), Etiópia (três), Índia (um), Mali (21), Níger (cinco), Nigéria (20), Paquistão (cinco), Quênia (seis), República Centro-Africana (um), República Democrática do Congo (três), Senegal (um), Somália (dois), Sudão do Sul (seis), Tchad (cinco) e Uganda (três). As estimativas das avaliações da cobertura são feitas com o uso da avaliação da metodologia semiquantitativa para avaliar o acesso e a cobertura (SQUEAC) (referências técnicas em USAID, 2012). Os dados de abrangência SQUEAC estão disponíveis para os 14 países seguintes: Afeganistão (em seis distritos), Burquina Faso (cinco), Etiópia (três), Mali (oito), Níger (dois), Nigéria (14), Paquistão (três), Quênia (quatro), República Centro-Africana (um), República Democrática do Congo (três), Senegal (um), Somália (dois), Sudão do Sul (quatro) e Tchad (dois).

PAINEL 5.1

1 Este painel baseia-se na HCC (Healthy Caribean Coalition) (2014, 2015).

CAPÍTULO 6

1 Esses estudos têm limitações, porque os dados sobre um conjunto completo de candidatos a motores subjacentes nunca estão disponíveis. Por exemplo, a análise de Smith e Haddad (2015) não contém dados sobre o sistema de saúde, porque ninguém os coleta em diversos pontos no tempo; e as análises de Headey e Hoddinott (2014), assim como as de Headey (no prelo) não incluem dados sobre a segurança alimentar, porque a Pesquisa de Demografia e Saúde não os coleta.

2 Headey observou que "a maioria desses modelos explica relativamente bem" a mudança total do ZAI [escore Z de altura para idade] ao longo do tempo. A parcela da mudança total estimada do ZAI (de todas as variáveis explicáveis) para a mudança real do ZAI varia de 52% na Índia [até] 65% em Bangladesh e 84% no Nepal. No Paquistão, o modelo explica 21% a mais de mudança do ZAI do que realmente se observa na prática, o que provavelmente se deve ao coeficiente excepcionalmente grande" (Headey, no prelo, 8).

3 É importante observar que, embora os limiares representem a linha de melhor ajuste, alguns países apresentarão níveis de atraso no crescimento muito acima ou muito abaixo dos 15% para os limiares subjacentes determinantes apresentados.

4 Especificamente, menos de 25% dos documentos são considerados pelos autores textos que tratam dessas questões.

CAPÍTULO 7

1 A menos que esteja especificado de outra forma, quando se mencionam dólares no texto, a referência é a dólares americanos.

2 As equipes do Banco Mundial/Instituto Resultados para o Desenvolvimento (R4D) empenharam-se para estimar os custos de atingir a meta mundial de emaciação, que se concentraria tanto no seu tratamento, como em sua prevenção. No entanto, nenhum dos grupos conseguiu fazer isso. Para obter mais detalhes, ver Shekar et al. (2016).

3 Quanto aos indicadores restantes da AMS sobre subnutrição, observamos, no Capítulo 2 (Painel 2.2) que os modelos para estimar os dados sobre baixo peso ao nascer (BPN) estão sendo aperfeiçoados e, portanto, faz sentido esperar os novos dados serem liberados antes de ampliar essa análise para incluir o BPN. Esse exercício não está sendo implementado para crianças com sobrepeso e com menos de cinco anos, pois a base da evidência da intervenção não é, até o momento, considerada suficientemente forte pelos autores do estudo.

4 Para fins desta estimativa, o subconjunto de intervenções incluídas no "pacote de prioridades" compreende a suplementação de vitamina A para crianças, a promoção de boas práticas de nutrição e higiene para bebês e crianças pequenas, a suplementação de micronutrientes durante o período pré-natal, o tratamento preventivo intermitente de malária para mulheres grávidas, a suplementação de ferro/ácido fólico para meninas adolescentes, a fortificação de alimentos básicos, as políticas sociais pró-aleitamento materno, o uso de redes sociais e de meios de comunicação de massa para promover o aleitamento materno, e o tratamento da desnutrição aguda grave.

5 Esta seção baseia-se bastante no relatório *Análise das Alocações Orçamentárias Sensíveis à Nutrição* (Greener et al., 2016)

6 Os oito países são Bangladesh, Filipinas, Gâmbia, Gana, Iêmen, Paquistão, Sudão do Sul e Tajiquistão.

7 Trinta países iniciaram o exercício do orçamento nacional sobre nutrição, mas seis foram excluídos da análise por vários motivos (ver Greener et al., 2016); consequentemente, ficamos com estimativas de alocações orçamentárias nacionais para nutrição de 24 países.

8 A definição que os países-membros do SUN utilizam para "específico(a) de nutrição" compreende as seguintes categorias de intervenções: (1) intervenções de nutrição independentes e de alto impacto; (2) programas de nutrição independentes; (3) intervenções de nutrição integradas a programas de saúde; e (4) intervenções de nutrição integradas a programas que não são de saúde.

9 Ao contrário da agricultura, educação, assistência social e saúde, as alocações setoriais amplas de ASH não estão disponíveis no banco de dados SPEED do IFPRI.

10 Uma possível razão é que a Zâmbia começou sua análise com a inclusão de apenas três ministérios (Ministério do Desenvolvimento Comunitário, Ministério da Saúde e Ministério da Agricultura e Pecuária).

11 A maior parte dessas análises foi feita por Jordan Beecher, da Development Initiatives.

12 A fonte padrão de dados sobre assistência oficial ao desenvolvimento é o banco de dados do Sistema de Notificação de Países Credores (SNPC) da OCDE, mantido pelo Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD) desta instituição. O equivalente da metodologia da Rede de Doadores SUN para gastos específicos de nutrição são os desembolsos com o código de categoria 12440 do SNPC: nutrição básica. Este método combina dados de todas as agências do governo dentro de um certo país.

13 Os cinco principais doares do CAD da OCDE são definidos como aqueles que gastaram as maiores somas ao longo do período 2010/2014.

14 Refere-se apenas às despesas alocáveis por país.

15 Conforme observado anteriormente, a fonte padrão de dados sobre APD é o Banco de Dados do Sistema de Notificação de Países Credores da OCDE mantido pelo CAD desta instituição.

16 Primeiramente, os campos título e descrição de cada registro no banco de dados do SNPC foram pesquisados usando uma ou mais palavras-chave: *diet, diets, obesity, NCD, non communicable disease, non-communicable disease, chronic disease, diabetes, obésité, maladies non transmissibles, maladie chronique, diabète*. Dentre os 225.126 registros contidos no conjunto de dados do SNPC 2014, 441 registros continham uma ou mais palavras-chave. Em segundo lugar, esses registros foram analisados individualmente, para descartar quaisquer projetos irrelevantes. Os projetos eram julgados irrelevantes quando seu título e suas descrições indicavam claramente que não havia nenhuma conexão com as DNTs. Nós também excluímos os projetos que pareciam ter como alvos principais a agricultura ou a subnutrição, assim como intervenções especificamente antifumo e voltadas para os esportes.

PAINEL 7.1

1 O Plano para o Pacto Fome Zero é multissetorial e implementado por meio de programas operados por instituições nacionais através do orçamento.

2 Baseado numa apresentação feita pelo ponto focal do governo para a SUN do Peru, na Oficina Regional da SUN sobre Acompanhamento Financeiro e de Custos, realizada de 28 a 30 de abril de 2015, na Guatemala.

PAINEL 7.4

1 O governo americano atribui 100% das quatro categorias do CAD (fornecimento básico de água potável e saneamento básico, fornecimento básico de água potável, saneamento básico e ajuda alimentar de emergência) à categoria de sensível à nutrição e 25% das 17 categorias adicionais do CAD à mesma categoria, incluindo assistência médica, organizações para a igualdade das mulheres e uma vasta gama de categorias agrícolas. A metodologia da Rede de Doadores SUN aplica 100% ou 25% a projetos abaixo do nível da categoria, segundo um conjunto de critérios que, em conjunto, indicam a intenção explícita de melhorar os resultados de nutrição de mulheres ou meninas adolescentes ou crianças. Ver Rede de Doadores SUN (2013).

Para gastos sensíveis à nutrição, a Rede de Doadores SUN concordou que os membros usassem um conjunto de 35 códigos de finalidade do Sistema de Notificação de Países Credores, a fim de identificarem as atividades nutricionais. Um código (13022), entretanto, não existe na estrutura geral de códigos de finalidade da OCDE/CAD. O governo dos Estados Unidos analisou a definição dos códigos e desenvolveu um subgrupo de 22 códigos SNPC (18 dos 34 originais e 4 códigos adicionais) que reflete com mais clareza os programas sensíveis à nutrição. Para os códigos sensíveis à nutrição, o governo dos Estados Unidos aplicou coeficientes de 25% ou de 100% para cada um dos 22 códigos de finalidade. Um coeficiente de 25% é aplicado aos totais para os 18 códigos de finalidade do SNPC seguintes: 12110, 12220, 12250, 12261, 12281, 13020, 15170, 31120, 31161, 31163, 31166, 31182, 31191, 31192, 31195, 31320, 31382 e 31391 (os códigos em negrito são os códigos adicionais selecionados pelo governo dos EUA). O fornecimento de água potável e saneamento, além de alimentação direta por meio de ajuda alimentar de emergência têm associações fortes e diretas com resultados sensíveis à nutrição.

Da mesma forma, um coeficiente de 100% é aplicado para os quatro seguintes códigos de finalidade do SNPC: 14030 (fornecimento básico de água potável e saneamento básico), 14031 (fornecimento básico de água potável), 14032 (saneamento básico) e 72040 (ajuda alimentar de emergência). Observe que todas as verbas registradas no código 72040 do SNPC como destinadas a intervenções sensíveis à nutrição incluem apenas investimentos não capturados no quadro 3.1.9 do governo americano sob a designação "específico de nutrição".

CAPÍTULO 8

1 Os detalhes desta análise são fornecidos na Tabela A8.2 do Apêndice. Compreendemos, pelo que nos informaram colegas do UNICEF, que estão ocorrendo análises relacionadas sobre a outra principal fonte de pesquisas sobre nutrição, a Pesquisa de Grupos de Indicadores Múltiplos (MICS), coletada pelo UNICEF e por outros parceiros nacionais. A MICS está realizando trabalho metodológico pioneiro sobre muitos dos candidatos a indicadores na segunda coluna da Tabela A8.2 do Apêndice, que estão, atualmente, sendo testados e validados, antes da sua inclusão na MICS6.

2 Análises disponíveis mediante pedido.

3 O texto desta subseção foi redigido por Monica Kothari, com contribuições de Fred Arnold, Bernard Barrere, Ann Way, Annie Cross, Ruilin Ren, Joy Fishel e Sri Poedjastoeti, do Programa DHS.

4 O texto e a análise de dados desta seção foram preparados por Monica Kothari e por colegas da ICF International. Os valores baseiam-se nos últimos dados desagregados disponíveis da DHS.

5 Todos os pontos das figuras representam subconjuntos contendo pelo menos 50 observações.

6 Seria interessante tentar detectar um padrão que explicasse por que existem diferenças em alguns países e não em outros, mas tal análise ultrapassa o escopo deste relatório.

7 Os três parágrafos seguintes foram redigidos por Monica Kothari, com contribuições de Fred Arnold, Bernard Barrere, Ann Way, Annie Cross, Ruilin Ren, Joy Fishel e Sri Poedjastoeti, do programa DHS.

8 A lista de países encontrada na OCDE (2015) baseia-se no Banco Mundial (2015a) e no Fundo para a Paz (2014).

9 Grande parte do texto desta seção foi fornecida por Josephine Ippe.

10 O Grupo de Nutrição Global é um grupo de 32 parceiros internacionais que trabalham com nutrição em emergências (http://nutritioncluster.net/gnc/partners/).

PAINEL 8.2

1 O Banco de Dados sobre Grupos e Desigualdades (GRID), desenvolvido pela Save the Children e pelo Overseas Development Institute, baseia-se no processamento de dados diretos de DHS e de MICS.

PAINEL 8.4

1 Para mais detalhes, consulte Elbers et al. (2003); Haslett et al. (2013, 2014a, 2014b); Pratesi (2016); e Rao e Molina (2015).

PAINEL 8.6

1 O ACNUR define uma situação prolongada de refugiados como aquela na qual 25.000 ou mais refugiados da mesma nacionalidade estiveram exilados por cinco anos ou mais em determinado país de asilo.

2 Os dados de população estão disponíveis para 96,8% dos locais. A fonte de dados é do ACNUR (2014a, b). Desnutrição Global Aguda (DGA) é o termo usado para incluir todas as crianças com emaciação moderada (escore Z de peso-altura menor ou igual a -2, mas maior ou igual a -3), emaciação grave (escore Z de peso-altura menor ou igual a -3), edema, ou qualquer combinação dessas condições de saúde (SMART, 2006).

3 Dos 93 locais onde se realizaram pesquisas sobre nutrição em 2015, 90 (96,8%) apresentaram anemia em crianças de seis a 59 meses.

APÊNDICE 4

1 Essa primeira Análise Global de Políticas de Nutrição foi realizada durante 2009-2010 e a segunda está sendo implementada em 2016.

APÊNDICE 5

1 Estas recomendações foram revisadas por um grupo de assessoria externa composto de especialistas da ONU, organizações da sociedade civil, do Movimento SUN e de doadores.

2 Esta definição de compromissos SMART foi adaptada da parceria Saneamento e Água para Todos (2014).

3 Esses passos foram adaptados da parceria Saneamento e Água para Todos (2014).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdallah, A. M., S. S. A. El-Sherbeny e S. Khairy. 2007. "Nutritional Status of Mentally Disabled Children in Egypt." *Egyptian Journal of Hospital Medicine*. Egito, v. 29, p. 604–615.

África do Sul, Departamento de Saúde. 2015. *Strategy for the Prevention and Control of Obesity in South Africa, 2015–2020*. Pretoria. https://www.health-e.org.za/wp-content/uploads/2015/12/National-Strategy-for-prevention-and-Control-of-Obesity-4-August-latest.pdf.

Ahmed, A. U., J. F. Hoddinott, S. Roy, E. Sraboni, W. R. Quabili, e A. Margolies. 2016. *Which Kinds of Social Safety Net Transfers Work Best for the Ultra Poor in Bangladesh? Operation and Impacts of the Transfer Modality Research Initiative*. Relatório ao Governo de Bangladesh com base no Programa Alimentar Mundial e no Instituto Internacional de Pesquisa em Política Alimentar.

Ahuja, A., S. Baird, J. H. Hicks, M. Kremer, E. Miguel e S. Powers. 2015. "When Should Governments Subsidize Health? The Case of Mass Deworming." *World Bank Economic Review*. Estados Unidos, v. 29, suplemento 1, p. S9-S24.

Anand, S. S., C. Hawkes, R. J. De Souza, A. Mente, M. Dehghan, R. Nugent, et al. 2015. "Food Consumption and Its Impact on Cardiovascular Disease: Importance of Solutions Focused on the Globalized Food System: A Report from the Workshop Convened by the World Heart Federation." *Journal of the American College of Cardiology*. Estados Unidos, v. 66, nº 14, p.1590–1614.

Arifeen, S. E., D. E. Hoque, T. Akter, M. Rahman, M. E. Hoque, K. Begum, E. K. Chowdhury, R. Khan, L. S. Blum, S. Ahmed e M. A. Hossain. 2009. "Effect of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy on Childhood Mortality and Nutrition in a Rural Area in Bangladesh: A Cluster Randomised Trial." *Lancet*. Reino Unido, v. 374, nº 9687, p.393–403.

Assembleia Geral das Nações Unidas. 2011. *Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. Nova York.

———. 2014. *Outcome Document of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Comprehensive Review and Assessment of the Progress Achieved in the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. Resolução 68/300, 10 de julho de 2014. Disponível em: <www.who.int/nmh/events/2014/a-res-68-300.pdf?ua=1>. Acessado em 02/2016.

Avula, R., S. S. Kim, S. Chakrabarti, P. Tyagi, N. Kohli e P. Menon. 2015. *Delivering for Nutrition in Odisha: Insights from a Study on the State of Essential Nutrition Interventions.* POSHAN (Partnerships and Opportunities to Strengthen and Harmonize Actions for Nutrition in India) Report 7. Nova Deli: Instituto Internacional de Pesquisa de Política. Disponível em: <http://ebrary.ifpri.org/cdm/ref/collection/p15738coll2/id/129277>.

Bagriansky, J. 2014. *Situation Analysis and Proposed Communication Plan to Support of Government of Ethiopia in Development of a Central Iodization Facility in Afar*. Relatório da UNICEF.

Banco Mundial. 2014. *Costed Plan for Scaling Up Nutrition: Nigeria*. Health, Nutrition, and Population (HNP) Documento de discussão. Washington, DC.

———. 2015a. *Harmonized List of Fragile Situations FY14*. Washington, DC. http://siteresources.worldbank.org/EXTLICUS/Resources/511777-1269623894864/Harmonizedlistoffragilestatesfy14.pdf.

———. 2015b. *Open Data for Sustainable Development*. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/pubdocs/publicdoc/2015/8/999161440616941994/Open-Data-for-Sustainable-Development.pdf>. Acessado em 09/04/2016.

———. 2016. *World Development Indicators*. Disponível em: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>. Acessado em 01/04/2016.

Banco Mundial e ONU (Organização das Nações Unidas). 2014. *Global Civil Registration and Vital Statistics: Scaling Up Investment Plan 2015–2024*. Washington, DC: Banco Mundial.

Beer, H., S. Luna, L. Pompano, E. Przybyszewski, S. Udipi, P. Ghugre e B. Haas. 2014. "Consuming Iron-biofortified Pearl Millet Increased Hemoglobin Concentrations and Prevented a Decline in Energy Efficiency in Indian Girls." *FASEB Journal*. Estados Unidos, v. 28, nº 1. Suplemento 646.7.

Bereuter, D. e D. Glickman. 2015. *Healthy Food for a Healthy World: Leveraging Agriculture and Food to Improve Global Nutrition*. Chicago Council on Global Affairs. Disponível em: <www.thechicagocouncil.org/sites/default/files/GlobalAg-HealthyFood_FINAL.pdf>. Acessado em 19/04/2015.

Bhutta, Z. A. e S. Zlotkin. *2014. Why Adolescent Health and Why Now?* Toronto: SickKids Centre for Global Child Health.

Bhutta, Z. A., J. K. Das, A. Rizvi, M. F. Gaffey, N. Walker, S. Horton, P. Webb, A. Lartey e R. E. Black. 2013. "Evidence-Based Interventions for Improvement of Maternal and Child Nutrition: What Can Be Done and at What Cost?" *Lancet*. Reino Unido, v. 382, nº 9890, p. 452–477.

Black, R. E., C. G. Victora, S. P. Walker, Z. A. Bhutta, P. Christian, M. de Onis, M. Ezzati, S. Grantham-McGregor, J. Katz, R. Martorell e R. Uauy. 2013. "Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-Income and Middle-Income Countries." *Lancet*. Reino Unido, v. 382, nº 9890, p. 427–451.

Bougma, K., G. Marquis, F. Aboud, E. Frongillo, T. Lemma e A. Samuel. 2015. "Iodized Salt Improves Child's Iodine Status, Mental Development, and Physical Growth in a Cluster Randomized Trial in Ethiopia." *FASEB Journal*. Estados Unidos, v. 29, nº 1. Suplemento 28.6.

Bray, G. A. e B. M. Popkin. 2014. "Dietary Sugar and Body Weight: Have We Reached a Crisis in the Epidemic of Obesity and Diabetes? Health Be Damned! Pour on the Sugar." *Diabetes Care*. [S.l] v. 37, nº 4, p. 950–956.

BRAZIL, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2015. Decreto nº 8552. Disponível em: <ww.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8552.htm> Acessado em 03/2016.

Bredenkamp, C., L. R. Buisman e E. Van De Poel. 2014. "Persistent Inequalities in Child Undernutrition: Evidence from 80 Countries, from 1990 to Today." *International Journal of Epidemiology*. [S.l] v. 43, nº 4, p. 1328–1335. doi: 10.1093/ije/dyu075.

Breierova, L. e E. Duflo. 2004. *The Impact of Education on Fertility and Child Mortality: Do Fathers Really Matter Less Than Mothers?* NBER Working Paper 10513. Cambridge, MA, US: National Bureau of Economic Research.

Brown, R., T. Khara e P. Brunet. 2015. *Maximising the Nutritional Impact of Humanitarian Food Assistance*. INSPIRE Consortium. Disponível em <www.cashlearning.org/downloads/hfanutrition-report-final-nov-2015.pdf>. Acessado em 02/2016.

Burlandy, L., C. Rocha e R. Maluf. 2014. "Integrating Nutrition into Agricultural and Rural Development Policies: The Brazilian Experience of Building an Innovative Food and Nutrition Security Approach." In *Improving Diets and Raising Levels of Nutrition: Food-Based Approaches (Proceedings—International Symposium on Food and Nutrition Security: Food-Based Approaches for Improving Diets and Raising Levels of Nutrition)*, editado porB. Thompson e L. Amoroso. Roma: Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura.

Burt, A., B. Hughes e G. Milante. 2014. *Eradicating Poverty in Fragile States: Prospects of Reaching the High-Hanging Fruit* by 2030. World Bank Policy Research Working Paper 7002. Washington, DC: Banco Mundial. Disponível em: <http://ssrn.com/abstract=2479667>.

CAISAN (Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional). 2013. *Balanço das Ações do plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: PLANSAN 2012–2015*. Brasília: MDS, Secretaria-Executiva da CAISAN. Disponível em <http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/balanco-plansan>.

Carlson, G. J., K. Kordas, e L. E. Murray-Kolb. 2015. "Associations between Women's Autonomy and Child Nutritional Status: A Review of the Literature." *Maternal and Child Nutrition*. [S.l], v. 11, nº 4, p. 452–482.

CBGA (Centre for Budget and Governance Accountability). 2016a. *Budget Track* 11 (Fevereiro). http://www.cbgaindia.org/newsite/wp-content/uploads/2016/03/Budget-Track-on-Nutrition-Compressed.pdf.

———. 2016b. *Connecting the Dots: An Analysis of Union Budget 2016–17*. Nova Deli. Disponível em: <http://www.cbgaindia.org/new_publications.php?action=details&id=85> Acessado em 03/2016.

Chmielewska, D., e D. Souza. 2011. *The Food Security Policy Context in Brazil*. Country Study. Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth. www.ipc-undp.org/pub/IPCCountryStudy22.pdf.

Chopra, M., A. Sharkey, N. Dalmiya, D. Anthony e N. Binkin. 2012. "Strategies to Improve Health Coverage and Narrow the Equity Gap in Child Survival, Health, and Nutrition." *Lancet*. Reino Unido, v. 380, nº 9850, p. 1331–1340.

Chuko, T., J. Bagriansky e A. T. Brown. 2015. "Ethiopia's Long Road to USI." *Iodine Deficiency Disorder Newsletter*. [S.l], maio de 2015.

Colchero, M. A., B. M. Popkin, J. A. Rivera e S. W. Ng. 2016. "Beverage Purchases from Stores in Mexico under the Excise Tax on Sugar Sweetened Beverages: Observational Study." *BMJ* 352: h6704.

CONSEA (Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional). 2009. *Building Up the National Policy and System for Food and Nutrition Security: The Brazilian Experience.* Brasília.

———. 2010. *Food and Nutritional Security and the Human Right to Adequate Food in Brazil*. Brasília.

Conselho Econômico e Social das Nações Unidas. 2016. *Report of the Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators*. E/CN.3/2016/2/Rev.1. Nova York. http://unstats.un.org/unsd/statcom/47th-session/documents/2016-2-IAEG-SDGs-Rev1-E.pdf.

CSP (Centre for Social Protection), IDS (Institute of Development Studies), Family for Every Child, e CH. 2014. *Researching the Linkages between Social Protection and Children's Care in Ghana: LEAP and Its Effects on Child Well-Being, Care, and Family Cohesion*. Brighton, Reino Unido: Centro de Assistência Social, no Instituto de Estudos de Desenvolvimento.

Cunningham, K., M. Ruel, E. Ferguson e R. Uauy. 2015. "Women's Empowerment and Child Nutritional Status in South Asia: A Synthesis of the Literature." *Maternal and Child Nutrition* 11 (1): 1–9. DOI: 10.1111/mcn.12125.

Curtis, V., S. Cairncross e R. Yonli. 2000. "Domestic Hygiene and Diarrhoea—Pinpointing the Problem." *Tropical Medicine and International Health* 5 (1): 22–32. PubMed PMID: 10672202.

Dain, K. 2015. "Sustainable Financing: The Achilles Heel of the Non-communicable Diseases Response." *Lancet Diabetes and Endocrinology.* Reino Unido, v. 3, nº 12, p. 923–925.

Danaei, G., G. M. Singh, C. J. Paciorek, J. K. Lin, M. J. Cowan, M. M. Finucane, F. Farzadfar, G. A. Stevens, L. M. Riley, Y. Lu, M. Rao, M. Ezzati e C. H. Fall. 2013. "The Global Cardiovascular Risk Transition Associations of Four Metabolic Risk Factors with National Income, Urbanization, and Western Diet in 1980 and 2008." *Circulation*. [S.l] v. 127, nº 14, p. 1493–1502.

Danysh, H. E., R. H. Gilman, J. C. Wells, W. K. Pan, B. Zaitchik, G. Gonzálvez, M. Alvarez e W. Checkley. 2014. "El Niño Adversely Affected Childhood Stature and Lean Mass in Northern Peru." *Climate Change Responses* 1 (1): 7.

Das, J. K., R. A. Salam, R. Kumar e Z. A. Bhutta. 2013. "Micronutrient Fortification of Food and Its Impact on Woman and Child Health: A Systematic Review." *Systematic Reviews* 2: 67.

Delisle, H. F. 2008. "Poverty: The Double Burden of Malnutrition in Mothers and the Intergenerational Impact." *Annals of the New York Academy of Sciences.* 1136: 172–184. doi: 10.1196/annals.1425.026.

De Moura, F., A. Palmer, J. Finkelstein, J. Haas, L. Murray-Kolb, M. Wenger, E. Birol, E. Boy e J. P. Peña-Rosas. 2014. "Are Biofortified Staple Food Crops Improving Vitamin A and Iron Status in Women and Children? New Evidence from Efficacy Trials." *Advances in Nutrition* (5): 56–570. doi: 10.3945/an.114.006627Adv.

de Onis, M., K. G. Dewey, E. Borghi, A. W. Onyango, M. Blossner, B. Daelmans, E. Piwoz e F. Branca. 2013. "The World Health Organization's Global Target for Reducing Childhood Stunting by 2025: Rationale and Proposed Actions." *Maternal and Child Nutrition* 9 (2): 6–26.

De Schutter, O. 2014. *Report of the Special Rapporteur on the Right to Food, Olivier De Schutter. Final Report: The Transformative Potential of the Right to Food.* Enviado ao Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, Nova York.

Devereux, S. 2015. "Social Protection for Enhanced Food Security in Sub-Saharan Africa." *Food Policy*, abril de 2015.

DFID (UK Department for International Development). 2015. "Preparing for El Niño." News story, 16 de outubro. Disponível em: <www.gov.uk/government/news/preparing-for-el-nino> Acessado em 09/04/2016.

DHS (Demographic and Health Survey). 2005–2015. The DHS Program: Data. http://dhsprogram.com/data.

Dieleman, J. L., C. M. Graves, T. Templin, E. Johnson, R. Baral, K. Leach-Kemon, A. M. Haakenstad e C. J. L. Murray. 2014. "Global Health Development Assistance Remained Steady in 2013 but Did Not Align with Recipients' Disease Burden." *Health Affairs* 10: 1377.

Dolan, C., M. Mwangome e T. Khara. 2015. "Extent of Stunting and Wasting in the Same Children." Panel 2.1 in *Global Nutrition Report 2015: Actions and Accountability to Advance Nutrition and Sustainable Development*. Washington, DC: Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares.

Duflo, E., M. Greenstone, R. Guiteras e T. Clasen. 2015. *Toilets Can Work: Short and Medium Run Health Impacts of Addressing Complementarities and Externalities in Water and Sanitation*. Cambridge, MA, US: Agência Nacional de Pesquisa Econômica.

Dutta, P., R. Murgai, M. Ravallion e D. P. Van de Walle. 2012. Does India's Employment Guarantee Scheme Guarantee Employment? Policy Research Working Paper 6003. Washington, DC: Banco Mundial.

EHNRI (Ethiopian Health and Nutrition Research Institute), FMoH (Federal Ministry of Health) e UNICEF. 2005. *Iodine Deficiency Disorders (IDD) National Survey in Ethiopia*. Addis Ababa. [S.l].

Elbers, C., J. O. Lanjouw e P. Lanjouw. 2003. "Micro-level Estimation of Poverty and Inequality." *Econometrica*. [S.l], v. 71, nº 1, p. 355–364.

Emergency Nutrition Network. 2011. *Development of a Minimum Reporting Package for Emergency Supplementary Feeding Programmes*. Project report. Washington, DC: Emergency Nutrition Network, Save the Children UK, and US Agency for International Development. http://files.ennonline.net/attachments/1611/mrp-report-final.pdf.

———. 2014. Minimum Reporting for Supplementary Feeding Programmes (SFPs). Disponível em: <www.ennonline.net/ourwork/research/minimumreportingsfps>. Acessado em 09/04/2016.

Fanzo, J., D. Hunter, T. Borelli e F. Mattei (eds.). 2013. *Diversifying Food and Diets*. Londres e Nova York: Routledge.

FAO (Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação). 2002. *Anti-Hunger Programme: A Twin-Track Approach to Hunger Reduction: Priorities for National and International Action*. Rome.

———. 2013. *Food Systems for Better Nutrition*. Rome.

———. 2015a. *Key Recommendations for Improving Nutrition through Agriculture and Food Systems*. Disponível em: <www.fao.org/3/a-i4922e.pdf>. Acessado em 21/02/2016.

———. 2015b. *State of Food Insecurity in the World 2015*. Disponível em: <www www.fao.org/hunger/en/> Acessado em 02/2016.

———. 2015c. Food Security/Suite of Food Security Indicators. Disponível em: <http://faostat3.fao.org/faostat-gateway/go/to/download/D/FS/E>. Acessado em 21/04/2015

———. 2016a. *2015–2016 El Niño: Early Action and Response for Agriculture, Food Security, and Nutrition*. Working draft (15 March 2016). Disponível em: <www.fao.org/fileadmin/user_upload/emergencies/docs/FAOEl%20NinoReportMarch2016.pdf>0>. Acessado em 09/04/2016.

———. 2016b. FAOLEX. Disponível em: <http://faolex.fao.org/>. Acessado em 09/04/2016.

———. 2016c. FAOSTAT. Disponível em: <http http://faostat.fao.org/>. Acessado em 09/04/2016.

FAO, FIDA (Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola) e PMA (Programa Mundial de Alimentação). 2015. *The State of Food Insecurity in the World 2015: Meeting the 2015 International Hunger Targets: Taking Stock of Uneven Progress*. Roma: FAO.

Ferreira, A. A., J. R. Welch, R. V. Santos, S. A. Gugelmin e C. E. A. Coimbra Jr. 2012. "Nutritional Status and Growth of Indigenous Xavante Children, Central Brazil." *Nutrition Journal*. [S.l], 2012. DOI: 10.1186/1475-2891-11-3

Fitzgibbon, C. 2016. *Shock-Responsive Social Protection in Practice: Kenya's Experience in Scaling Up Cash Transfers*. Blog, 23 de fevereiro de 2016. Humanitarian Practice Network. http://odihpn.org/blog/shock-responsive-social-protection-in-practice-kenyas-experience-in-scaling-up-cash-transfers/.

Forouzanfar, M. H., L. Alexander, H. R. Anderson, V. F. Bachman, S. Biryukov, M. Brauer, R. Burnett, D. Casey, M. M. Coates, A. Cohen e K. Delwiche. 2015. "Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks in 188 Countries, 1990–2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013." *Lancet.* Reino Unido, v. 386, nº 10010, p. 2287–2323.

Frenk, J. 2015. "Leading the Way towards Universal Health Coverage: A Call to Action." *Lancet*. Reino Unido, v. 385, nº 997, p. 1352–1358.

Fuller, J. A., J. Goldstick, J. Bartram e J. N. Eisenberg. 2016. "Tracking Progress towards Global Drinking Water and Sanitation Targets: A Within and Among Country Analysis." *Science of the Total Environment*. [S.l], p. 541: 857–864.

Fundo da Paz. 2014. *Fragile States Index 2014*. Washington, DC. http://library.fundforpeace.org/library/cfsir1423-fragilestatesindex2014-06d.pdf.

Garrett, G. S. e R. Prczewlofsky. 2013. "Sustainable Supplies of Potassium Iodate for Africa." *Iodine Deficiency Disorder Newsletter*. [S.l], novembro de 2013.

GANA, Ministério da Alimentação e da Agricultura. 2010. *Medium Term Agricultural Sector Investment Plan (METASIP): 2011–2015*. Acra.

GANA, Ministério da Saúde. 2007. *Under 5 Child Health Strategy: 2007–2015*. Acra, 2007. http://ghanamedicalassociation.org/Documents/Child%20Health%20Strategy.pdf.

Global Nutrition Cluster. 2013. Who We Are. Disponível em: <http://nutritioncluster.net/gnc/partners/>. Acessado em 09/04/2016

Godfray, H. C. J., J. R. Beddington, I. R. Crute, L. Haddad, D. Lawrence, J. F. Muir, J. Pretty, S. Robinson, S. M. Thomas e C. Toulmin. 2010. "Food Security: The Challenge of Feeding 9 Billion People." *Science*. [S.l], v. 327, nº 5967, p. 812–818.

Gornall, J. 2015. "Healthcare for Syrian Refugees." *BMJ*. [S.l], v.351, p. h4150, 2015.doi: 10.1136/bmj.h4150.

Goryakin, Y. e M. Suhrcke. 2014. "Economic Development, Urbanization, Technological Change, and Overweight: What Do We Learn from 244 Demographic and Health Surveys?" *Economics and Human Biology*. [S.l], v.14, p. 109–127.

Goryakin, Y., T. Lobstein, W. P. T. James e M. Suhrcke. 2015. "The Impact of Economic, Political, and Social Globalization on Overweight and Obesity in the 56 Low and Middle Income Countries." *Social Science and Medicine*. [S.l], v. 133, p. 67–76.

Gradin, C. 2015. "Poverty e Ethnicity among Black South Africans." *European Journal of Development Research*. [S.l] v.27, p. 921–942.

Green, R., J. Sutherland, A. D. Dangour, B. Shankar e P. Webb. 2016. "Global Dietary Quality, Undernutrition, and Noncommunicable Disease: A Longitudinal Modelling Study." *BMJ* Open 6 (1): e009331.

Greener, R., C. Picanyol, P. Fracassi, W. Knechtel, A. Mujica e S. Allan. 2016. *Analysis of Nutrition-Sensitive Budget Allocations: Experience from 30 Countries*. Relatório do Scaling Up Nutrition (SUN). Oxford, Reino Unido: Oxford Policy Management.

Groce, N., E. Challenger, M. Kerac e L. Cheshire. 2013. *Stronger Together: Nutrition-Disability Links and Synergies*. Observação sobre as instruções. Disponível em: <www.unicef.org/disabilities/files/Stronger-Together_Nutrition_Disability_Groce_Challenger_Kerac.pdf>. Acessado em 02/2016.

GSO (General Statistical Office). 2011. *Viet Nam Multiple Indicator Cluster Survey 2011, Final Report*. Hanoi.

GSS (Serviço Estatístico de Gana). 2014. *Ghana Living Standards Round 6: Main Report*. Acra.

GSS, GHS (Serviço de Saúde de Gana) e ICF International. 2015. *Demographic and Health Survey 2014*. Rockville, MD, US: GSS, GHS, and ICF International.

Guha-Sapir, D., R. Below e P. Hoyois. 2016. EM-DAT: The CRED/OFDA International Disaster Database. Université Catholique de Louvain, Bruxelas, Bélgica. Disponível em: <www.emdat.be>. Acessado em 04/2016.

Gujarat, Health and Family Welfare Department. 2012. Setting Up of Gujarat Starte Nutrition Mission (GSNM). https://nrhm.gujarat.gov.in/Portal/Document/1_11_1_gr_setting_up_of_gsnm.pdf.

Haddad, L. 2015. "Equity: Not Only for Idealists." *Development Policy Review*. [S.l] v. 33, nº 1, p. 5–13.

———. 2016. "The Global Governance of Nutrition: Why It Matters." Development Horizons blog, fevereiro 25. http://www.developmenthorizons.com/2016/02/the-global-governance-of-nutrition-why.html.

Hahn, Y., A. Islam, K. Nuzhat, R. Smyth e H.-S. Yang. 2015. "Education, Marriage, and Fertility: Long-Term Evidence from a Female Stipend Program in Bangladesh." In: Encontro da Population Association of America, 30 de abril a 2 de maio, San Diego, CA, US.

Harrington, D. W. e S. J. Elliott. 2009. "Weighing the Importance of Neighbourhood: A Multilevel Exploration of the Determinants of Overweight and Obesity." *Social Science and Medicine*. [S.l], v. 68, nº 4, p. 593–600.

Haslett, S., G. Jones e A. Sefton. 2013. *Small-Area Estimation of Poverty and Malnutrition in Cambodia*. Instituto Nacional de Estatística, Ministério do Planejamento, Governo Real do Camboja e Programa Mundial de Alimentação das Nações Unidas. Disponível em: <www.wfp.org/content/cambodia-small-area-estimation-poverty-and-malnutrition-april-2013>. Acessado em 02/2016.

Haslett, S., G. Jones, and M. Isidro. 2014a. *Small-Area Estimation of Child Undernutrition in Bangladesh*. Serviço Central de Estatística de Bangladesh, Programa Mundial de Alimentação das Nações Unidas e Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola. Disponível em: <www.wfp.org/sites/default/files/Undernutrition%20Maps%20of%20Bangladesh%202012_Technical%20Report_Massey%20WFP%20BBS%20IFAD.pdf>. Acessado em 02/2016.

Haslett, S., G. Jones, M. Isidro e A. Sefton. 2014b. *Small-Area Estimation of Food Insecurity and Undernutrition in Nepal*. Serviço Central de Estatísticas, Secretaria das Comissões de Planejamento Nacional, Programa Mundial de Alimentação das Nações Unidas, UNICEF e Banco Mundial, Katmandu, Nepal. Disponível em: <www.wfp.org/content/nepal-small-area-estimation-food-insecurity-and-undernutrition-december-2014>. Acessado em 02/2016.

Hawkes, C. 2015. *Enhancing Coherence between Trade Policy and Nutrition Action*. Documento de discussão 1. Sistema das Nações Unidas. Standing Committee on Nutrition. Disponível em: <www.unscn.org/files/ICN2_TPM/UNSCN_ENGLISH_Trade_and_Nutrition_Dec_2015.pdf?platform=hootsuite>. Acessado em 03/2016.

Hawkes, C. e M. Ruel. 2010. *Value Chains for Nutrition*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute. Disponível em: <www.ifpri.org/publication/value-chains-nutrition>. Acessado em 02/2016.

HCC (Healthy Caribbean Coalition). 2014. *A Civil Society Regional Status Report: Responses to NCDs in the Caribbean Community*. Disponível em: <https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/HCC%20NCDA%20RSR%20FINAL.pdf>. Acessado em 03/2016.

———. 2015. *A Civil Society Report on National NCD Commissions in the Caribbean: Towards a More Effective Multisectoral Response to NCDs. Part I*. Disponível em: <www.healthycaribbean.org/meetings-june-2015/june-5/resources/A-Civil-Society-Report-on-National-NCD-Commissions-in-the-Caribbean-Towards-a-more-Effective-Multisectoral-Response-to-NCDs-Part-1.pdf>. Acessado em 03/2016.

Headey, D. Forthcoming. "Of Nutritional Change in Four South Asian Countries: A Dynamic Observational Analysis." *Maternal and Child Nutrition*.

Headey, D. D. e J. F. Hoddinott. 2014. *Understanding the Rapid Reduction of Undernutrition in Nepal, 2001–2011*. Documento de discussão 1384. Washington, DC: International Food Policy Research Institute. Disponível em: <http://ebrary.ifpri.org/cdm/ref/collection/p15738coll2/id/128471>. Acessado em 03/2016.

Health Data Collaborative. 2016. 100 Core Health Indicators. Disponível em: <www.healthdatacollaborative.org/resources/100-core-health-indicators/>. Acessado em 04/05/2016.

Heymann, J., A. Raub e A. Earle. 2013. "Breastfeeding Policy: A Globally Comparative Analysis." *Bulletin of the World Health Organization*. [S.l], v. 91, p. 398–406.

Hoddinott, J., R. Rosegrant e M. Torero. 2012. "Investments to Reduce Hunger and Undernutrition." Challenge Paper, Copenhagen Consensus 2012. http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/hungerandmalnutrition.pdf.

Horton, R. 2015. "Offline: Chronic Diseases—The Social Justice Issue of Our Time." Comment. *Lancet.* Reino Unido, v. 386, nº 10011, p. 2378. http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01178-2.pdf.

Horton, S., and R. H. Steckel. 2013. "Malnutrition: Global Economic Losses Attributable to Malnutrition 1900–2000 and Projections to 2050." In *How Much Have Global Problems Cost the World? A Scorecard from 1900 to 2050*, edited by B. Lomborg, 247–272. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Hotz, C., C. Loechl, A. Lubowa, J. K. Tumwine, G. Ndeezi, A. N. Masawi, R. Baingana, A. Carriquiry, A. de Brauw, J. V. Meenakshi e D. O. Gilligan. 2012. "Introduction of ß-carotene–rich Orange Sweet Potato in Rural Uganda Resulted in Increased Vitamin A Intakes among Children and Women and Improved Vitamin A Status among Children." *Journal of Nutrition*. [S.l], v. 142, nº 10, p.1871–1880.

Howe-Heyman, A. e M. Lutenbacher. 2016. "The Baby-Friendly Hospital Initiative as an Intervention to Improve Breastfeeding Rates: A Review of the Literature." *Journal of Midwifery and Women's Health*. [S.l], v. 61 nº 1, p. 77–102.

Humphrey, J. H. 2009. "Child Undernutrition, Tropical Enteropathy, Toilets, and Handwashing." *Lancet*. Reino Unido, v. 374, nº 9694, p. 1032–1035. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60950-8.

IDEC (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor). 2016. Mais Rigor, por Favor. *Revista do IDEC*, janeiro-fevereiro.

IFPRI (International Food Policy Research Institute). 2014. *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2014: Medidas e Responsabilização para Acelerar o Progresso Mundial da Nutrição.* Washington, DC.

———. 2015a. *Relatório sobre a Nutrição Mundial 2015: Iniciativas e Responsabilização para o Progresso da Nutrição e Desenvolvimento Sustentável*. Washington, DC.

———. 2015b. SPEED Database 2015. Acessado em 02/2016.

———. 2015c. Perfil nacional de nutrição 2015: Brasil. Washington, DC. Disponível em: <http://ebrary.ifpri.org/utils/getfile/collection/p15738coll2/id/130197/filename/130408.pdf>. Acessado em 02/2016.

IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). 2015. "Financing Global Health." University of Washington. Disponível em: <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>. Acessado em 02/ 2016.

———. 2016. Global Health Data Exchange. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org>. Acessado em 14/04/ 2016.

Índia, Ministério da Fazenda. 2016. "Mother and Child". http://indiabudget.nic.in/es2015-16/echapvol1-05.pdf>. Acessado em 03/2016.

IPCC (Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas). 2007. *Fourth Assessment Report: Climate Change 2007*. Disponível em: <www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar4/syr/ar4_syr_full_report.pdf>. Acessado em 03/2016.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). 1993. "O mapa da fome: subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar." Documento de Política nº 14. Brasília. Mimeo.

———. 2014. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio—Relatório Nacional de Acompanhamento*. Brasília.

Jaacks, L. M., M. M. Slining e B. M. Popkin. 2015. "Recent Underweight and Overweight Trends by Rural-Urban Residence among Women in Low- and Middle-Income Countries." *Journal of Nutrition*. [S.l], v.145, nº 2, p. 352–357, 2015.

Jaspers, L., V. Colpani, L. Chaker, S. J. van der Lee, T. Muka, D. Imo, S. Mendis, R. Chowdhury, W. M. Bramer, A. Falla e R. Pazoki. 2015. "The Global Impact of Non-communicable Diseases on Households and Impoverishment: A Systematic Review." *European Journal of Epidemiology.* [S.l] v.3, nº 3, p.163–188.

JMP (ONU/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation). 2015a. Key Facts from JMP 2015 Report. Acessado em 03/2016. www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/JMP-2015-update-key-facts-English.pdf.

———. 2015b. Data and Estimates/Tables. Disponível em: <www.wssinfo.org/data-estimates/tables/>. Acessado em 30/06/2015.

Karnataka Comprehensive Nutrition Mission. 2016. Karnataka Comprehensive Nutrition Mission. Disponível em: <http://www.karnutmission.org/>. Acessado em 26/04/2016.

Kim, S., D. Ali, A. L. Kennedy, R. Tesfaye, A. Worku, T. Hailu, R. Rawat e P. Menon. 2015. "Assessing Implementation Fidelity of a Community-Based Infant and Young Child Feeding Intervention in Ethiopia Identifies Delivery Challenges That Limit Reach to Communities." *BMC Public Health*. [S.l], v. 15, nº 1, p. 316.

Kothari, M. 2016. *Relatório sobre a Nutrição Mundial 2016* Supplementary Dataset: Demographic and Health Survey Intervention Coverage Data: Percentage of Children and Pregnant Women Who Received Various Essential Nutrition Interventions as Reported in the DHS Surveys Conducted between 2005–2015. Washington, DC, 4 de fevereiro de 2016.

Kozuki, N., A. C. C. Lee, M. F. Silveira, A. Sania, J. P. Vogel, L. Adair, F. Barros, L. E. Caulfield, P. Christian, W. Fawzi, J. Humphrey, L. Huybregts, A. Mongkolchati, R. Ntozini, D. Osrin, D. Roberfroid, J. Tielsch, A. Vaidya, R. E. Black e J. Katz. 2013. "The Associations of Parity and Maternal Age with Small-for-Gestational-Age, Preterm, and Neonatal and Infant Mortality: A Meta-analysis." *BMC Public Health*. [S.l], v. 13, suplemento 3, p. S2.

Kristjansson, B., M. Petticrew, B. MacDonald, J. Krasevec, L. Janzen, T. Greenhalgh, G. A. Wells, J. MacGowan, A. P. Farmer, B. Shea, A. Mayhew, P. Tugwell e V. Welch. 2007. "School Feeding for Improving the Physical and Psychosocial Health of Disadvantaged Students." *Cochrane Database of Systematic Reviews*, artigo CD004676. (www.cochrane.org/reviews/en/ab004676.html.)

Kroll, M., R. K. Phalkey e F. Kraas. 2015. "Challenges to the Surveillance of Non-communicable Diseases: A Review of Selected Approaches." *BMC Public Health* 15 (1): 1.

Kuper, H., A. Monteath-van Dok, K. Wing, L. Danquah, J. Evans, M. Zuurmond e J. Gallinetti. 2014. "The Impact of Disability on the Lives of Children: Cross-Sectional Data Including 8,900 Children with Disabilities and 898,834 Children without Disabilities across 30 Countries." *PLOS ONE* 9 (9): e107300.

Laar, A., R. Aryeetey, R. Akparibo, F. Zotor e Plataforma Acadêmica do SUN em Gana. 2015. "Nutrition Sensitivity of the 2014 Budget Statement of Republic of Ghana." *Proceedings of the Nutrition Society*. [S.l], v. 74, nº 4, p. 526–532.

Labbok, M. 2012. "Global Baby-Friendly Hospital Initiative Monitoring Data: Update and Discussion." *Breastfeeding Medicine*. [S.l], v. 7, p. 210–222.

Langlois, E. V., A. Haines, G. Tomson e A. Ghaffar. 2016. "Refugees: Towards Better Access to Health Care Services." *Lancet*. Reino Unido, v. 387, nº 10016, p. 319–321.

Liu, X., and C. Zhu. 2014. "Will Knowing Diabetes Affect Labor Income? Evidence from a Natural Experiment." *Economics Letters*. [S.l], v. 24, nº 1, p. 74–78.

Lobstein, T., R. Jackson-Leach, M. L. Moodie, K. D. Hall, S. L. Gortmaker, B. A. Swinburn, W. P. T. James, Y. Wang e K. McPherson. 2015. "Child and Adolescent Obesity: Part of a Bigger Picture." *Lancet.* Reino Unido, v. 385, nº 9986, p. 2510–2520.

Luo, R., Y. Shi, L. Zhang, C. Liu, S. Rozelle, B. Sharbono, A. Yue, Q. Zhao, and R. Martorell. 2012. "Nutrition and Educational Performance in Rural China's Elementary Schools: Results of a Randomized Control Trial in Shaanxi Province." *Economic Development and Cultural Change.* [S.l], v. 60, nº 4, p. 735–772.

Luthringer, C. L., L. A. Rowe, M. Vossenaar e G. S. Garrett. 2015. "Regulatory Monitoring of Fortified Foods: Identifying Barriers and Good Practices." *Global Health: Science and Practice.* [S.l], v. 3, nº 3, p. 446–461.

Madhya Pradesh, Women and Child Development Department. 2016. General Information. Disponível em: <http://www.mpwcd.nic.in/en/general-information>. Acessado em 26/04/2016.

Maharashtra, Health and Nutrition Mission. 2016. Health and Nutrition Mission. Disponível em: <http://nutritionmissionmah.gov.in/Site/Home/Index.aspx>. Acessado em 26/04/2016.

Malta, D. C., S. C. Andrade, R. M. Claro, R. T. I. Bernal e C. A. Monteiro. 2014. "Trends in Prevalence of Overweight and Obesity in Adults in 26 Brazilian State Capitals and the Federal District from 2006 to 2012." *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Brasil, v. 17, suplemento 1, p. 267–276.

Mamun, A. e J. Finlay. 2015."Shifting of Undernutrition to Overnutrition and Its Determinants among Women of Reproductive Ages in the 36 Low to Medium Income Countries." *Obesity Research and Clinical Practice.* [S.l], v. 9, nº, p. 75–86.

Mbuya, M. N. N., N. V. Tavengwa, R. J. Stoltzfus, V. Curtis, G. H. Pelto, R. Ntozini, R. A. Kambarami, D. Fundira, T. R. Malaba, D. Maunze, P. Morgan, G. Mangwadu e J. H. Humphrey. 2015. "Design of an Intervention to Minimize Ingestion of Fecal Microbes by Young Children in Rural Zimbabwe." *Clinical Infectious Diseases*. [S.l], v. 61 suplemento 7, p. S703–S709. doi: 10.1093/cid/civ845.

Mejía Acosta, A. e L. Haddad. 2014. "The Politics of Success in the Fight against Malnutrition in Peru." *Food Policy* 44 (2014): 26–35.

Menon, P., C. M. McDonald e S. Chakrabarti. 2015. *Estimating the Cost of Delivering Direct Nutrition Interventions at Scale: National and Subnational-Level Insights from India*. POSHAN Report 9. Nova Deli: International Food Policy Research Institute.

Miljkovic, D., S. Shaik, S. Miranda, N. Barabanov e A. Liogier. 2015. "Globalisation and Obesity." *World Economy* 38 (8): 1278–1294.

Miller, G., R. Luo, L. Zhang, S. Sylvia, Y. Shi, P. Foo, Q. Zhao, R. Martorell, A. Medina e S. Rozelle. 2012. "Effectiveness of Provider Incentives for Anaemia Reduction in Rural China: A Cluster Randomised Trial." *BMJ* 345: e4809. doi: 10.1136/bmj.e4809.

MQSUN (Maximising the Quality of Scaling Up Nutrition Programmes Framework). 2016. *Addressing Overweight and Obesity in Low- and Middle-Income Countries 2016*. Seattle, WA, US: PATH.

Nações Unidas. 2013. *World Population Prospects: The 2012 Revision*. Nova York: Nações Unidas, Departmento dos Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão da População. Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>. Acessado em 06/2015.

———. 2014a. "High-Level Meetings and the General Debate of the Sixty-eighth Session of the General Assembly." Agenda Item 118, Follow-Up to the Outcome of the Millennium Summit. Disponível em: <https://papersmart.unmeetings.org/ga/68th-session/plenary-meetings/agenda/i/118/>. Acessado em 03/2016.

———. 2014b. *A World That Counts*. Nova York. <http://www.undatarevolution.org/wp-content/uploads/2014/11/A-World-That-Counts.pdf>.

———. 2015. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>. Acessado em 09/04/2016.

Ndiku, H., M. Ndiku, K. Jaceldo-Siegl, P. Singh e J. Sabaté. 2011. "Gender Inequality in Food Intake and Nutritional Status of Children under 5 Years Old in Rural Eastern Kenya." *European Journal of Clinical Nutrition*. [S.l] v. 65, nº 1, p. 26–31.

Neuman, M., I. Kawachi, S. Gortmaker e S. V. Subramanian. 2014. "National Economic Development and Disparities in Body Mass Index: A Cross-Sectional Study of Data from 38 Countries." *PloS One* 9 (6): e99327.

Ngure, F. M., J. H. Humphrey, M. N. Mbuya, F. Majo, K. Mutasa, M. Govha, E. Mazarura, B. Chasekwa, A. J. Prendergast, V. Curtis, K. J. Boor e R. J. Stoltzfus. 2013. "Formative Research on Hygiene Behaviors and Geophagy among Infants and Young Children and Implications of Exposure to Fecal Bacteria." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. [S.l], v. 89, nº 4, p. 709–716. doi: 10.4269/ajtmh.12-0568.

Ngure, F. M., B. M. Reid, J. H. Humphrey, M. N. Mbuya, G. Pelto e R. J. Stoltzfus. 2014. Water, Sanitation, and Hygiene (WASH), Environmental Enteropathy, Nutrition, and Early Child Development: Making the Links. *Annals of the New York Academy of Sciences*. [S.l], v. 1308, nº 1, p. 118–128.

Nguyen, P. H., S. S. Kim, S. Keithly, N. Hajeebhoy, L. M. Tran, M. T. Ruel, R. Rawat e P. Menon. 2014. "Incorporating Elements of Social Franchising in Government Health Services Improves the Quality of Infant and Young Child Feeding Counseling Services at Commune Health Centers in Vietnam." *Health Policy and Planning* 29 (8): 1008–1020. doi: 10.1093/heapol/czt083.

Norredam, M., A. Mygind e A. Krasnik. "Access to Health Care for Asylum Seekers in the European Union: A Comparative Study of Country Policies." 2006. *European Journal of Public Health*. [S.l] v. 16, nº 3), p. 285–289.

Nugent, R. 2011. *Bringing Agriculture to the Table*. Chicago: Chicago Council on Global Affairs, 2011.

Nugent, R. e A. B. Feigl. 2010. *Where Have All the Donors Gone? Scarce Donor Funding for Non-communicable Diseases*. Documento de trabalho. Disponível em: <http://www.cgdev.org/publication/where-have-all-donors-gone-scarce-donor-funding-non-communicable-diseases-working-paper>. Acessado em 02/2016.

Nutrition for Growth. Disponível em: <http://nutrition4growth.org>. Acessado em 09/04/2016.

ODI (Instituto de Desenvolvimento Ultramarino). 2016. *Women's Work: Mothers, Children, and the Global Childcare Crisis*. Disponível em: <http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/10333.pdf>. Acessado em 09/04/2016.

Odisha, Women and Child Development Department. 2016. Nutrition Operation Plan. Disponível em: <http://wcdodisha.gov.in/node/42>. Acessado em 26/04/2016.

OECD (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico). 2015. List of Fragile States and Economies Used for Preparing the 2015 OECD Report on States of Fragility. Disponível em: <http://www.oecd.org/dac/governance-peace/conflictandfragility/docs/List%20of%20fragile%20states.pdf>. Acessado em 09/04/2016.

———. 2016a. Creditor Reporting System. OECD. Stat. Disponível em: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRS1>. Acessado em 9/04/2016.

———. 2016b. Data. Disponível em: <https://data.oecd.org>. Acessado em 02/2016.

———. 2016c. "Development Aid Stable in 2014 but Flows to Poorest Countries Still Falling." Press release de 8 de abril. Disponível em: <www.oecd.org/dac/stats/development-aid-stable-in-2014-but-flows-to-poorest-countries-still-falling.htm>. Acessado em 14/04/2016.

Ofei-Aboagye, E. 2013. *Advancing Social Accountability in Social Protection and Socio-Economic Interventions: The Ghana School Feeding Programme*. Acra: Institute of Local Government Studies.

OIT (Organização Internacional do Trabalho). 2014. *Maternity and Paternity at Work: Law and Practice across the World*. Genebra.

Olney, D. K., A. Pedehombga, M. T. Ruel e A. Dillon. 2015. "A 2-Year Integrated Agriculture and Nutrition and Health Behavior Change Communication Program Targeted to Women in Burkina Faso Reduces Anemia, Wasting, and Diarrhea in Children 3–12.9 Months of Age at Baseline: A Cluster-Randomized Controlled Trial." *Journal of Nutrition*. [S.l], v. 145, nº 6, p. 1317–1324.

OMS (Organização Mundial da Saúde). 1981. *International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes*. Genebra.

———. 2003. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Genebra.

———. 2007. *Preventing and Controlling Micronutrient Deficiencies in Population Affected by an Emergency: Multiple Vitamin and Mineral Supplements for Pregnant and Lactating Women, and for Children Aged 6 to 59 Months*. www.who.int/nutrition/publications/WHO_PMA_UNICEFstatement.pdf. Genebra.

———. 2008. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Conclusions of a Consensus Meeting Held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA.* Disponível em: <www.unicef.org/nutrition/files/IYCF_updated_indicators_2008_part_1_definitions.pdf>. Acessado em 02/2016.

———. 2009. *Guidelines on Food Fortification with Micronutrients*. Genebra. http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/9241594012/en/.

———. 2010a. *Nutrition Landscape Information System (NLIS) Country Profile Indicators: Interpretation Guide*. Genebra.

———. 2010b. *Set of Recommendations on the Marketing of Foods and Non-Alcoholic Beverages to Children*. Genebra.

———. 2012a. *Assessing National Capacity for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Report of the 2010 Global Survey*. Disponível em: <www.who.int/cancer/publications/national_capacity_prevention_ncds.pdf?ua=1>. Acessado em 14/04/2016.

———. 2012b. "Maternal, Infant, and Young Child Nutrition: Draft Comprehensive Implementation Plan." Genebra. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_11-en.pdf> e <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_11Corr1-en.pdf>. Acessado em 19/03/2016.

———. 2013a. *Essential Nutrition Actions: Improving Maternal, Newborn, Infant, and Young Child Health and Nutrition*. Genebra. Disponível em: <www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential_nutrition_actions/en/>. Acessado em 03/2016.

———. 2013b. *Global Nutrition Policy Review: What Does It Take to Scale Up Action?* Genebra.

———. 2014a. Global Nutrition Targets 2025: Low Birth Weight Policy Brief. Genebra. http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_lbw/en/.

———. 2014b. *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014.* Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. Acessado em 02/2016.

———. 2014c. *WHO Global Health Expenditure Atlas 2014*. Disponível em: <http://www.who.int/health-accounts/atlas2014.pdf>. Acessado em 02/2016.

———. 2014d. *Global Nutrition Targets 2025: Policy Brief Series*. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_overview/en/>. Acessado em 23/03/2016.

———. 2015a. Global Health Observatory Data Repository. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A897A?lang=en>. Acessado em 06/2015.

———. 2015b. National Health Account Tracking, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en>. Acessado em 04/2016.

———. 2015c. *Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2015*. Disponível em: <www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2015/en/>. Acessado em 03/2016.

———. 2016a. Country Planning Cycle Database. Disponível em: <http://www.nationalplanningcycles.org/>. Acessado em 09/04/2016.

———. 2016b. *Developing Country Scale-up Plans.* Disponível em: <www.who.int/nutrition/EB128_18_backgroundpaper3_developingcountryscaleupplans.pdf.>. Acessado em 02/2016.

———. 2016c. "Diabetes." Disponível em: <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>. Acessado em 02/2016.

———. 2016d. eLENA (e-Library of Evidence for Nutrition Actions). Disponível em: <www.who.int/elena/en/>. Acessado em 02/2016.

———. 2016e. Global Database on the Implementation of Nutrition Action (GINA). Disponível em: <www.who.int/nutrition/gina/en/>. Acessado em 02/2016.

———. 2016f. Global Targets Tracking Tool. Disponível em: <www.who.int/nutrition/trackingtool/en/>. Acessado em 02/2016.

———. 2016g. *The Healthy Growth Project*. Disponível em: <www.who.int/nutrition/healthygrowthproj/en/index1.html>. Acessado em 02/2016.

———. 2016h. Landscape Analysis Country Assessments. Disponível em: <www.who.int/nutrition/landscape_analysis/country_assessments/en/>. Acessado em 02/2016.

———. 2016i. Nutrition Landscape Information System (NLiS). Disponível em: <http://apps.who.int/nutrition/landscape/report.aspx>. Acessado em 02/2016.

———. 2016j. "Obesity and Overweight." Disponível em: <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acessado em 02/2016.

———. 2016k. Objective 6 of the Global NCD Action Plan. Acessado em 04/09/2016. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/ncd-tools/objective6/en/.

———. 2016l. *Planning and Costing Nutrition Actions: The OneHealth Tool*. Disponível em: < www.who.int/nutrition/publications/onehealth_tool/en/>. Acessado em 02/2016.

———. 2016m. *Prioritizing Areas for Action in the Field of Population-Based Prevention of Childhood Obesity*. Disponível em: <www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/tools/en/>. Acessado em 02/2016.

———. 2016n. "Progress on Sanitation and Drinking-Water: Fast Facts." Disponível em: <http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/jmp_fast_facts/en/ >. Acessado em 03/2016.

———. 2016o. *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf>. Acessado em 03/2016.

———. 2016p. Set of 9 Voluntary NCD Targets for 2025. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/gmf1_large.jpg?ua=1>. Acessado em 09/04/2016.

———. 2016q. "UN, Kenyan Government Take Broad-Based Approach to Fighting NCDs." Disponível em: <www.who.int/nmh/events/2014/kenya-ncd-prevention/en/>. Acessado em 02/2016.

———. 2016r. WHO MiNDbank: More Inclusiveness Needed in Disability and Development. Disponível em: <https://www.mindbank.info/>. Acessado em 09/04/2016.

———. 2016s. "Noncommunicable Diseases and Mental Health." Disponível em: <http://www.who.int/nmh/ncd-tools/definition-targets/en/>. Acessado em 01/02/2016.

———. 2016t. "Nutrition: Global Targets 2025: Posters." Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/>. Acessado em 01/02/2016.

———. 2016u. Cost Effectiveness and Strategic Planning (WHO-CHOICE): OneHealth Tool. Disponível em: <http://www.who.int/choice/onehealthtool/en/>. Acessado em 25/04/2016.

———. 2016v. Health Accounts Production Tool (HAPT). Disponível em: <http://www.who.int/health-accounts/tools/HAPT/en/>. Acessado em 25/04/2016

———. 2016w. Global Health Expenditure Database. Documentation Centre. Disponível em: <http://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en>.

OMS, UNICEF e IBFAN (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar). 2016. *Marketing of Breast-milk Substitutes: National Implementation of the International Code, Status Report 2016*. Genebra: ONU.

OMS, UNICEF e USAID (Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional). 2015. *Improving Nutrition Outcomes with Better Water, Sanitation, and Hygiene: Practical Solutions for Policies and Programmes*. Genebra: ONU.

PAA Africa. 2016. "Purchase from Africans for Africa." Disponível em: <http://paa-africa.org>. Acessado em 03/2016.

OPAS (Organização Panamericana de Saúde. 2015a. *Baby Friendly Hospital Initiative in Latin America and the Caribbean: Current Status, Challenges, and Opportunities*. Washington, DC.

———. 2015b. *Ultra-processed Food and Drink Products in Latin America: Trends, Impact on Obesity, Policy Implications*. Washington, DC.

Painel Global sobre Sistemas de Agricultura e Alimentação para a Nutrição. 2014. *How Can Agriculture and Food System Policies Improve Nutrition?* Technical Brief. Londres.

———. 2015. *Improved Metrics and Data Are Needed for Effective Food System Policies in the Post-2015 Era*. Technical Brief. Londres: Painel Global sobre Sistemas de Agricultura e Alimentação para a Nutrição.

———. 2016. AfDB President Adesina Addresses the Issues of Malnutrition during Global Panel Annual Meeting. Acessado em 17/04/2016. www.glopan.org/news/afdb-president-adesina-addesses-issues-malnutrition-during-global-panel-annual-meeting.

Pérez-Escamilla, R., J. L. Martinez e S. Segura-Pérez. 2016. "Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Breastfeeding and Child Health Outcomes: A Systematic Review." *Maternal and Child Nutrition*. doi: 10.1111/mcn.12294.

Pettigrew, L. M., J. De Maeseneer, M. I. P. Anderson, A. Essuman, M. R. Kidd e A. Haines. 2015. "Primary Health Care and the Sustainable Development Goals." *Lancet.* Reino Unido, v. 386, nº 10009, p. 2119–2121.

Pickering, A. J. e J. Davis. 2012. "Freshwater Availability and Water Fetching Distance Affect Child Health in Sub-Saharan Africa." *Environmental Science and Technology*. [S.l], v. 46, nº 4, p. 2391–2397. doi: 10.1021/es203177v.

PMA (Programa Mundial de Alimentação). 2016. *PMA El Niño: Preparedness and Response*. Situation Report 3, 4 de março de 2016. Disponível em: <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ep/wfp282093.pdf>. Acessado em 09/04/2016.

Popkin, B. M., S. Kim, E. R. Rusev, S. Du e C. Zizza. 2006. "Measuring the Full Economic Costs of Diet, Physical Activity and Obesity-related Chronic Diseases." *Obesity Reviews.* [S.l], v. 7, nº 3, p. 271–293.

Pratesi, M. 2016. *Analysis of Poverty Data by Small Area Estimation*. Chichester, Reino Unido: Wiley, ed.

QUÊNIA, Ministério da Saúde, Divisão de Nutrição. 2013. M*aternal, Infant, and Young Child Nutrition: National Operational Guidelines for Health Workers*. Nairobi. pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JTGD.pdf.

QUÊNIA, Ministério da Saúde, Divisão de Nutrição. 2012. *National Nutrition Action Plan 2012–2017*. Disponível em: <http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2013/10/Kenya-National-Nutrition-Action-Plan-2012-2017-final.pdf>. Acessado em 02/2016.

Rao, J. N. K. e I. Molina. 2015. *Small Area Estimation*. 2º ed. Hoboken, NJ, US: Wiley.

Reddy, K. S. 2015. "India's Aspirations for Universal Health Coverage." *New England Journal of Medicine*. Estados Unidos, v. 373, nº 1, p. 1–5.

Reino Unido. 2013a. *Global Nutrition for Growth Compact*. Disponível em: <www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/248760/Endorserscompact_update7_10_2013.pdf>. Acessado em 09/04/2016.

———. 2013b. *Nutrition for Growth Commitments: Executive Summary*. <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/207274/nutrition-for-growth-commitments.pdf>.

———. 2016. *Budget 2016*. Policy Paper. Disponível em: <ww.gov.uk/government/publications/budget-2016-documents/budget-2016>. Acessado em 17/04/2016.

Rocha, C. 2016. "Work in Progress: Addressing Food Insecurity in Brazil." In *Food Poverty and Insecurity: International Food Inequalities*, editado por M. Caraher e J. Coveney, 105–115. Cham, Suíça: Springer International.

Roelen, K., H. K. Chettri e E. Delap. 2015. "Little Cash to Large Households: Cash Transfers and Children's Care in Disadvantaged Families in Ghana." *International Social Security Review*. [S.l], v. 68, nº 2, p. 63–83.

Rollins, N. C., N. Bhandari, N. Hajeebhoy, S. Horton, C. K. Lutter, J. C. Martines, E. G. Piwoz, L. M. Richter e C. G. Victora. 2016. Why Invest, and What It Will Take to Improve Breastfeeding Practices? *Lancet*. Reino Unido, v. 387, nº 10017, p. 491–504.

Ruel, M. T. e H. Alderman. 2013. "Nutrition-Sensitive Interventions and Programmes: How Can They Help to Accelerate Progress in Improving Maternal and Child Nutrition?" *Lancet*. Reino Unido, v. 382, nº 9891, p. 536–551.

Rutstein, S. O. e A. Way. 2014. *The Peru Continuous DHS Experience*. DHS Occasional Paper 8. Rockville, MD, US: ICF International.

Saha, K.K., M. Billah, P. Menon, S. El Arifeen e N. V. N. Mbuya. 2015. *Bangladesh National Nutrition Services: Assessment of Implementation Status*. Washington, DC: Banco Mundial.

Saleh, K. 2013. *The Health Sector in Ghana: A Comprehensive Assessment*. Washington, DC: Banco Mundial.

Sanitation and Water for All. 2014. *Developing SMART Commitments for the 2014 High Level Meeting (HLM): Guidance for Governments and SWA Partners in Country*. Nova York. http://sanitationandwaterforall.org/partner-workspace/high-level-commitments-dialogue/.

Savedoff, W. D., D. de Ferranti, A. L. Smith e V. Fan. 2012. "Political and Economic Aspects of the Transition to Universal Health Coverage." *Lancet*. Reino Unido, v. 380, nº 9845, p. 924–932.

Scaling Up Nutrition. 2015. *Sun Movement Annual Progress Report*. Disponível em: <http://scalingupnutrition.org/news/the-2015-sun-movement-annual-progress-report-is-launched>. Acessado em 09/04/2016.

Shaheen, F., J. Glennie, A. Lenhardt e J. M. Roche. 2016. *Every Last Child*. Londres: Save the Children.

Shekar, M. et al. 2015a. *Scaling Up Nutrition in the DRC: What Will It Cost?* Health, Nutrition, and Population (HNP) Documento de discussão. Washington, DC: Banco Mundial.

Shekar, M., M. Mattern, M. W. Eozenou, P. Hoang-Vu, J. Dayton Eberwein, J. K. Akuoku, J. Kweku, E. Di Gropello e R. W. Emanuela. 2015b. *Scaling Up Nutrition for a More Resilient Mali: Nutrition Diagnostics and Costed Plan for Scaling Up*. Health, Nutrition, and Population (HNP) Documento de discussão. Washington, DC: Banco Mundial.

Shekar, M. et al. 2015c. *Costed Plan for Scaling Up Nutrition: Togo*. Health, Nutrition, and Population (HNP) Documento de discussão. Washington, DC: Banco Mundial.

Shekar, M., J. Kakietek, M. D'Alimonte, D. Walters, H. Rogers, J. Dayton Eberwein, S. Soe-Lin e R. Hecht. 2016. *Investing in Nutrition: The Foundation for Development: An Investment Framework to Reach the Global Nutrition Targets*. Washington, DC: Banco Mundial, Results for Development, Bill & Melinda Gates Foundation, Children's Investment Fun Foundation, and 1,000 Days. Disponível em: <http://www.worldbank.org/en/topic/nutrition/publication/investing-in-nutrition-the-foundation-for-development and http://thousanddays.org/resource/investing-in-nutrition/>.

Slow Food. Our Philosophy. Disponível em: <http://www.slowfood.com/about-us/our-philosophy/>. Acessado em 09/04/2016.

SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions). 2006. *Measuring Mortality, Nutritional Status, and Food Security in Crisis Situations: SMART Methodology Version 1*. Disponível em: <http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadi428.pdf>. Acessado em 09/04/2016.

Smith, L. C. e L. Haddad. 2015. "Reducing Child Undernutrition: Past Drivers and Priorities for the Post-MDG Era." *World Development*. [S.l], v. 68, p. 180–204.

Sphere Project. 2015. *Sphere Handbook*. Disponível em: <http://www.spherehandbook.org/en/1-food-security-and-nutrition assessment/>. Acessado em 19/01/2016.

Spohrer, R. e G. S. Garrett. 2013. Engaging Small-Scale Salt Producers. *Iodine Deficiency Disorder Newsletter*, novembro.

Stevens, G. A., M. M. Finucane, L. M. De-Regil, C. J. Paciorek, S. R. Flaxman, F. Branca, J. Pablo Peña-Rosas, Z. A. Bhutta e M. Ezzati. 2013. "Global, Regional, and National Trends in Haemoglobin Concentration and Prevalence of Total and Severe Anaemia in Children and Pregnant and Non-pregnant Women for 1995–2011: A Systematic Analysis of Population-Representative Data." *Lancet Global Health* 2013 (1): e16–e25.

Stufkens, J. 2014. "Summary of the 2014 Country Reports." Presentation made at the Eighth Meeting of BFHI Coordinators: Industrialized Countries, Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (CEE/CIS), 6 a 8 de junho, Vilnius, Lithuania. www.bfiontario.ca/wp-content/uploads/2015/04/WHO-BFI-Global-perspective-handout-Marianne-Brophy.pdf.

Su, W., J. Huang, F. Chen, W. Iacobucci, M. Mocarski, T. M. Dall e L. Perreault. 2015. Modeling the Clinical and Economic Implications of Obesity Using Microsimulation. *Journal of Medical Economics.* [S.l], v.8, nº 11, p. 886–897, 2015.

SUN (Scaling Up Nutrition) Donor Network. 2013. "Methodology and Guidance Note to Track Global Investments in Nutrition." Genebra. http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2013/12/RESOURCE_TRACKING_METHODOLOGY_SUN_DONOR_NETWORK.pdf.

Sunguya, B., K. Ong, S. Dhakal, L. Mlunde, A. Shibanuma, J. Yasuoka e M. Jimba. 2014. Strong Nutrition Governance Is Key to Addressing Nutrition Transition in Low and Middle-Income Countries: Review of Countries' Nutrition Policies. *Nutrition Journal.* [S.l], v. 13, nº 1, p. 65.

Tang, K. C., D. Nutbeam, C. Aldinger, L. St Leger, D. Bundy, A. M. Hoffmann, E. Yankah, D. McCall, G. Buijs, S. Arnaout e S. Morales. 2009. "Schools for Health, Education, and Development: A Call for Action." *Health Promotion International. [S.l],* v. 24, nº 1, p. 68–67.

Trieu, K., B. Neal, C. Hawkes, E. Dunford, N. Campbell, R. Rodriguez-Fernandez et al. 2015. "Salt Reduction Initiatives around the World—A Systematic Review of Progress towards the Global Target." *PLoS ONE* 10 (7): e0130247. doi: 10.1371/journal.pone.0130247.

Tüzün, E. H., D. K. Güven, L. Eker, B. Elbasan e S. F. Bülbül. 2013. "Nutritional Status of Children with Cerebral Palsy in Turkey." *Disability and Rehabilitation*. [S.l], v. 35, nº 5, p. 413–417.

Tzioumis, E. e L. Adair. 2014. "Global Trends in the Childhood Dual Burden of Malnutrition." *FASEB Journal.* Estados Unidos, v. 28, n.1. Suplemento, p. 621–622.

Tzioumis, E., M. C. Kay, M. E. Bentley, e L. S. Adair. 2016. "Prevalence and Trends in the Childhood Dual Burden of Malnutrition in Low- and Middle-Income Countries, 1990–2012." *Public Health Nutrition*: 1–14 [Publicação eletrônica no prelo].

UN DESA (Departamento das Nações Unidas para Assuntos Econômicos e Sociais). 2014. "Goal 2. End Hunger, Achieve Food Security and Improved Nutrition, and Promote Sustainable Agriculture." Sustainable Development Knowledge Platform. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/?page=view&nr=164&type=230&menu=2059>. Acessado em 02/2016.

UNESCO (Organização Educacional, Científica e Cultural das Nações Unidas) Institute for Statistics. 2015. Data Centre. Disponível em: <www.uis.unesco.org/DataCentre/Pages/BrowseEducation.aspx>. Acessado em 21/04/2015.

UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2014a. "Malnutrition a Serious Threat as Food Shortages Impact Maban Refugee Camps." Disponível em: <http://www.unhcr.org/5370cfbb6.html>. Acessado em 15/01/2016.

———. 2014b. *World at War: UNHCR Global Trends: Forced Displacement in 2014*. Disponível em: <http://unhcr.org/556725e69.html#_ga=1.183170982.1419369449.14346224950>. Acessado em 15/01/2016.

———. 2015. "Worldwide Displacement Hits All-Time High as War and Persecution Increase." Disponível em: <http://www.unhcr.org/558193896.html>. Acessado em 02/2016

———. 2016a. Population Statistics. http://popstats.unhcr.org/en/overview.

———. 2016b. Standardised Expanded Nutrition Survey database. http://sens.unhcr.org/.

UNICEF. 2014. "Nutridash 2014." Nova York. Não publicado.

———. 2015. *State of the World's Children 2015*. Nova York.

———. 2016a. "Malnutrition Mounts as El Niño Takes Hold." Press release, 17 de fevereiro. http://www.unicef.org/media/media_90252.html.

———. 2016b. UNICEF Global Databases. "Nutrition: Infant and Young Child Feeding." Acessado em 04/2016. www.data.unicef.org/nutrition/iycf.

———. 2016c. MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys). http://mics.unicef.org/surveys.

———. 2016d. UNICEF Global Databases. Acessado em 04/2016. www.data.unicef.org.

UNICEF e OMS. 2015. *Progress on Sanitation and Drinking Water: 2015 Update and MDG Assessment*. Disponível em: <www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/JMP-Update-report-2015_English.pdf>. Acessado em 09/04/2016.

UNICEF, OMS (Organização Mundial da Saúde) e Banco Mundial. 2015. 2014 Joint Child Malnutrition Estimates: Levels and Trends (Atualização em setembro de 2015). Disponível em: <http://data.worldbank.org/ child-malnutrition>. Acessado em 17/04/2016.

UNOCHA (Escritório das Nações Unidas para Coordenação de Assuntos Humanitários). 2016. "El Nino: Overview of Impact and Projected Humanitarian Needs and Response as of 29 January 2016." Disponível em: <www http://reliefweb.int/report/world/el-ni-o-overview-impact-and-projected-humanitarian-needs-and-response-29-january-2016>. Acessado em 09/04/2016.

UNOCHA, UNDP (Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas), ACNUR (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, UNICEF, PMA (Programa Mundial de Alimentação) e Banco Mundial. 2015. *Addressing Protracted Displacement: A Framework for Development-Humanitarian Cooperation*. Nova York: Centro para Cooperação Internacional.

UNSCN (Comitê Permanente de Nutrição das Nações Unidas). 2014. *The Nutrition Sensitivity of Agriculture and Food Policies: A Synthesis of Eight Country Case Studies*. Disponível em: <http://www.unscn.org/en/publications/country_case_studies/the_nutrition_sensitivity.php>. Acessado em 03/2016

UN SDSN (Rede de Soluções de Desenvolvimento das Nações Unidas). 2015. *Data for Development: An Action Plan to Finance the Data Revolution for Sustainable Development*. Disponível em: <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2015/04/Data-For-Development-An-Action-Plan-July-2015.pdf>. Acessado em 08/04/2016.

USAID (Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional). 2012. Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (SQUEAC)/Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (SLEAC) Technical Reference. Disponível em: <http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/SQUEAC-SLEAC-Technical-Reference-Oct2012_0.pdf>. Acessado em 09/04/2016.

UTTAR PRADESH, Missão de Nutrição Estadual. 2014. *Vision Document*, 2014–2024. http://www.snmup.in/MediaGallery/vision_eng.pdf.

van Jaarsveld, P., M. Faber, S. Tanumihardjo, P. Nestel, C. Lombard e A. Spinnler Benadé. 2005. "ß-Carotene–Rich Orange-Fleshed Sweet Potato Improves the Vitamin A Status of Primary School Children Assessed with the Modified-Relative-Dose-Response Test." *American Journal of Clinical Nutrition.* [S.l], v. 81, nº 5, p. 1080–1087.

Victora, C. G. e J. A. Rivera. 2014. "Optimal Child Growth and the Double Burden of Malnutrition: Research and Programmatic Implications." *American Journal of Clinical Nutrition.* Estados Unidos, v.100, nº 6, p.1611S–1612S.

Victora, C. G., R. Bahl, A. J. D. Barros, G. V. A. França, S. Horton, J. Krasevec, S. Murch, M. J. Sankar, N. Walker e N. C. Rollins. 2016. "Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, and Lifelong Effect." *Lancet*. Reino Unido, v. 387, nº 10017, p. 475–490.

von Grebmer, K., J. Bernstein, A. de Waal, N. Prasai, S. Yin e Y. Yohannes. 2015. *Global Hunger Index: Armed Conflict and the Challenge of Hunger*. Bonn, Germany; Washington, DC; e Dublin, Ireland: Welthungerhilfe; International Food Policy Research Institute (IFPRI); e Concern Worldwide.

Waters, E., A. de Silva-Sanigorski, B. J. Hall, T. Brown, K. J. Campbell, Y. Gao, R. Armstrong, L. Prosser, and C. D. Summerbell. 2011. "Interventions for Preventing Obesity in Children." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12 (CD001871).

WBTi (World Breastfeeding Trends Initiative). 2016. WBTi Tracking, Assessing, and Monitoring Systems. Disponível em: <http://worldbreastfeedingtrends.org/>. Acessado em 02/2016.

WCRF International (Fundo Mundial para a Pesquisa do Câncer). 2016. "NOURISHING Framework." Disponível em: <www.wcrf.org/int/policy/nourishing-framework>. Acessado em 03/2016.

WCRF International e NCD Alliance. 2016. "Ambitious, SMART Commitments to Address NCDs, Overweight, and Obesity: Make the UN Decade for Action on Nutrition Count for All Forms of Malnutrition." Londres.

World Economics. 2016. *Global Growth Tracker*. Disponível em: <www.worldeconomics.com/papers/Global%20Growth%20Monitor_7c66ffca-ff86-4e4c-979d-7c5d7a22ef21.paper>. Acessado em 03/2016.

PARCEIROS DO *RELATÓRIO SOBRE A NUTRIÇÃO MUNDIAL 2016*

Etiópia

Guatemala (SESAN)

Indonésia

Malawi

Nigéria

Paquistão

Senegal (CLM)

Food and Agriculture Organization of the United Nations

unicef

WFP wfp.org

World Health Organization

UNSCN

1000 DAYS

CGIAR Research Program on Agriculture for Nutrition and Health

Bill & Melinda Gates foundation

Government of Canada / Gouvernement du Canada

CIFF Children's Investment Fund Foundation

german cooperation DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT

Irish Aid Rialtas na hÉireann Government of Ireland

Government of the Netherlands

UKaid from the British people

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

THE AGA KHAN UNIVERSITY

UCL INSTITUTE FOR GLOBAL HEALTH

THE UNIVERSITY OF AUCKLAND NEW ZEALAND

Scaling Up NUTRITION ENGAGE • INSPIRE • INVEST

Countdown to 2015 Maternal, Newborn & Child Survival

CITY UNIVERSITY LONDON

Development Initiatives

RTI INTERNATIONAL

University of Abomey-Calavi

gain Global Alliance for Improved Nutrition

DCP3 Disease Control Priorities economic evaluation for health

AFHRC

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

Johns Hopkins Berman Institute of Bioethics

University of Indonesia

IRD Institut de recherche pour le développement

Mahidol University

International Food Policy Research Institute IFPRI

Micronutrient Initiative

SickKids Centre for Global Child Health