

2014

**NUTRIÇÃO
MUNDIAL**
RELATÓRIO

**INICIATIVAS E
RESPONSABILIZAÇÃO**

PARA ACELERAR O
PROGRESSO MUNDIAL
DA NUTRIÇÃO

Este relatório enfatiza a natureza global da desnutrição e os sucessos e dificuldades de tentar reduzi-la. A desnutrição continua a afetar as vidas de milhões de crianças e mulheres em todo o mundo. Todos os países são afetados por algum tipo de problema de nutrição. Isto exige que os países implementem estratégias apropriadas para resolverem o problema de maneira planejada. Mas não é uma tarefa fácil. Todos nós temos muitas prioridades e preocupações que competem pela nossa atenção, nossos recursos, nossa energia e nosso compromisso político. A Etiópia acredita fortemente que para um país alcançar crescimento humano e econômico sustentável, deve dar atenção especial às primeiras fases da vida, que são os alicerces do capital humano. Também acreditamos que para obter resultados mais eficientes e eficazes é crítico que os planos de parceiros sejam alinhados e harmonizados com o governo. Isto requer não só mais dinheiro para a nutrição, mas também maior otimização do dinheiro.

KESETEBIRHAN ADMASU BIRHANE MINISTRO DA SAÚDE, REPÚBLICA FEDERAL DEMOCRÁTICA DA ETIÓPIA

Dou os parabéns aos autores do *Relatório sobre a Nutrição Mundial* e agradeço suas recomendações claras e decisivas para a ação. Os dados e as evidências incentivam-nos a ser mais ambiciosos e mais responsáveis. Não existe uma única solução para tudo, mas muitos países estão demonstrando que o progresso é alcançável. O Movimento para Ampliação da Nutrição continuará a fornecer um espaço aberto para todos os que são verdadeiros campeões da nutrição.

TOM ARNOLD COORDENADOR INTERINO DO MOVIMENTO PARA AMPLIAÇÃO DA NUTRIÇÃO (SUN)

Pôr fim à desnutrição no mundo requer a implementação de medidas em muitas frentes. O setor da saúde não pode fazer isso sozinho. Mas o compromisso político está aumentando. Cada vez mais países sabem de que necessitam para assegurar o acesso a alimentação saudável para todos. Este relatório nos ajudará a acompanhar o progresso no cumprimento das metas de nutrição mundiais e a compreender onde são necessários grandes investimentos.

MARGARET CHAN DIRETORA-GERAL, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

O *Relatório Sobre a Nutrição Mundial* é oportuno e inspirador. Sua visão de conjunto da subnutrição e da supernutrição faz uso do ímpeto e urgência para conseguir melhor nutrição, como estipulado pelo Movimento Ampliação da Nutrição e o Desafio Fome Zero. Ele realça áreas para ação, contribui para reforçar a responsabilização pela nutrição e orienta e fornece uma referência para alianças através das cadeias de fornecimento para alimentos e saúde, um trabalho com o qual o Programa Alimentar Mundial está intimamente envolvido.

ERTHARIN COUSIN DIRETORA EXECUTIVA, PROGRAMA ALIMENTAR MUNDIAL

Como este relatório nos lembra, a boa nutrição é o alicerce para o desenvolvimento sustentável. A desnutrição afeta todos os países – Norte, Sul, Leste e Oeste – portanto todos nós temos um grande interesse em trabalhar juntos para pôr fim a este flagelo. Sabemos o que deve ser feito para melhorar a nutrição, mas temos de continuar desenvolvendo o apoio político para permitir que estas medidas possam ser ampliadas. Este relatório ajuda essa ampliação identificando onde há atraso no progresso, sugerindo iniciativas para acelerá-lo e fazendo recomendações para assegurar que todas as partes interessadas se responsabilizem mais por iniciativas para pôr fim à desnutrição.

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

As conclusões assinaladas neste relatório atestam um importante compromisso para reunir os dados existentes sobre a desnutrição e demonstram um progresso significativo dos compromissos assumidos na Cúpula Nutrição para o Crescimento, de 2013. Os formuladores de políticas devem prestar atenção ao apelo do relatório para priorizar a coleta de mais e melhores dados de nutrição, para gerar um impacto ainda maior nas vidas dos mais pobres em anos futuros.

MELINDA GATES COPRESIDENTE, FUNDAÇÃO BILL E MELINDA GATES

O relatório oferece uma plataforma muito necessária para acompanhar o progresso na nutrição. Sua ênfase em parcerias produtivas para acelerar o melhoramento é especialmente relevante uma vez que a comunidade internacional se compromete a tomar medidas na Segunda Conferência Internacional sobre Nutrição. Nossa geração tem todas as condições para responder ao Desafio Fome Zero e transformar todas as formas de desnutrição em relíquias do passado. Em linha com nossa Constituição e a responsabilidade depositada em nós para ajudar a pôr fim à fome e melhorar os níveis de nutrição, a FAO está empenhada em trabalhar com todas as partes interessadas para garantir que isto aconteça.

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

A nutrição é um dos investimentos mais eficazes que podemos fazer nas crianças – e é fundamental para alcançar nossos objetivos de desenvolvimento sustentável. Mas até recentemente era um assunto que estava no esquecimento. Isto começou a mudar quando o Movimento Ampliação da Nutrição começou a ganhar força, apoiado por mais de 50 países e o compromisso de governos, organizações internacionais, sociedade civil e comunidades, para aumentar o alcance da nutrição. Este relatório assinala o progresso feito e a necessidade urgente de fazer mais – definindo objetivos ambiciosos e responsabilizando-nos por atingi-los. Porque quando perdemos o potencial total de uma criança, perdemos uma parcela de nosso futuro comum.

ANTHONY LAKE DIRETOR EXECUTIVO, UNICEF

É com prazer que noto o progresso alcançado na redução da desnutrição. Agora estamos muito melhor informados sobre as complexidades da desnutrição. Portanto, nossa resposta deve ser adequada, multidimensional e abrangente. Isso exige intervenções em cada país e uma abordagem multilateral. Em nível da comunidade, isto significa mudar crenças, hábitos e práticas. Devemos começar cedo, a partir da saúde materna, ao longo dos primeiros 1.000 dias da vida, e mais além.

GRAÇA MACHEL FUNDADORA, TRUST GRAÇA MACHEL

O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* demonstra com dados e exemplos o que todos já sabemos: para um desenvolvimento sustentável é essencial um nível de nutrição melhor. Todos nós somos responsáveis por assegurar que as medidas e investimentos respondam verdadeiramente às realidades daqueles para quem os ônus múltiplos da desnutrição não são um conceito abstrato, mas a realidade do dia a dia. O acesso a dados oportunos e confiáveis dá aos decisores o poder de usar os recursos da maneira mais eficiente e é essencial para assegurar que os compromissos de todas as partes interessadas sejam cumpridos e sustentados.

DAVID NABARRO REPRESENTANTE ESPECIAL DO SECRETÁRIO-GERAL DA ONU PARA A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRIÇÃO

2014



**INICIATIVAS E
RESPONSABILIZAÇÃO**

PARA ACELERAR O
PROGRESSO MUNDIAL
DA NUTRIÇÃO

UMA PUBLICAÇÃO REVISTA POR PARES

Este relatório foi produzido por um Grupo de Especialistas Independentes (GEI) empoderados pelo Grupo de Partes Interessadas do Relatório sobre a Nutrição Mundial. A redação do mesmo foi o resultado de um esforço coletivo dos membros do GEI, suplementado por analistas e redatores adicionais. Seus nomes estão listados aqui:

Lawrence Haddad, Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares, Washington, DC; **Endang Achadi**, Universidade da Indonésia, Jacarta; **Mohamed Ag Bendeck**, Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura, Roma; **Arti Ahuja**, Women and Child Development, Odisha, Índia; **Komal Bhatia**, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, Brighton, Reino Unido; **Zulfiqar Bhutta**, Center for Global Child Health, Hospital for Sick Children, Toronto, Canadá e Center of Excellence in Women and Child Health, Universidade Aga Khan, Karachi, Paquistão; **Monika Blössner**, Organização Mundial da Saúde, Genebra; Elaine Borghi, Organização Mundial da Saúde, Genebra; **Esi Colecraft**, Universidade de Gana, Accra; **Mercedes de Onis**, Organização Mundial da Saúde, Genebra; **Kamilla Eriksen**, Universidade de Cambridge, Reino Unido; **Jessica Fanzo**, Universidade de Columbia, Nova York; **Patrizia Fracassi**, Secretariado da Ampliação da Nutrição, Genebra; **Elizabeth Kimani**, African Population and Health Research Centre, Nairobi; **Eunice Nago**, Universidade de Abomey-Calavi, Benin; **Julia Krasevec**, United Nations Children's Fund, New York; **Holly Newby**, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Nova York; **Rachel Nugent**, Universidade de Washington, Seattle; **Stineke Oenema**, Interchurch organization for development cooperation (ICCO) Alliance, Utrecht, Holanda; **Yves Martin-Prével**, Institut de recherche pour le développement, Marselha, França; Judith Randel, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Organização Mundial da Saúde, Genebra; **Jennifer Requejo**, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Organização Mundial da Saúde, Genebra; **Tara Shyam**, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, Brighton, UK; **Emorn Udomkesmalee**, Universidade Mahidol, Bangkok, Tailândia; e **K Srinath Reddy**, Public Health Foundation of India, Nova Deli

Os autores dos painéis deste relatório e suas afiliações são as seguintes:

Endang Achadi (com agradecimentos a Sudarno Sumarto e Taufik Hidayat), Universidade da Indonésia, Jacarta; **Jose Luis Alvarez**, Action Against Hunger UK (ACF), Londres; **Michael Anderson**, Fundação Children's Investment Fund, Londres; **Fernando Arriola**, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Guatemala; **Komal Bhatia**, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, Brighton, Reino Unido; **Claire Blanchard**, Save the Children UK, Londres; **Jennifer Bryce** e colegas, Universidade Johns Hopkins, Baltimore, EUA; **Jesús Bulux**, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Guatemala; **Shruthi Cyriac**, Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares, Washington, DC; **Andrew Dillon**, Universidade do Estado de Michigan, East Lansing, EUA; **Kamilla Eriksen**, Universidade de Cambridge, Reino Unido; **Jessica Fanzo**, Universidade de Columbia, Nova York; **Joel Gittelsohn**, Escola de Saúde Pública Johns Hopkins Bloomberg, Baltimore, EUA; **Carla Guillén**, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Guatemala; **Lawrence Haddad**, Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares, Washington, DC; **Corinna Hawkes**, World Cancer Research Fund International, London; **Derek Headey**, Fundo Mundial de Pesquisa contra o Câncer, Londres; **Cecibel Juárez**, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Guatemala; **Inge Kauer**, Fundação Access to Nutrition, Utrecht, Holanda; **Joyce Kinabo**, Universidade Sokoine de Agricultura, Morogoro, Tanzânia; **Patrick Kolsteren**, Universidade de Ghent, Bélgica; **Annamarie Kruger**, Universidade de Noroeste, África do Sul; **Carl Lachat**, Universidade de Ghent, Bélgica; **Purnima Menon**, Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares, Washington, DC; **Eunice Nago**, Universidade de Abomey-Calavi, Benin; **Nicholas Nisbett**, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, Brighton, Reino Unido; **Deanna Kelly Olney**, Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares, Washington, DC; **Marcellin Ouédraogo**, Helen Keller International, Ouagadougou, Burkina Fasso; **Abdoulaye Pedehombga**, Helen Keller International, Ouagadougou, Burkina Fasso; **Clara Picanyol**, Oxford Policy Management, Oxford, Reino Unido; **Jennifer Requejo**, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Organização Mundial da Saúde, Genebra; **Marie Ruel**, Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares, Washington DC; **Lisa Smith**, TANGO International, Tucson, EUA; **Boyd Swinburn**, Universidade de Auckland, Nova Zelândia; **Dolf te Lintelo**, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, Brighton, Reino Unido; **Jonathan Tench**, SUN Business Network; **Otto Velasquez**, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Guatemala; **Daniel Wang**, Escola de Saúde Pública de Harvard, Cambridge, EUA; **Walter Willett**, Escola de Saúde Pública de Harvard, Cambridge, EUA

Agradecemos as contribuições do membro do IEG Rafael Flores-Ayala, Centros para Controle e Prevenção de Doenças, Atlanta.

Copyright © 2014 International Food Policy Research Institute. Todos os direitos reservados. Para obter autorização para imprimir, por favor contate Communications and Knowledge Management Division em ifpri-copyright@cgiar.org.

Citação sugerida: 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.

Todas as opiniões aqui expressas são dos autores e não são necessariamente representativas ou aprovadas pelo Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares. Os limites e nomes usados não implicam necessariamente endosso ou aceitação oficial pelo Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares.

International Food Policy Research Institute

2033 K Street, NW
Washington, DC 20006-1002 USA
Telephone: +1-202-862-5600
www.ifpri.org

ISBN: 978-0-89629-573-5

DOI: <http://dx.doi.org/10.2499/9780896295735>

CRÉDITOS DA PRODUÇÃO

Editores: Heidi Fritschel, Terra Carter, John Whitehead e Andrew Marble

Desenho da capa: Julia Vivalo

Desenho e layout do livro: Julia Vivalo, David Popham e Deirdre Launt

ÍNDICE

Materiais Suplementares Online	ix
Agradecimentos.....	x
Abreviaturas.....	xii
Sumário Executivo.....	xiii

Capítulo 1	Introdução.....	1
Capítulo 2	A nutrição é essencial para um desenvolvimento sustentável.....	6
Capítulo 3	O progresso alcançado relativamente às metas de nutrição da Assembleia Mundial da Saúde é lento demais... 14	14
Capítulo 4	A coexistência de diferentes formas de desnutrição é o “novo normal”	22
Capítulo 5	A cobertura de intervenções específicas de nutrição precisa melhorar	30
Capítulo 6	As intervenções que abordam os determinantes subjacentes do nível de nutrição são importantes, mas precisam ser mais relevantes para a nutrição.....	40
Capítulo 7	O ambiente propício está melhorando, mas não com rapidez suficiente	49
Capítulo 8	A necessidade de reforçar a responsabilização pela nutrição.....	59
Capítulo 9	Quais são as prioridades para investimento em dados de nutrição melhorados?	70
Capítulo 10	Mensagens e recomendações chave.....	75
Apêndice 1	O perfil de nutrição do país: uma ferramenta para a ação	80
Apêndice 2	Que países estão em vias de cumprir várias metas da AMS?.....	82
Apêndice 3	Que países estão em vias de cumprir que metas da AMS?	84
Apêndice 4	Despesas de doadores com intervenções e programas específicos e relevantes para a nutrição.....	89
Apêndice 5	Qual é o grau de responsabilização do <i>Relatório sobre a Nutrição Mundial</i> ?.....	91
Apêndice 6	Disponibilidade de dados para os indicadores dos Perfis de Nutrição dos Países	93
Notas	96	
Bibliografia.....	100	

PAINÉIS

Painel 1.1	Tipos de investimento em nutrição.....	3	Lawrence Haddad
Painel 2.1	Nutrição e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – Não podemos ser complacentes.....	10	Michael Anderson
Painel 2.2	Alguns Novos Dados Da Índia: E Se?.....	11	Lawrence Haddad, KomalBhatia e KamillaEriksen
Painel 2.3	Como Maharashtra reduziu o atraso no crescimento das crianças?.....	12	Lawrence Haddad
Painel 2.4	A melhoria dos determinantes subjacentes da nutrição pode ajudar a cumprir as metas da AMS?.....	13	Lisa Smith e Lawrence Haddad
Painel 4.1	Desnutrição nos Estados Unidos e Reino Unido.....	25	Jessica Fanzo

PAINÉIS, CONTINUAÇÃO

Painel 4.2	Motores regionais da desnutrição na Indonésia.....	26
	Endang Achadi with acknowledgment to Sudarno Sumarto and Taufik Hidayat	
Painel 4.3	Coleta de dados de nutrição a nível de distrito na Índia.....	27
	Purnima Menon e Shruthi Cyriac	
Painel 4.4	Visar grupos minoritários em risco nos Estados Unidos.....	29
	Jennifer Requejo e Joel Gittelsohn	
Painel 5.1	Medição da cobertura de programas para tratar a desnutrição aguda grave	39
	Jose Luis Alvarez	
Painel 6.1	Tendências da qualidade alimentar entre adultos nos Estados Unidos.....	43
	Daniel Wang e Walter Willett	
Painel 6.2	Como Bangladesh reduziu tão rapidamente o atraso no crescimento?	45
	Derek Headey	
Painel 6.3	Uso de uma plataforma agrícola em Burkina Fasso para melhorar a nutrição durante os primeiros 1.000 dias.....	47
	Deanna Kelly Olney, Andrew Dillon, Abdoulaye Pedehombga, Marcellin Ouédraogo e Marie Ruel	
Painel 7.1	Existe uma forma melhor de acompanhar as despesas com a nutrição?	50
	Clara Picanyol	
Painel 7.2	Acompanhamento de dotações financeiras para a nutrição: a experiência da Guatemala.....	51
	Jesús Bulux, Otto Velasquez, Cecibel Juárez, Carla Guillén e Fernando Arriola	
Painel 7.3	Uma ferramenta para avaliar o progresso dos governos na criação de ambientes alimentares saudáveis	53
	Boyd Swinburn	
Painel 7.4	Envolver as empresas de alimentos e bebidas através do Índice de Acesso à Nutrição	54
	Inge Kauer	
Painel 7.5	Como o Brasil reduziu o atraso no crescimento das crianças e melhorou as práticas de aleitamento materno... 56	
	Jennifer Requejo	
Painel 8.1	Aumentar a escala da nutrição através de empresas	64
	Jonathan Tench	
Painel 8.2	Como as organizações da sociedade civil desenvolvem o compromisso com a nutrição	65
	Claire Blanchard	
Painel 8.3	Desenvolvimento da capacidade das sociedades civis para insistir em políticas sobre a obesidade e doenças não transmissíveis.....	66
	Corinna Hawkes	
Painel 8.4	O monitoramento pela comunidade pode aumentar a responsabilização pela nutrição?.....	67
	Nick Nisbett e Dolf te Lintelo	
Painel 8.5	Plataformas de avaliação nacionais: potencial para a nutrição.....	68
	Jennifer Bryce e colegas	
Painel 8.6	O nível dos dados de nutrição africanos para responsabilização e aprendizagem.....	69
	Carl Lachat, Joyce Kinabo, Eunice Nago, Annamarie Kruger e Patrick Kolsteren	

FIGURAS

Figura 1.1	Estrutura conceitual deste relatório	4
Figura 2.1	Razões custo:benefício da ampliação da escala de intervenções específicas de nutrição para a redução do atraso no crescimento em países selecionados	8
Figura 3.1	Linha de base da taxa de atraso no crescimento e redução anual do atraso no crescimento	16
Figura 3.2	Linha de base da taxa de sobrepeso de crianças menores de cinco anos e redução anual do sobrepeso em menores de cinco anos	17
Figura 3.3	Porcentagem de bebês com 0–5 meses de idade com aleitamento materno exclusivo, por região, cerca do ano 2000 e do ano 2012.....	18

Figura 3.4	Incidência média de baixo peso ao nascer por sub-região da ONU (%)	18
Figura 3.5	Prevalência média de anemia em mulheres em idade reprodutiva por sub-região da ONU (%).....	19
Figura 3.6	Número de países em vias de cumprir as metas globais de nutrição da AMS	20
Figura 3.7	Número de países em vias de cumprir cada meta mundial da AMS	20
Figura 3.8	Número de países que possuem dados para determinar o nível das metas da AMS para quatro indicadores da AMS ...	20
Figura 3.9	Número de países com falta de dados para pelo menos um indicador da AMS, por região	20
Figura 4.1	Prevalência do atraso no crescimento e sobrepeso em menores de cinco anos para os quintis de riqueza superior e inferior em países selecionados (%).....	28
Figura 5.1	Proporção média de mulheres recebendo suplementos de ferro/ácido fólico durante pelo menos 90 dias na gravidez (%)	32
Figura 5.2	Linha de base das taxas de aleitamento materno e aumento anual do aleitamento— as duas últimas pesquisas	32
Figura 5.3	Taxas de alimentação mínima aceitável e taxas de emaciação.....	33
Figura 5.4	Taxas de diversidade alimentar aceitável e taxas de atraso no crescimento.....	33
Figura 5.5	Cobertura média de suplementação de vitamina A (%)	34
Figura 5.6	Cobertura do tratamento da diarreia com zinco	34
Figura 5.7	Cobertura da iodação do sal	35
Figura 5.8	Cobertura geográfica do tratamento da DAG por taxas de emaciação grave de menores de cinco anos.....	36
Figura 6.1	Tendências da subalimentação por sub-região	41
Figura 6.2	Tendências da subalimentação e do consumo excessivo de calorias por região	41
Figura 6.3	Tendências no consumo excessivo de calorias em países selecionados	42
Figura 6.4	Tendências no acesso a melhor abastecimento de água e saneamento em sub-regiões da África e Ásia	42
Figura 6.5	Tendências da matrícula feminina no ensino secundário	44
Figura 6.6	Densidade de profissionais de saúde por 1.000 pessoas.....	44
Figura 6.7	Proporção de despesas governamentais em quatro setores relacionados com a nutrição (%)	46
Figura 6.8	Proporção de despesas governamentais em quatro setores relacionados com a nutrição em países africanos selecionados (%), 2010	46
Figura 7.1	Compromissos de gastos relacionados com a nutrição, de 13 doadores	52
Figura 7.2	Desembolsos relacionados com a nutrição, de 10 doadores	52
Figura 7.3	Porcentagem de países com escore máximo para cada indicador de ambiente propício	55
Figura 7.4	Escore de modos para marcadores de progresso de transformação institucional nos países SUN	57

TABELAS

Tabela 1.1	Audiências para este relatório: indivíduos, organizações e redes	3
Tabela 2.1	Custos humanos e econômicos da desnutrição.....	7
Tabela 2.2	Como a nutrição pode contribuir para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) propostos.....	9
Tabela 2.3	Metas de nutrição da Assembleia Mundial da Saúde	10
Tabela 2.4	Onde as metas de nutrição podem ser integradas com as 169 metas dos ODS.....	11
Tabela 3.1	Progresso na obtenção das metas globais da AMS.....	15
Tabela 3.2	Mudanças nas taxas de emaciação	18
Tabela 3.3	Regras propostas da OMS para definir se um país está ou não em vias de cumprir as metas globais da AMS.....	19

TABELAS, CONTINUAÇÃO

Tabela 4.1	Países com sobreposição de atraso no crescimento, emaciação e sobrepeso em crianças menores de cinco anos	23
Tabela 4.2	Países com sobreposição de magreza em mulheres em idade reprodutiva, baixa estatura em mulheres em idade reprodutiva e sobrepeso em mulheres adultas	24
Tabela 4.3	Países com sobreposição de atraso no crescimento em menores de cinco anos, anemia em mulheres em idade reprodutiva e sobrepeso em adultos	25
Tabela 4.4	Tendências na equidade do atraso no crescimento ao longo do tempo	27
Tabela 5.1	Nível dos dados de cobertura para intervenções específicas de nutrição	31
Tabela 5.2	Cobertura de suplementação de ferro/ácido fólico durante a gravidez	32
Tabela 5.3	Resumo da alimentação de bebês e crianças pequenas	33
Tabela 5.4	Países com fraca cobertura de cinco intervenções específicas de nutrição	35
Tabela 5.5	Intervenções específicas de nutrição com as menores taxas de cobertura para 37 países	35
Tabela 5.6	Estimativas diretas atuais da cobertura do tratamento da DAG	37
Tabela 6.1	Número de países que são vulneráveis aos determinantes subjacentes para a subnutrição	44
Tabela 6.2	Países mais vulneráveis para cada determinante subjacente	45
Tabela 6.3	Exemplos de como tornar os investimentos setoriais mais relevantes para a nutrição	48
Tabela 7.1	Regiões com alto risco e fracas políticas de hipertensão e diabetes	58
Tabela 8.1	Taxas de respostas a pedidos de informações de progresso no cumprimento dos compromissos N4G	60
Tabela 8.2	Progresso dos países no cumprimento dos compromissos N4G	61
Tabela 8.3	Progresso das organizações da sociedade civil no cumprimento dos compromissos N4G	62
Tabela 8.4	Autoavaliações de compromissos N4G das empresas sobre a nutrição da força de trabalho	62
Tabela 8.5	Progresso das empresas no cumprimento dos compromissos N4G	63
Tabela 8.6	Progresso da ONU no cumprimento dos compromissos N4G	64
Tabela 8.7	Progresso dos doadores no cumprimento dos compromissos N4G não financeiros	65
Tabela 8.8	Progresso de outras organizações no cumprimento dos compromissos N4G	67
Tabela 9.1	Lacunas de dados que são limitações para as medidas necessárias	71
Tabela 9.2	Ano da pesquisa mais recente contendo dados antropométricos de menores de cinco anos na base de dados da AMS	72
Tabela 9.3	Alguns pontos chave das Notas Técnicas 4–12 sobre maneiras de progredir o preenchimento de algumas lacunas de dados	73
Tabela A.1	Guia dos Perfis de Nutrição dos Países	81
Tabela A.2	Países em vias de cumprir várias metas da AMS	82
Tabela A.3	Progresso dos países nas quatro metas da AMS	84
Tabela A.4	Despesas de doadores com categorias específicas e relevantes para a nutrição, 2010 e 2012 (milhares de US\$)	90
Tabela A.5	Aplicação da estrutura de responsabilização aos próprios processos do relatório	92
Tabela A.6	Número de países com dados para cada indicador	93

MATERIAIS SUPLEMENTARES ONLINE

Os materiais de apoio a seguir estão disponíveis em www.globalnutritionreport.org.

Perfis de Nutrição

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

Perfis de nutrição dos países (dados disponíveis para 82 indicadores para cada um dos 193 estados membros da ONU)

Notas Técnicas

- Nota Técnica 1 Definições e fontes de indicadores do Perfil de Nutrição dos Países
- Nota Técnica 2 Análise LIST para o *Relatório sobre a Nutrição Mundial*, Grupo de Especialistas Independentes, Zulfiqar Bhutta
- Nota Técnica 3 O consumo excessivo (e desperdiçador) de alimentos, Carlo Cafiero
- Nota Técnica 4 A caminho de sistemas de alimentos rentáveis, saudáveis e sustentáveis: A nutrição e a gestão sustentável de recursos, Comitê Permanente sobre Nutrição do Sistema das Nações Unidas
- Nota Técnica 5 Aprender com os esforços de avaliação de custos dos planos dos países: Questões técnicas prioritárias a ser abordadas, Helen Connolly
- Nota Técnica 6 Medição e acompanhamento da dimensão de acesso à segurança alimentar: Indicadores disponíveis e recomendações para futuros investimentos, Marie T. Ruel, Terri J. Ballard e Megan Deitchler
- Nota Técnica 7 Vozes da Fome: Em que partes do mundo existe maior insegurança alimentar? Carlo Cafiero
- Nota Técnica 8 Avaliação da capacidade: A necessidade de investir no desenvolvimento da capacidade da nutrição na África Ocidental, Roger Sodjinou
- Nota Técnica 9 Lacunas de dados para baixo peso ao nascer, Holly Newby
- Nota Técnica 10 Medição de sobrepeso e obesidade: Necessidade de harmonização e aperfeiçoamento, Rachel Nugent, Mercedes de Onis, Komal Bhatia, Kamilla Eriksen, Gretchen Stevens e Yves Martin-Prevel
- Nota Técnica 11 Países do Movimento SUN avaliam seu próprio progresso em plataformas multilaterais dirigidas pelos governos, Secretariado do Movimento SUN
- Nota Técnica 12 Nível de vitaminas e sais minerais no mundo: O que sabemos e os desafios que nos esperam, Luz Maria De-Regil

Tabelas de Acompanhamento de Nutrição para o Crescimento

Progresso dos Países: Tabela de Acompanhamento de Nutrição para o Crescimento

Progresso das Empresas: Tabela de Acompanhamento de Nutrição para o Crescimento

Progresso das Organizações da Sociedade Civil: Tabela de Acompanhamento de Nutrição para o Crescimento

Progresso não Financeiro dos Doadores: Tabela de Acompanhamento de Nutrição para o Crescimento

Progresso de outras Organizações: Tabela de Acompanhamento de Nutrição para o Crescimento

Progresso da ONU: Tabela de Acompanhamento de Nutrição para o Crescimento

Versões mais extensas dos painéis deste relatório

Dados e plataforma de visualização

AGRADECIMENTOS

O Grupo de Especialistas Independentes (GEI) do *Relatório sobre a Nutrição Mundial* deseja agradecer o apoio e a contribuição de um grande número de pessoas e organizações que tornaram possível o desenvolvimento e produção do relatório de 2014.

Gostaríamos de agradecer à equipe de redação e análise de dados: Lawrence Haddad, Jessica Fanzo, Kamilla Eriksen e Komal Bhatia, com a ajuda de Julia Krasevec. Também queremos agradecer ao Secretariado do Relatório, sediado no Instituto de Estudos para o Desenvolvimento (IDS) e coordenado por Tara Shyam.

O GEI agradece ao Diretor-Geral do Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares, Shenggen Fan, e ao Diretor de Comunicações e Gestão de Conhecimentos (CKM), Gwendolyn Stansbury, assim como aos membros da equipe CKM: Tamar Abrams, Melanie Allen, Luz Marina Alvare, Mulugeta Bayeh, Terra Carter, Heidi Fritschel, Simone Hill-Lee, Andrew Marble, Andrea Pedolsky, David Popham, Nilam Prasai, Ghada Shields, Julia Vivalo e John Whitehead. Apreciamos imensamente o apoio administrativo de Lynette Aspillera, David Governey e Catherine Gee.

Agradecemos às seguintes pessoas, que nos ajudaram com os métodos de dados e o acesso aos dados: Allison Pepper (Iniciativa de Fortificação da Farinha) pelo acesso a dados; Ann Biddlecom (Divisão da População das Nações Unidas) pelas informações sobre a necessidade não atendida de planejamento familiar; Anne Peniston, Richard Greene, Elizabeth Jordan-Bell, e Robbin Boyer (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional [USAID]) por esclarecimentos dos dados; Bingxin Yu (IFPRI) pelos dados SPEED; Carlo Cafiero e Piero Conforti (Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura [FAO]) pelo acesso a dados de consumo excessivo; Caryn Bredenkamp e Leander Buisman (Banco Mundial) pelas tendências de atraso no crescimento por dados de quintis de riqueza; Leslie Elder e Andrea Spray (Banco Mundial) por esclarecimentos dos dados; Erin McLean (Governo do Canadá) por esclarecimentos dos dados; David Clark (UNICEF) pelos dados mais recentes sobre o Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno; Liliana Carvajal (UNICEF) por informações sobre o tratamento da diarreia com zinco; Holly Newby, Julia Krasevec, Arachana Dwivedi e David Clark (UNICEF) pela ajuda com o acesso a dados e a interpretação de dados; Jere Behrman (Universidade da Pensilvânia) por conselhos sobre as obras mais recentes sobre os retornos econômicos para a nutrição; John Hoddinott (IFPRI) pelas novas projeções custo:benefício; Juan Feng (Banco Mundial) pelas definições dos indicadores da pobreza; Lisa Smith (TANGO International) por conselhos sobre modelos e acesso a alguns dados sobre

determinantes básicos e subjacentes; Manos Antoninis (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura [UNESCO]) pelos conselhos sobre os indicadores de ensino secundário de mulheres; Matthew Greenslade (Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido [DFID]) pelos conselhos sobre dados da proteção social; Mercedes de Onis, Monika Blössner e Elaine Borghi (Organização Mundial da Saúde [OMS]) pelo apoio ao acesso a dados e orientação sobre métodos; pontos focais e parceiros dos países da Ampliação da Nutrição (SUN) por realizarem os exercícios de autoavaliação das transformações institucionais dos países SUN e a equipe MDF (Irma Alpenidze, Mike Zuyderduyn e Ingrid Oomes) e a equipe do Secretariado do Movimento SUN (Patrizia Fracassi, Shaoyu Lin, Martin Gallagher, Kwame Akoto-Danso, Pau Blanquer, Delphine Babin-Pelliard e Fanny Granchamp) por reunir e analisar os dados; Rajith Lakshman, Maria Fe Celi Reyna e Woody Wong Espejo (IDS) pelo trabalho de análise do documento sobre políticas de desenvolvimento; Rolf Luyendijk (UNICEF) por dados e conselhos sobre água, saneamento e higiene; e Dolf te Lintelo (IDS), Gretchen Stevens (OMS), Jose Luiz Alvares Moran (Rede de Monitoramento da Cobertura, Ação Contra a Fome) e Luz Maria De-Regil (Iniciativa Micronutrientes) por fazer parte do Grupo de Acesso a Dados do relatório.

Também agradecemos o apoio recebido para o desenvolvimento dos painéis (além da autoria) apresentados no relatório deste ano, de Jennifer Requejo, Lina Mahy e o Comitê Permanente sobre Nutrição da ONU, Pau Blanquer, Patrizia Fracassi, Rachel Nugent, Endang Achadi, Steve Wiggins, Mercedes de Onis e Clara Picanyol.

Pela ajuda prestada facilitando o acompanhamento dos compromissos de Nutrição para o Crescimento, agradecemos a Anna Taylor, Tanya Green e Rob Hughes (DFID); Delphine Babin Pelliard, Kwame Akoto-Danso, Martin Gallagher, Patrizia Fracassi, Pau Blanquer e Fanny Granchamp (Secretariado do Movimento SUN); Jessica Meeker e Kat Pittore (IDS); Jonathan Tench (SUN Business Network); e Lina Mahy (Comitê Permanente sobre Nutrição da ONU).

O GEI reconhece o apoio de Richard Horton e Pamela Das de *The Lancet*, facilitando a revisão por pares do relatório, e agradece aos quatro revisores anônimos de *The Lancet*. Agradecemos a todos os que forneceram feedback e comentários adicionais sobre o projeto do relatório: Jennifer Rigg e Rebecca Olson (1,000 Days); Kate Goertzen (ACTION); Juliet Attenborough (Ministério Australiano de Comércio e Negócios Estrangeiros); Ellen Piwoz, Shawn Baker e Neil Watkins (Fundação Bill e Melinda Gates); Sabine Triemer (BMZ– Ministério Federal Alemão para a Cooperação Econômica); Jennifer Goosen e Erin McClean (Governo do Canadá); Jo Lofthouse, Michael

Anderson e Augustin Flory (Fundação Children's Investment Fund [CIFF]); Joseph Patrick Ngang (Collectif des ONG pour la Sécurité Alimentaire et le Développement Rural); Joanna Francis (Concern Worldwide; Generation Nutrition); John Cordaro (Mars); Pedro Campo-Llopis, Catherine Chazaly e Patrice Moussy (Comissão Europeia); Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura; Glen Tarman, Sabrina de Souza e Sandra Mutuma (Action Against Hunger UK, Generation Nutrition); Stuart Gillespie (IFPRI); Marc van Ameringen e Jonathan Tench (Aliança Global para Melhor Nutrição [GAIN] e SUN Business Network); Aslam Shaheen e Qadir Baloch (Harvest Plus Pakistan); Mags Gaynor (Irish Aid); Iris Bollemeijer (International Medical Corps); David Nabarro (Secretariado do Movimento SUN); Nicholas Nisbett (IDS); Kathryn Russell e Anupama Dathan (ONE Campaign); Robert Hecht, Arathi Rao, Tae Min Kim e Aparna Kamath (Results for Development); Marie Rumsby (Save the Children UK, Grupo Road to Rio); Marie Ruel (IFPRI); Alexandre Ghelew (Cooperação Suíça para o Desenvolvimento); Syngenta; Hannah Schellander e James Jansen (Ministério do Ambiente, Alimentação e Assuntos Rurais do Reino Unido); Anna Taylor e Rob Hughes (DFID); Werner Schultink, Yarlini Balarajan e France Begin (UNICEF); Lina Mahy (Comitê Permanente sobre Nutrição da ONU); Anne Peniston (USAID); Veronique LaGrange e Dacia Whitsett-Morrow (Conselho dos EUA para a Exportação de Laticínios); Yael Velleman (WaterAid); Leslie Elder e Juan Feng (Banco Mundial); Martin Bloem, Lynnnda Kiess, Saskia Depee e Natalie Rae Aldern (Programa Alimentar Mundial [PAM]); e Francesco Branca (OMS).

Também estamos imensamente gratos a Alan Dangour (Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres), Anna Taylor (DFID) e Jo Lofthouse (CIFF) por seu encorajamento desde o início e durante o projeto; a Peter Godwin e Sujaya Misra por

seus comentários e ideias sobre a estrutura de responsabilização e legitimidade; e aos que ofereceram feedback e ideias durante o desenvolvimento da nota de conceito para o *Relatório sobre a Nutrição Mundial* no início de 2014.

O GEI quer agradecer ao Grupo de Partes Interessadas do relatório por seu envolvimento durante todo o desenvolvimento do relatório: copresidentes Edith Mkawa (Secretária Permanente, Gabinete do Presidente, Maláui, SUN Focal Point) e Jane Edmonson (DFID), Abdoulaye Ka (Cellule de lutte contre la malnutrition [CLM], Senegal), Anna Lartey (FAO), Chris Osa Isokpunwu (SUN Focal Point, Nigéria), David Nabarro (Gabinete do Secretário-Geral da ONU, SUN), Ferew Lemma (Etiópia), Francesco Branca (OMS), Jésus Búlux (Secretaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República [SESAN], Guatemala), Martin Bloem (PAM), Nina Sardjunani (Bappenas, Indonésia), Jean-Pierre Halkin (Comissão Europeia, Rede de Doadores SUN), Jennifer Goosen (Governo do Canadá, Rede de Doadores SUN), John Cordaro (Mars, Rede de Doadores SUN), Kate Houston (Cargill, Rede de Doadores SUN), Lucy Sullivan e Jennifer Rigg (1,000 Days, Rede de OSC SUN), M. Aslam Shaheen (Paquistão), Marc Van Ameringen (GAIN, Rede de Doadores SUN), Michael Anderson (CIFF), Milton Rondo (Brasil), Shawn Baker (Fundação Bill e Melinda Gates, Rede de Doadores SUN), Tom Arnold (Concern Worldwide, Rede de OCS SUN) e Werner Schultink (UNICEF).

Finalmente, gostaríamos de agradecer às organizações que proporcionaram apoio financeiro para o relatório de 2014: 1,000 Days, Fundação Bill e Melinda Gates, o Programa de Pesquisa de Agricultura para a Nutrição e Saúde do CGIAR, a Fundação Children's Investment Fund, a Comissão Europeia, o Governo do Canadá, Irish Aid e o Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido.

ABREVIATURAS

AMA	alimentação mínima aceitável
AMS	Assembleia Mundial da Saúde
CAADP	Programa Integrado para o Desenvolvimento da Agricultura em África
DAG	desnutrição aguda grave
DAM	desnutrição aguda moderada
DAMn	diversidade alimentar mínima
DHS	Demographic and Health Survey (Pesquisa Demográfica e sobre a Saúde)
DNT	doenças não transmissíveis
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
HANCI	Hunger and Nutrition Commitment Index (Índice de Compromisso com a Fome e a Nutrição)
IMC	índice de massa corporal
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (Pesquisa de Grupos de Indicadores Múltiplos)
MIR	mulheres em idade reprodutiva
NEPAD	Nova Parceria para o Desenvolvimento da África
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	organização não governamental
OSC	organização da sociedade civil
PPC	paridade do poder de compra
SUN	Ampliação da Nutrição
TAMA	taxa anual média de aumento
TAMR	taxa anual média de redução
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO EXECUTIVO

A BOA NUTRIÇÃO É O SUSTENTÁCULO DO BEM-ESTAR HUMANO. BOA NUTRIÇÃO ANTES DO NASCIMENTO E AO LONGO DA INFÂNCIA PERMITE QUE O CÉREBRO FUNCIONE E evolua sem problemas e que os sistemas imunológicos se desenvolvam com mais vigor. Para as crianças pequenas, um nível de boa nutrição afasta a morte e prepara o corpo para crescer e desenvolver todo o seu potencial. No decorrer da vida humana, a boa nutrição leva a melhor aproveitamento escolar, mães mais bem alimentadas que dão à luz crianças mais bem nutridas, e adultos que tem maior probabilidade de serem produtivos e receber salários melhores. Durante a meia-idade, a boa nutrição origina metabolismos melhor preparados para proteger contra doenças associadas a mudanças na dieta e atividade física. Sem uma boa nutrição as vidas e meios de vida das pessoas são como que construídos em areia movediça.

PONTOS CHAVE

- 1. Para um desenvolvimento sustentável são essenciais pessoas com boa nutrição.**
 - A desnutrição afeta quase todos os países do mundo.
 - São necessários mais indicadores de nutrição integrados na estrutura de responsabilização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.
- 2. Temos de assumir compromissos para melhorar a nutrição mais depressa e incluir este objetivo nas metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030.**
 - As metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030 devem ser mais ambiciosas do que simples extensões das metas da Assembleia Mundial da Saúde para 2025. É necessário estabelecer um novo consenso sobre o que é possível alcançar.
- 3. O mundo não está atualmente em vias de cumprir as metas de nutrição mundiais definidas pela Assembleia Mundial da Saúde, mas muitos países estão progredindo bem nos indicadores das metas.**
 - São necessários mais estudos de caso de alta qualidade para compreender por que foi ou não foi atingido progresso.
- 4. O tratamento de formas diferentes e sobrepostas de desnutrição é o “novo normal”.**
 - Os recursos e competências de nutrição tem de estar melhor alinhados com a natureza evolutiva da desnutrição.
- 5. Precisamos ampliar a cobertura de programas específicos de nutrição a mais pessoas que necessitam deles.**
 - É necessário dar mais atenção a dados de cobertura – uma maneira importante de avaliar a presença em campo onde isso conta.
- 6. A proporção de investimentos concebidos para melhorar os determinantes subjacentes da nutrição deve ser maior para ter um impacto maior nos resultados nutricionais.**
 - Precisamos continuar a acompanhar a proporção de recursos de nutrição para estas abordagens.
 - Também devemos oferecer maior orientação sobre a concepção e implementação destas abordagens, para aumentar sua eficácia e seu alcance.
- 7. É necessário fazer mais para responsabilizar os países, doadores e agências pelo cumprimento de seus compromissos para melhorar a nutrição.**
 - As partes interessadas devem trabalhar para desenvolver, realizar ensaios piloto e avaliar novos mecanismos de responsabilização. É necessário apoiar os esforços da sociedade civil para aumentar a responsabilização.
 - Temos de desenvolver metas ou normas para as despesas com a nutrição.
- 8. Atualmente é difícil acompanhar as despesas com a nutrição, o que dificulta a responsabilização das partes responsáveis.**
 - É necessário intensificar o acompanhamento dos recursos financeiros – para todas as partes interessadas na nutrição.
- 9. A nutrição necessita de uma revolução de dados.**
 - Entre as muitas lacunas de informação, as que mais necessitam de ser preenchidas são as que limitam as medidas prioritárias e impedem a responsabilização.
- 10. Os campeões nacionais da nutrição devem ser reconhecidos, apoiados e seu número aumentado.**
 - Devemos preencher as vagas da linha de frente, apoiar os programas de liderança da nutrição e conceber programas de pesquisa dirigidos pelos países.

Uma boa nutrição também é fundamental para a agenda de desenvolvimento sustentável que está tomando forma através dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que estão sendo discutidos agora. Uma boa nutrição, intrinsecamente sustentada, flui ao longo do ciclo de vida e através de gerações. Ela promove a resistência do indivíduo face a choques e incertezas causadas por mudanças climáticas e flutuações de preços extremas. Ela apoia toda uma geração de inovações necessárias para enfrentar o desafio conjunto de melhorar a vida de gerações correntes e futuras, de maneiras sustentáveis para o ambiente.

Este *Relatório sobre a Nutrição Mundial* é o primeiro de uma série de relatórios anuais. Ele acompanha o progresso mundial da melhoria do nível de nutrição, identifica os pontos de estrangulamento para mudanças, destaca oportunidades para intervenção e contribui para reforçar a responsabilização pela nutrição. A série de relatórios foi criada como compromisso dos signatários da Cúpula Nutrição para o Crescimento de 2013. O relatório conta com o apoio de um grupo muito variado de partes interessadas e foi preparado por um Grupo de Peritos Independentes em parceria com um grande número de colaboradores externos.

Este relatório apresenta várias características únicas. Primeiro, seu escopo é global. Quase todos os países do mundo apresentam algum tipo de desnutrição e nenhum país pode considerar a boa nutrição como garantida. Segundo, uma vez que objetivos mundiais requerem ações em nível nacional, o relatório visa dialogar com formuladores de políticas, profissionais, cientistas e defensores em todos os países. Ele reúne dados abundantes e outras informações em nível dos países de maneira acessível e enfatiza as experiências de um grande número de países da África, América do Norte, América Latina e Caribe, Ásia, Europa e Oceania. Terceiro, um foco importante do relatório refere-se a como reforçar a responsabilização na nutrição. Muitas das características essenciais da desnutrição – incluindo seus efeitos a longo prazo, a necessidade de trabalhar através de alianças para combatê-la e a invisibilidade de algumas de suas manifestações – dificultam a responsabilização. Portanto, identificamos iniciativas para reforçar mecanismos, atores e informações importantes de formas que ajudarão a todos nós a nos responsabilizarmos por nossos esforços para acelerar melhoramentos no nível de nutrição. Finalmente, o relatório é preparado por um Grupo de Especialistas Independentes encarregado de fornecer uma perspectiva do progresso da nutrição e uma avaliação dos compromissos de nutrição que sejam tão independentes e comprovadas por evidências quanto possível.

Do ponto de vista dos autores, o relatório em si é uma intervenção contra a desnutrição: ele foi concebido para ajudar a reformular a desnutrição como um desafio mundial, aumentar as ambições sobre como ela pode ser rapidamente reduzida e estimular medidas para sua redução. Para isso reunimos um grupo abrangente de indicadores chave do nível de nutrição, iniciativas e recursos para todos os 193 estados membros da ONU.

Analisamos estes dados para poder avaliar o progresso mundial na melhoria do nível de nutrição e identificar o progresso e experiências de países individuais, no contexto mais amplo de tendências mundiais e regionais. Além disto, fornecemos um mecanismo de responsabilização para os compromissos assumidos pelos 96 signatários da Cúpula Nutrição para o Crescimento, monitorando e avaliando o progresso por eles declarado face às declarações públicas de intenção de agir para a nutrição.

RESULTADOS CHAVE

O relatório oferece vários resultados sobre o progresso alcançado no melhoramento do nível de nutrição, na ampliação da escala da nutrição, no cumprimento dos compromissos assumidos pelos signatários do Pacto Nutrição para o Crescimento e na redução das lacunas de dados.

Progresso na Melhoria do Nível de Nutrição

- 1. A MELHORIA DO NÍVEL DE NUTRIÇÃO DAS PESSOAS É ESSENCIAL PARA ALCANÇAR UM DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL.** Resumimos as provas para demonstrar que as melhorias no nível de nutrição contribuirão consideravelmente para os ODS relativos à pobreza, alimentos, saúde, educação, gênero e emprego. Também mostramos que os investimentos na nutrição resultam em altos retornos. Calculamos novas razões custo:benefício para a ampliação das intervenções de nutrição em 40 países. Nestes 40 países a mediana da razão custo:benefício é 16 — o que significa que para cada dólar, rupia, birr ou peso investidos, na mediana o retorno será superior a 16. As razões custo:benefício do investimento na nutrição são altamente competitivas com os investimentos rodoviários, na irrigação e na saúde.
- 2. A DESNUTRIÇÃO AFETA QUASE TODOS OS PAÍSES.** Todos os países do mundo que coletam dados, exceto dois, apresentam um dos seguintes tipos de desnutrição: atraso no crescimento, anemia ou sobrepeso em adultos. Se as taxas de anemia nesses dois países separados fosse apenas 0,6% maior, todos os países do mundo que possuem dados de nutrição seriam classificados como apresentando uma destas três formas de desnutrição.
- 3. A UMA ESCALA GLOBAL, O MUNDO NÃO ESTÁ EM VIAS DE CUMPRIR AS METAS DE NUTRIÇÃO MUNDIAIS ACORDADAS PELA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE (AMS).** Com base nas suposições existentes, as projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da UNICEF mostram que o mundo não está em vias de cumprir nenhuma das seis metas de nutrição da AMS. Em nível global está havendo muito pouco progresso na redução das taxas de anemia, baixo peso ao nascer, emaciação e sobrepeso em crianças menores de cinco anos. O progresso no aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo tem sido igualmente desapontador. Embora a redução das taxas de atraso no crescimento em crianças menores de cinco anos tenha mostrado mais progresso, não foi suficiente para cumprir a meta global segundo as projeções atuais.

4. **NO ENTANTO, CONSIDERANDO PAÍS POR PAÍS, MUITOS PAÍSES ESTÃO PROGREDINDO BEM NA MELHORIA DOS RESULTADOS NUTRICIONAIS.** Se as metas globais da AMS fossem aplicadas a cada país, quantos países estariam em vias de cumprir essas metas? Dos quatro indicadores da AMS para os quais podemos fazer avaliações em nível do país, 99 países possuem dados suficientes para permitir essa avaliação. Dos 99 países, 68 estão em vias de alcançar pelo menos uma das quatro metas globais da AMS e 31 não estão em vias de alcançar nenhuma. De 109 países que possuem dados sobre o atraso no crescimento de crianças menores de cinco anos, 22 estão em vias de alcançar a meta da AMS. De 123 países com dados sobre a emaciação em crianças menores de cinco anos, 59 estão em vias de alcançar a meta. De 107 países com dados sobre o sobrepeso em crianças menores de cinco anos, 31 estão em vias de alcançar a meta. Finalmente – e para grande preocupação – apenas cinco dos 185 países com dados sobre anemia estão em vias de atingir a meta de redução da anemia. Existe um enorme potencial para aprender com as experiências dos países, mas isto não está sendo explorado devido à falta de estudos de caso de países que examinem a vasta gama de fatores que afetam o progresso.
5. **EXISTE UMA BASE PARA A DEFINIÇÃO DE METAS MAIS EXIGENTES PARA A MELHORIA DA NUTRIÇÃO.** De que modo este resultado é consistente com um mundo que não está em vias de cumprir as metas globais da AMS? Primeiro, as variações em nível dos países sugerem que há muitos exemplos de progresso dos quais podemos extrair conhecimentos e inspiração. Segundo, as experiências do estado indiano de Maharashtra, assim como de Bangladesh, Brasil e Estados Unidos sugerem que pode acontecer uma mudança significativa no nível de nutrição a médio prazo, como consequência de ação determinada sustentada durante um período de 6 a 12 anos. Se apenas alguns dos países de maior dimensão melhorassem seu desempenho, a base das projeções de progresso anteriores mudaria. Finalmente, para a Índia – o segundo país mais populoso do mundo – novos dados preliminares em nível nacional sugerem que os indicadores da AMS estão apresentando um melhoramento muito mais rápido do que é suposto atualmente. Por exemplo, se as novas estimativas preliminares não forem ajustadas de modo significativo, os números de crianças menores de cinco anos com atraso no crescimento na Índia já diminuiu mais de 10 milhões.
6. **A FACE DA DESNUTRIÇÃO ESTÁ MUDANDO: OS PAÍSES ENFRENTAM ÔNUS DE DESNUTRIÇÃO COMPLEXOS, SOBREPÓSITOS E INTERLIGADOS.** A maior parte dos países apresenta alguma combinação de atraso no crescimento em crianças menores de cinco anos, anemia em mulheres em idade reprodutiva e sobrepeso em adultos; menos de 20 países possuem apenas uma destas formas de desnutrição. Estes ônus diferentes estão ligados não só em nível fisiológico, mas também em nível de recursos e de política. Os

pesquisadores e profissionais necessitam de desenvolver urgentemente ferramentas e estratégias de priorização e sequenciamento de medidas relevantes para a nutrição nestes contextos complexos. Dados estes ônus múltiplos e a tendência para a descentralização dos programas de nutrição, as análises desagregadas dos resultados de nutrição são mais importantes do que nunca. Esta é uma importante lacuna de dados, embora possa não existir em todos os países.

Progresso na Ampliação das Iniciativas de Nutrição

7. **A COBERTURA DE INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DE NUTRIÇÃO É BAIXA.** A falta de dados de cobertura nacional para intervenções específicas de nutrição reflete a baixa cobertura dos próprios programas. Das 12 intervenções específicas de nutrição que foram identificadas como essenciais para a redução da subnutrição, há muitos países que tem dados de cobertura nacional para apenas três (suplementação de vitamina A, tratamento da diarreia com zinco e iodação universal do sal). Dada a falta de progresso nas taxas de emaciação, a falta de dados de cobertura para programas que tratam a desnutrição aguda moderada e grave (DAM e DAG) é uma grande preocupação. A cobertura geográfica é fraca, mesmo em países com ônus de DAG muito grande. Para avaliar adequadamente o acesso das pessoas ao tratamento de DAM e DAG são necessárias estimativas de cobertura diretas. É necessário encontrar maneiras de obter a melhor combinação de pesquisas rápidas isoladas e pesquisas nacionais periódicas para calcular a cobertura de DAM e DAG de maneira oportuna e crível.
8. **OS MOTORES SUBJACENTES DO NÍVEL DE NUTRIÇÃO ESTÃO MELHORANDO.** Os motores subjacentes – como a oferta de alimentos, água potável e saneamento, educação e cuidados de saúde – podem contribuir muito para o melhoramento do nível de nutrição. As estimativas da subalimentação baseadas na oferta de alimentos estão diminuindo mas – com 805 milhões de pessoas abaixo do limite calórico mínimo em 2012-2014 – ainda são altas. O acesso a melhores serviços de abastecimento de água e saneamento está aumentando constantemente, embora continuem existindo grandes lacunas de cobertura na África Oriental, Ocidental e Central, no caso da água; e no Sul da Ásia, no Sudeste Asiático e na maior partes das regiões da África, no caso do saneamento. As tendências da matrícula feminina no ensino secundário são positivas para todas as regiões, embora a taxa ainda seja apenas 50% para a África. Contudo, ainda há falta de serviços de saúde na África e na Ásia. A Europa tem o maior número de médicos por 1.000 pessoas (3,5) e a África o menor (0,5), enquanto a América do Norte tem o maior número de enfermeiros e obstetrias por 1.000 pessoas (9,8) e a África o menor (1,3). A Ásia tem o dobro do número de profissionais de saúde comunitária da África por 1.000

pessoas, mas os números são baixos em ambas as regiões (1,4 em comparação com 0,7).

9. **O POTENCIAL PARA A EXPANSÃO DE RECURSOS PARA PROGRAMAS RELEVANTES PARA A NUTRIÇÃO É CLARO; A QUESTÃO É, COMO?** Investimentos em programas relacionados com a nutrição e abordagens que visam os determinantes subjacentes da desnutrição podem ser componentes importantes de um conjunto de medidas para melhorar o nível de nutrição. apresentamos dados sobre as despesas governamentais para os setores relacionados da agricultura, educação, saúde e proteção social. Diferentes governos adotam opções diferentes para estes setores e os níveis de despesa variam entre regiões e nas regiões. as despesas com a proteção social estão aumentando rapidamente em muitos países africanos e asiáticos, oferecendo uma grande oportunidade de ampliar a escala de iniciativas relevantes para a nutrição. Mas as provas sobre como tornar as intervenções que visam os determinantes subjacentes mais relevantes para a nutrição são limitadas. o relatório oferece algumas ideias para a agricultura; proteção social; educação; saúde; e água, saneamento e higiene.
10. **OS PAÍSES ATUALMENTE NÃO SÃO CAPAZES DE ACOMPANHAR SEUS COMPROMISSOS FINANCEIROS COM A NUTRIÇÃO.** Existem diversas ferramentas para conseguir isso e serão necessários investimentos para construir a capacidade organizacional para fazê-lo. A Guatemala oferece um estudo de caso inspirador. A despesa incorrida por doadores é um pouco mais clara do que a despesa incorrida por países. Entre 2010 e 2012 os compromissos com intervenções específicas de nutrição, de 13 doadores, aumentaram 39% e os desembolsos aumentaram 30%. Os compromissos relevantes para a nutrição de doadores diminuíram 14%, mas os desembolsos relevantes para a nutrição pelos 10 doadores que apresentaram dados aumentaram 19%. A percentagem de desembolso da ajuda pública ao desenvolvimento para a nutrição em 2012 foi apenas ligeiramente superior a 1%. Os relatos dos doadores sobre a nutrição estão ficando mais harmonizados, mas ainda há muito a fazer devido a diferenças de definições e de calendários.
11. **AS POLÍTICAS, LEIS E INSTITUIÇÕES SÃO IMPORTANTES PARA AMPLIAR A ESCALA DA NUTRIÇÃO.** Estes elementos do ambiente de políticas podem ser medidos. A abordagem de escores do processo Ampliação da Nutrição (SUN) é notável por ser um processo de medição participativa que estimula a reflexão entre as partes interessadas sobre como reforçar uma ação coordenada para a nutrição. As avaliações da robustez de políticas, leis e instituições podem identificar faltas de relacionamento, como a coexistência de fracos ambientes de políticas sobre a diabetes e de populações com altas taxas de níveis elevados de glicose no sangue.

Monitoramento dos Compromissos de Nutrição para o Crescimento

12. **O RELATO DOS COMPROMISSOS COM A NUTRIÇÃO PARA**

O CRESCIMENTO (N4G) DE 2013 FOI DIFÍCIL PARA TODOS OS GRUPOS DE SIGNATÁRIOS. Aprendemos lições valiosas neste “ano de base”. Noventa por cento dos signatários responderam aos pedidos de atualização das informações sobre seus compromissos N4G. Muito poucos signatários não estavam em vias de cumprir seus compromissos, embora houvesse muitas avaliações “não está claro” devido ao aspecto vago dos compromissos assumidos e respostas fornecidas. Em termos de progresso nas metas N4G, não houve nenhuma razão óbvia para preocupação da parte de nenhum dos grupos, pelo menos nesta fase inicial do período de relato de 2013–2020. A avaliação será reforçada em 2015 com mais dados, mais processos simplificados e, suspeitamos, participantes mais motivados, dada sua compreensão de como suas respostas serão relatadas.

13. **A RESPONSABILIZAÇÃO PELA NUTRIÇÃO PODE E DEVE SER DESENVOLVIDA.** Os atores da sociedade civil são especialmente importantes para o desenvolvimento da responsabilização, embora necessitem de apoio para poderem ser mais eficazes. As plataformas de avaliação nacionais e os mecanismos de feedback da comunidade são vias promissoras para reforçar a responsabilização pela nutrição, mas necessitam de ser testados e avaliados. Os sistemas nacionais e internacionais de pesquisa sobre a nutrição, que são impulsionados pelos problemas dos próprios países, provavelmente melhorarão a responsabilização em nível nacional.

Redução de Lacunas de Dados

14. **HÁ MUITAS LACUNAS NOS DADOS DOS RESULTADOS, PROGRAMAS E RECURSOS DE NUTRIÇÃO.** Por exemplo, para quatro dos seis indicadores da AMS que possuem regras de classificação dos países como “em vias de cumprir” ou “não em vias de cumprir”, apenas 60 por cento dos 193 países membros da ONU tem os dados para avaliar se seus níveis de contribuição estão ou não em vias de cumprir as metas globais da AMS. Uma prioridade para os governos e agências da ONU é assegurar que todos os países podem comunicar seus indicadores da AMS. Para identificar lacunas de dados além dos indicadores da AMS, perguntamos: Em que áreas as lacunas de dados nos levam a não conseguir priorizar as questões que necessitam de ser priorizadas e as medidas que necessitam de ser tomadas para reduzir a desnutrição? Identificamos três indicadores do nível de nutrição – anemia, sobrepeso/obesidade e baixo peso ao nascer – em que o progresso é lento e as lacunas de dados podem estar impedindo as iniciativas. Também identificamos lacunas de dados que acreditamos estarem impedindo a ampliação da escala e a combinação de intervenções específicas e relevantes para a nutrição e de ambientes propícios para a nutrição, para um contexto específico. Estas lacunas incluíram dados sobre a capacidade dos países de implementar e ampliar as iniciativas de nutrição, custos dos programas e acompanhamento dos recursos financeiros. Muitas decisões sobre como priorizar o preenchimento das lacunas de dados devem ser toma-

das em nível nacional e baseadas em políticas, planos e estratégias de nutrição.

15. **NEM TODAS AS LACUNAS DE DADOS NECESSITAM DE SER ABORDADAS COLETANDO NOVOS DADOS.** Identificamos várias maneiras de preencher as lacunas de dados: (1) utilizando melhor os dados existentes, (2) reforçando a qualidade da coleta de dados existente, (3) melhorando a comparabilidade dos dados entre os países, (4) coletando novos dados onde não há dados suficientes para boa responsabilização, e (5) aumentando a frequência da coleta de dados de pesquisas nacionais sobre nutrição. Em cada uma destas cinco áreas foram identificadas três a quatro lacunas de dados importantes e foram propostas maneiras de começar a preencher estas lacunas. Muitas destas lacunas de dados podem ser preenchidas investindo na capacidade dos analistas da nutrição, gerentes de programas e unidades de políticas para fazerem melhor uso dos dados existentes.

PODEMOS MELHORAR A NUTRIÇÃO MAIS RAPIDAMENTE: É FUNDAMENTAL UMA RESPONSABILIZAÇÃO MAIS FORTE

Quase todos os países sofrem níveis elevados de desnutrição. Os países devem almejar uma causa comum e explorar as oportunidades de aprender uns com os outros. Está claro que os países de baixa renda não tem o monopólio dos problemas de desnutrição e os países de alta renda não tem o monopólio das soluções de nutrição.

O fracasso em intensificar as medidas e encontrar soluções terá um efeito negativo prolongado, deixando um legado doloroso para a próxima geração. Nossa geração tem a oportunidade – e a capacidade – de eliminar esse efeito. Para isso, é necessário agir estratégica e eficazmente, trabalhando com alianças e em escala. E temos de nos responsabilizar por isso.

A série anual de *Relatórios sobre a Nutrição Mundial* – seus dados, análises, exemplos, mensagens e recomendações – representa uma contribuição para vencer este desafio coletivo do século XXI.



1 INTRODUÇÃO

A MELHORIA DO NÍVEL DE NUTRIÇÃO É ESSENCIALMENTE UM DESAFIO DO SÉCULO XXI. É UM DESAFIO QUE ECOA POR TODO O MUNDO: QUASE TODOS OS PAÍSES

do mundo enfrentam um nível de desnutrição que constitui um grave risco para a saúde pública. Existem entre 2 e 3 bilhões de pessoas malnutridas – elas apresentam alguma forma de subnutrição, sobrepeso ou são obesas, ou possuem algum tipo de deficiência de micronutrientes.¹

Uma má nutrição manifesta-se de muitas maneiras: desde crianças que vivem em condições de fome aguda e que parecem ser apenas pele e osso, a adultos que tem dificuldades respiratórias devido à sua obesidade, bebês que não sobrevivem até seu primeiro aniversário em consequência de um conjunto de condições como má alimentação, más práticas de alimentação infantil e exposição a doenças infecciosas.

Este é um desafio que exige medidas eficazes em vários setores e áreas (alimentação, saúde, bem-estar social, educação, água, saneamento e mulheres) e envolve vários atores (governo, sociedade civil, empresas, pesquisa e parceiros de desenvolvimento internacional). Alianças sólidas que visem à ação são muito mais eficazes do que soluções milagrosas e as causas múltiplas da desnutrição frequentemente representam múltiplas oportunidades para a melhoria sustentável da nutrição.

Por fim, a má nutrição é um desafio com enorme alcance: suas consequências atravessam o ciclo de vida e perpetuam-se pelas gerações, afetando todos – principalmente crianças, meninas adolescentes e mulheres – e incluem a mortalidade, infecções, insuficiência cognitiva, menor produtividade no trabalho e aparecimento precoce e maior risco de doenças não transmissíveis (DNT), estigma e depressão.

PONTOS CHAVE

1. A melhoria da nutrição é um desafio com muitas características comuns a outros desafios de desenvolvimento do século XXI: prevalência global, consequências de longo prazo e a necessidade de trabalhar com amplas alianças de setores e atores.
2. As melhorias no nível de nutrição serão essenciais para a agenda de desenvolvimento sustentável: as melhorias da nutrição mantêm-se essencialmente ao longo do ciclo de vida e de gerações e contribuem diretamente para a maior parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.
3. As características dos resultados e iniciativas de nutrição – seus efeitos a curto e longo prazo, a invisibilidade de algumas consequências da desnutrição. e a necessidade de alianças – tornam o processo de identificação de comprometimentos e em seguida de monitorar sua responsabilização mais complexo do que para muitos outros problemas de desenvolvimento.
4. Este relatório é uma contribuição para reforçar a responsabilização pela nutrição.

A NUTRIÇÃO ADEQUADA É ESSENCIAL PARA UM DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Algumas características da nutrição – sua prevalência global, a necessidade de melhorá-la por meio de alianças abrangentes de setores e suas consequências a curto e longo prazo – também definem outros desafios de desenvolvimento atuais: obtenção de equidade, facilitação de transições demográficas para níveis de mortalidade e fertilidade mais baixos e abordagem das mudanças climáticas e de suas implicações em termos de vulnerabilidade, sistemas de alimentos sustentáveis e utilização de recursos naturais. O processo de melhora dos resultados da nutrição tem afinidade com estas questões e é essencial para uma agenda de desenvolvimento sustentável, pelo menos de duas maneiras. Primeiro, as melhorias da nutrição mantêm-se intrinsecamente ao longo do tempo. Os investimentos nos primeiros 1.000 dias da vida de uma pessoa geram benefícios durante o ciclo de vida dessa pessoa e ao longo de gerações.² Segundo, as melhorias no nível de nutrição influenciarão muitos resultados de desenvolvimento sustentável – direta e indiretamente. Como se verá no Capítulo 2, uma melhor nutrição contribui para a maior parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) propostos pelo Grupo de Trabalho Aberto da ONU. É óbvio que os melhoramentos na nutrição podem ajudar a impulsionar a agenda dos ODS.

A NECESSIDADE DE REFORÇAR A RESPONSABILIZAÇÃO PELA NUTRIÇÃO

Embora estes aspectos da nutrição façam com que ela seja essencial para o desenvolvimento sustentável, também dificultam a atribuição de responsabilidade às principais partes interessadas por suas iniciativas para melhorá-la. Como é possível os indivíduos fazerem reivindicações aos responsáveis pela melhoria da nutrição se não puderem identificar quem eles são e quais são suas obrigações, e se não puderem acompanhar o cumprimento dessas responsabilidades? Da mesma forma, os que são responsáveis por iniciativas de melhoria da nutrição terão dificuldade em acompanhar o progresso de seus próprios esforços se os mecanismos de acompanhamento e *feedback* forem fracos. O grande número de atores, os benefícios de longo prazo resultantes das iniciativas e a invisibilidade de algumas consequências da desnutrição são fatores que se aliam contra uma responsabilização forte. Sem a responsabilização pela nutrição, não existe orientação para as iniciativas ou consequências para a inação e a indiferença, a não ser os 2 ou 3 bilhões de pessoas diretamente afetadas.

Nosso conhecimento das iniciativas que podem melhorar o nível de nutrição nunca foi tão grande. Para a subnutrição, podemos recorrer a um conjunto de intervenções específicas e comprovadas e a um conjunto muito maior de investimentos relevantes para a nutrição, que possuem enorme potencial ainda não explorado. Para o sobrepeso e a obesidade, a base de evidências é mais fraca, mas está melhorando. As evidências sugerem que a abordagem da subnutrição também mitiga alguns dos fatores de risco associados a doenças não transmissíveis que costumam correr mais tarde na vida do indivíduo. Na ausência

de dados, permanecem as questões de como ordenar e priorizar as iniciativas e como avaliar se as iniciativas estão fazendo uma diferença em níveis médio e macro.

OBJETIVOS DESTA RELATÓRIO

Este relatório representa uma nova contribuição para reforçar a capacidade dos formuladores de políticas, implementadores de programas, defensores da sociedade civil, investidores, comunidades e famílias para monitorar o progresso de suas sociedades na melhoria da nutrição. O objetivo do relatório é ajudar estes grupos a serem independentes e outros a assumirem responsabilidade por suas iniciativas, ou ausência delas, para a melhoria da nutrição. Com este objetivo, o relatório procura apoiar a infraestrutura de responsabilização dos ODS e servir como estímulo para a melhoria da atribuição de recursos, e para iniciativas intensificadas e exigência de boa nutrição.

As audiências-chave são os atuais “campeões da nutrição” e seus aliados presentes e futuros (Tabela 1.1). Os campeões da nutrição são organizações e indivíduos, operando no centro da ação ou nos bastidores, que se esforçam constantemente por acelerar melhorias nos resultados de nutrição. Seus aliados são aqueles que trabalham com os campeões porque tem interesse em investir na nutrição, normalmente para fazer progredir outro objetivo – juntamente com os esforços de melhoria da nutrição ou em consequência dos mesmos. Os futuros campeões são os que necessitam de nossa inspiração e apoio, que estão começando suas carreiras em nutrição, ou que estão descobrindo a nutrição. Os futuros aliados são aqueles que possuem interesse manifesto em nutrição, mas podem ainda não estar cientes disso. Esses são os economistas que buscam novas fontes de crescimento; os planejadores sociais que procuram novas maneiras de chegar aos mais vulneráveis; os agrônomos que desejam maximizar os impactos humanos causados pelas tecnologias e práticas agrícolas e inovações de mercado; e os especialistas da água, saneamento e higiene que procuram maximizar os benefícios de seu trabalho para a saúde. A motivação e a comunicação com estes parceiros estratégicos levarão a novos diálogos e deverão identificar novas oportunidades de investimentos que geram melhorias na nutrição.

O relatório foi inicialmente solicitado pelos signatários do Pacto da Cúpula Nutrição para o Crescimento (N4G) em 2013, em reconhecimento da necessidade de monitorar melhor os compromissos para melhorar a nutrição. Assim, este relatório é um esforço coletivo de um grupo de partes interessadas do N4G que se preocupam profundamente com a melhoria da nutrição como estímulo para um desenvolvimento sustentável.

O Grupo de Partes Interessadas delegou a um Grupo de Especialistas Independentes a tarefa de reunir dados de nutrição novos e existentes, com o objetivo de oferecer uma imagem mais completa dos indicadores de nutrição mundiais e dos países, reforçar a responsabilização, criar novas perspectivas, iniciar novos diálogos e catalisar novas iniciativas.

Estes dois grupos, tal como muitos outros, reconhecem que, embora o compromisso político com a melhoria da nutrição

PAINEL 1.1 TIPOS DE INVESTIMENTO EM NUTRIÇÃO

LAWRENCE HADDAD

Uma vez que o nível de nutrição de uma pessoa depende de uma série de determinantes imediatos, subjacentes e básicos e de suas interações, os investimentos na nutrição podem ter várias formas de abordar estes determinantes.

Os programas específicos da nutrição abordam os determinantes imediatos do nível de nutrição (tais como uma dieta inadequada e o ônus da doença) e encontram-se em várias áreas de políticas, como a saúde, ajuda humanitária e processamento de alimentos.¹

Os programas e abordagens relevantes para a nutrição visam os determinantes subjacentes do nível de nutrição (como a segurança alimentar, acesso

à saúde, ambiente doméstico saudável e práticas de cuidados) e estão presentes em uma grande gama de áreas de políticas (como a agricultura; educação; água, saneamento e higiene; proteção social; empoderamento das mulheres; e saúde). Eles incluem objetivos ou iniciativas nutricionais explícitas, embora a melhoria da nutrição não constitua necessariamente seu primeiro objetivo.

Os investimentos em ambientes propícios abordam os determinantes básicos do nível de nutrição tais como governança, renda e equidade. Estes investimentos tomam a forma de leis, regulamentos, políticas,

investimentos no crescimento econômico e melhorias na capacidade de governança.

A maior parte dos investimentos em iniciativas que abordam os determinantes subjacentes e básicos do nível de nutrição não é relevante para ela – por outras palavras, não incluem metas ou iniciativas nutricionais explícitas – mas podem ser motores importantes da melhoria da nutrição.

Os esforços para melhorar o estado nutricional podem vir de todas as três áreas. O objetivo deve ser procurar a mais potente combinação dos mesmos, em escala, levando em consideração a necessidade, capacidades e oportunidades políticas em cada contexto.

seja atualmente elevado, ele não é permanente. As tendências de desenvolvimento aparecem e desaparecem. Este relatório pretende ser um legado dos altos níveis de compromisso atuais e ajudar a estimular futuras ondas de comprometimento com a nutrição, muito depois de a onda atual ter-se dissipado.

ESTRUTURA CONCEITUAL

O relatório segue, de um modo geral, a estrutura das iniciativas para a melhoria do nível de nutrição apresentada em Black et al. (2013). Ele descreve a importância de um nível de nutrição melhorado, de progresso na melhoria do nível de nutrição e dos níveis de cobertura e tendências de programas e abordagens específicos da nutrição e relevantes para ela, incluindo investimentos nos determinantes subjacentes que os apoiam (consultar o Painel 1.1). Também examina o ambiente propício à nutrição – recursos, políticas, legislação e transformações institucionais – e identifica obstáculos ao progresso e oportunidades para envolver todas as partes interessadas.

Neste relatório focamos na necessidade da ação em um grande número de frentes, estratégia importante se quisermos melhorar rápida e sustentavelmente o nível de nutrição. Usamos

estudos de caso de Bangladesh, Brasil, Burkina Fasso, Indonésia e do estado indiano de Maharashtra, dos EUA e do Reino Unido para mostrar o que é possível conseguir quando se tomam iniciativas em vários setores. Os estudos de caso neste relatório e em outros documentos mostram que não existe uma receita mágica para iniciativas multisetoriais (Garrett e Natalicchio, 2011). Os programas específicos e relevantes para a nutrição, juntamente com mudanças nos determinantes subjacentes e um ambiente propício, tem, todos, papéis importantes a desempenhar. Quando se conjugam de maneira coerente, podem levar a melhorias significativas no nível de nutrição das pessoas. É essencial que os líderes nacionais e a comunidade do setor de nutrição possuam uma visão forte dos objetivos de nutrição que desejam atingir e um plano dirigido para sua obtenção. Mas o plano dirigido tem que ser aberto a todas as possíveis iniciativas e combinações delas.

O relatório usa uma estrutura simples de responsabilização para orientar seu trabalho. A estrutura está baseada em publicações recentes sobre a responsabilização pela nutrição (Kraak et al., 2014; te Lintel, 2014). O ciclo de responsabilização envolve a identificação de compromissos,

TABELA 1.1 AUDIÊNCIAS PARA ESTE RELATÓRIO: INDIVÍDUOS, ORGANIZAÇÕES E REDES

	Campeões	Aliados
Atuais	Focados na melhoria dos resultados de nutrição Dispostos e capazes de trabalhar com os que estão fora do setor de nutrição para melhorar o nível de nutrição Dispostos e capazes de demonstrar liderança em questões de nutrição	Já trabalham com campeões da nutrição em parcerias em que todos ganham, para desenvolver seus próprios objetivos setoriais dando maior atenção à nutrição
Futuros	A próxima geração de líderes da nutrição Alguns aliados atuais	Os que têm um interesse manifesto na melhoria do nível de nutrição, mas que podem não ter plena consciência disso

Fonte: Autores.

acompanhamento do progresso em função dos compromissos, determinação da responsabilização (os compromissos foram cumpridos?), compreensão do modo como as informações sobre responsabilização estão sendo usadas (por exemplo, para a alavancagem de novos compromissos) e a descrição de como os vários atores respondem à avaliação da responsabilização. No fim de cada capítulo são assinalados dados e lacunas de capacidade associadas que constituem barreiras às iniciativas necessárias.³

A estrutura conceitual está resumida na Figura 1.1.

O RELATÓRIO – DE DOCUMENTO A INTERVENÇÃO

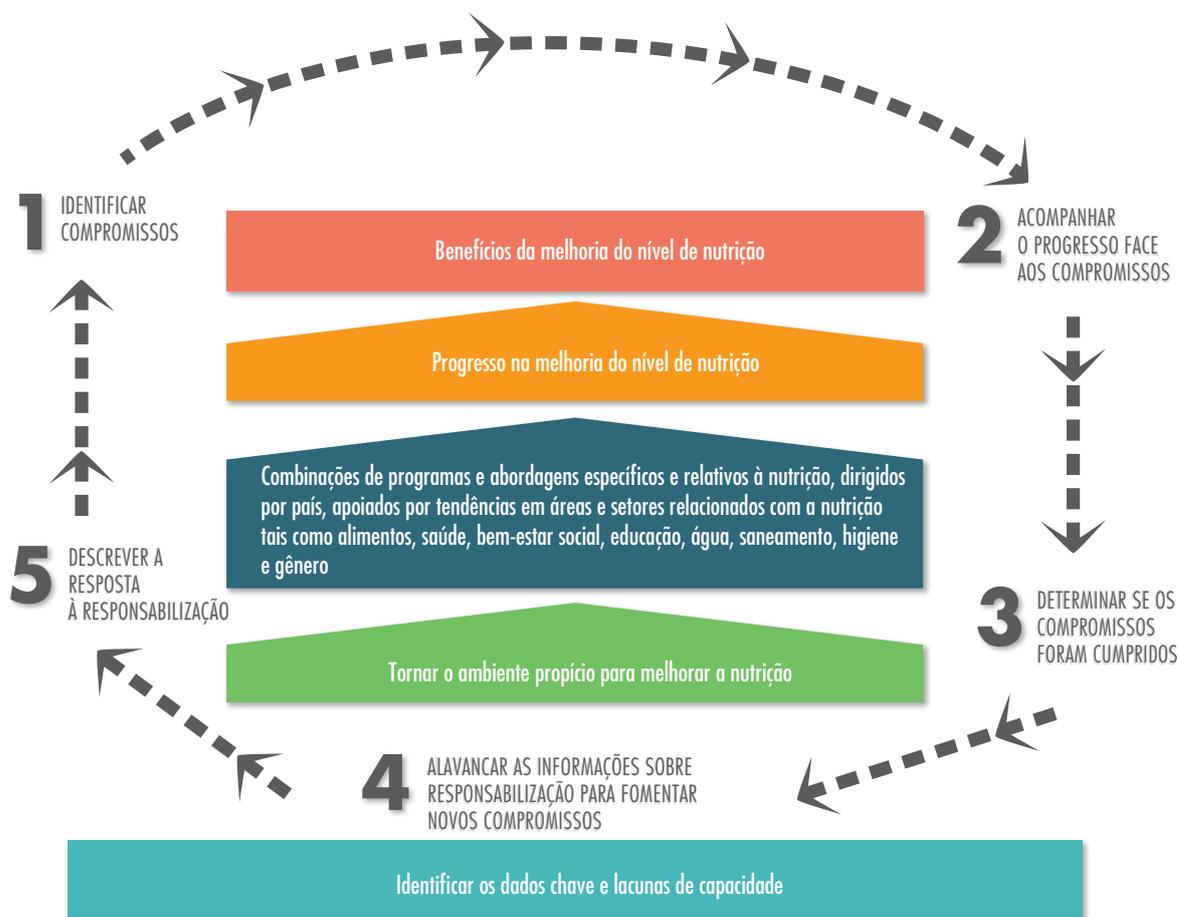
A análise de partes interessadas⁴, que foi realizada para dar forma ao objetivo e conteúdo do relatório, concluiu que ele deveria fazer, acima de tudo, quatro coisas: (1) ser uma intervenção ativa e não um simples relatório; (2) procurar constantemente dar apoio aos campeões da nutrição e a seus aliados em nível nacional; (3) focar todas as formas de

desnutrição, e não apenas a subnutrição e (4) apoiar os esforços de outros processos de comunicação da nutrição, em vez de duplicá-los ou concorrer com eles.

O relatório como intervenção

O objetivo deste relatório é ajudar a monitorar melhor o progresso de uma série de indicadores, programas, determinantes, políticas, legislação e recursos do nível de nutrição. O objetivo é reforçar a responsabilização pela nutrição e contribuir para melhorias mais rápidas no nível de nutrição. O relatório, identificando e acompanhando os compromissos, e determinando se eles são cumpridos, deve estimular e intensificar as iniciativas. Uma vez que serão publicados *Relatórios sobre a Nutrição Mundial* anualmente, as partes interessadas poderão entender melhor quem cumpre ou não seus compromissos e ajudá-los a cumprirem melhor esses compromissos no futuro.

FIGURA 1.1 ESTRUTURA CONCEITUAL DESTE RELATÓRIO



Fonte: Autores, com base em Kraak et al. (2014) e te Lintelo (2014).

Foco nas partes envolvidas em nível nacional

O atual compromisso mundial com a nutrição é, provavelmente, muito mais forte do que jamais foi. Os picos nos preços de alimentos de 2007–2008 chamaram a atenção do mundo para as consequências de longo prazo de choques generalizados.

A revista médica *The Lancet* publicou duas séries de artigos sobre a subnutrição materna e infantil, em 2008 e 2013, reunindo todas as informações conhecidas sobre a distribuição e as consequências da desnutrição, e sobre o que promove a boa nutrição.

O Movimento para Ampliação da Nutrição (SUN), iniciado em 2010, possui mais de 50 países ou membros em nível de estado e tem sido fundamental para estimular e manter os compromissos com a nutrição. O progresso na melhoria das deficiências de micronutrientes é lento, mas recebeu renovada atenção em nível mundial (como no *Índice Mundial da Fome 2014* [von Grebmer et al., 2014]). Os signatários do Pacto N4G em Londres, em 2013, prometeram mais de US\$ 4 bilhões em financiamento extra para a redução da subnutrição até 2020. O sobrepeso e a obesidade, que afetam entre um terço e metade dos adultos nos países de alta renda, também estão sendo mais priorizados na agenda mundial (Ng et al., 2014; Popkin, 2009; Keats e Wiggins, 2014).

O interesse global na desnutrição está sendo, cada vez mais, refletido em nível nacional e gerado por desafios sentidos nesse nível. Mas sem progresso em nível nacional, será difícil manter o interesse global. Este progresso a nível nacional dependerá dos campeões nacionais que assumem a liderança, dando cada vez maior destaque à nutrição na agenda de desenvolvimento, criando alianças entre setores e entre os governos central e local, realizando serviços e documentando o que funciona e o que não funciona. Este relatório – oferecendo acesso a dados e análises específicos dos países, apresentando esforços nacionais e ligando diretamente a um vasto grupo de campeões nacionais – procura apoiar o trabalho dos campeões nacionais em cada país.

Uma ferramenta essencial produzida juntamente com este relatório é um conjunto de perfis de nutrição dos países – um para cada um dos 193 estados membros da ONU. Estes perfis, que demonstram o escopo global do relatório, estão disponíveis em www.globalnutritionreport.org. Cada perfil de duas páginas inclui 84 indicadores em categorias que são consistentes com as diferentes seções do relatório.⁵

Foco em todas as formas de desnutrição

O mundo está testemunhando uma pandemia de sobrepeso e obesidade. Ao mesmo tempo o ônus das doenças em países de baixa e média renda está se deslocando de doenças transmissíveis para doenças não transmissíveis (Lim et al., 2012). As deficiências de micronutrientes continuam sendo uma preocupação; as taxas de anemia, por exemplo, não sofreram alteração apreciável há mais de 20 anos, e o mesmo acontece com as taxas de emaciação (OMS, 2014a).

Praticamente nenhum país está livre de desnutrição, e muitas famílias, comunidades e países lutam com todas essas formas de desnutrição ao mesmo tempo. Além disso, as diversas formas de desnutrição estão ligadas fisiológica, política e financeiramente.

Do mesmo modo que as famílias tem de lidar com elas simultaneamente, assim também devem fazê-lo as políticas e programas. O relatório descreve como os ônus da desnutrição se sobrepõem em cada país.

Um relatório que complementa outros em vez de concorrer com eles

A comunidade do setor de nutrição demorou quase 30 anos a se organizar e trabalhar além das fronteiras nacionais e institucionais. Este relatório procura enfatizar o excelente trabalho realizado por dezenas de organizações que compartilharam conosco dados nacionais dos países, e complementar seu trabalho associando-o ao trabalho de outros. Com isso esperamos gerar novos conhecimentos e identificar as lacunas que necessitam ser preenchidas. Em 2015 e 2016 serão publicados novos relatórios para ajudar a manter a pressão para uma ação eficaz sobre a nutrição, para orientar as iniciativas e responsabilizar os atores.

ESTRUTURA DO RELATÓRIO

O relatório está organizado do seguinte modo. O Capítulo 2, baseando-se em novas análises, assinala os retornos a um nível de nutrição melhorado e explora o grau de melhorias que são possíveis até 2025. O Capítulo 3 descreve as mudanças nos resultados do nível de nutrição, avalia o progresso mundial no cumprimento das metas da Assembleia Mundial da Saúde e analisa o progresso de cada país nos indicadores da AMS. O Capítulo 4 descreve como os países apresentam múltiplas formas de desnutrição e examina alguns padrões subnacionais críticos. O Capítulo 5 relata a cobertura de intervenções específicas da nutrição. O Capítulo 6 descreve alguns programas e abordagens relevantes para a nutrição, incluindo um foco mais abrangente sobre as tendências dos determinantes subjacentes. O Capítulo 7 foca o ambiente propício, recursos de acompanhamento, legislação, políticas e transformações institucionais. O Capítulo 8 explora maneiras de melhorar a responsabilização pela nutrição. É aqui que o progresso em relação aos compromissos de Nutrição para o Crescimento é avaliado. O Capítulo 9 reflete sobre as lacunas nos dados de nutrição e propõe algumas prioridades chave para iniciativas que reforcem a responsabilização e os dados. O relatório termina com algumas importantes mensagens e recomendações de iniciativas dirigidas a diferentes audiências em níveis nacional e mundial, dentro e além da comunidade do setor de nutrição.⁶

2 A NUTRIÇÃO É ESSENCIAL PARA UM DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

OS ESFORÇOS DESENVOLVIDOS PARA MELHORAR A NUTRIÇÃO DAS PESSOAS CONTRIBUÍRÃO PARA O PROGRESSO EM MUITAS ÁREAS DO DESENVOLVIMENTO

sustentável. A desnutrição persistente reflete uma falha do processo de desenvolvimento. Este capítulo assinala a importância do nível de nutrição para uma vasta gama de resultados de desenvolvimento.

Usando novos dados, evidências e análises, o capítulo ilustra também a possibilidade de atingir e exceder as metas de nutrição da Assembleia Mundial da Saúde (AMS), com taxas de progresso em iniciativas relevantes para a nutrição, que são exigentes, mas realistas.

A NUTRIÇÃO POSSUI ALTOS RETORNOS ECONÔMICOS E HUMANOS

Os custos da subnutrição e obesidade são cada vez melhor conhecidos (Tabela 2.1). Os custos humanos são altos em termos de mortalidade e morbidade evitáveis. Do mesmo modo, os custos econômicos também são elevados. Os valores totais do Produto Interno Bruto (PIB) na África e na Ásia são menos de 90% do que seriam na ausência de subnutrição e, na China, aproximadamente 95% do que seriam na ausência de obesidade.

Todos os estudos citados na Tabela 2.1 destacam a natureza conservadora de suas suposições e dos valores subestimados. Os futuros custos econômicos da obesidade para a China estão projetados em mais do dobro do atual – de 4% do Produto Nacional Bruto (PNB) NO ano 2000 para 9% do PNB em 2025 (Popkin et al., 2006). Ao contrário da China, muitos países, como a Indonésia, apresentam altas taxas de baixo peso, assim como de obesidade e, por isso, os custos de uma má nutrição são para eles ainda maiores do que as estimativas baseadas em um só ônus. É essencial que os países evitem este duplo ônus econômico e desenvolvam uma estratégia para reduzir a subnutrição, o sobrepeso e a obesidade ao mesmo tempo.

PONTOS CHAVE

1. Os custos humanos e econômicos de todas as formas de desnutrição são substanciais. As razões econômicas custo/benefício do investimento em intervenções que reduzam o atraso no crescimento das crianças são altamente competitivas com outros investimentos públicos.
2. A nutrição potencialmente pode ser um componente fulcral da agenda pós-2015, mas não podemos nos dar ao luxo de ser complacentes. Os argumentos em defesa da nutrição devem ser muito mais fortes.
3. Novos dados, experiências e análises dos países mostram que é possível um progresso rápido na redução da desnutrição.
4. As metas de nutrição dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030 devem ser significativamente mais ambiciosas do que simples extrapolações das metas da AMS para 2025. A comunidade do setor de nutrição deve criar metas para 2030 que sejam desafiantes, mas alcançáveis.

O corolário do custo da inação para melhorar a nutrição é o prêmio da ação. A Figura 2.1 apresenta a razão custo/benefício resultante de ampliar as intervenções específicas de nutrição para uma cobertura de 90% em termos de seu impacto no atraso no crescimento, em um grande número de países com altos níveis de atraso no crescimento. A análise baseia-se em uma suposição, segundo o modelo de nível de redução do atraso no crescimento de Bhutta et al. (2013a), de que a ampliação da escala de um pacote fundamental de intervenções levará a uma redução de 20% na taxa de atraso no crescimento.

A mediana da razão custo/benefício para atingir esta redução de 20% na taxa de atraso no crescimento é aproximadamente 16 para todos os 40 países. Em outras palavras, por cada dólar, rupia, birr ou peso investidos, na mediana, o valor de retorno é superior a 16. A razão da mediana para os 27 países da África subsaariana é 13.

Estas razões custo/benefício são competitivas com as razões custo/benefício geradas por investimentos globais na saúde, como descrito em Jamison et al. (2013) e Stenberg et al. (2014).¹ As razões estimadas também são mais altas

do que a estimativa da mediana das razões custo/benefício comunicadas para investimentos de grande escala em irrigação em 11 países da África subsaariana (You, 2008), para vários investimentos públicos rodoviários na Índia, Tailândia e Uganda (Fan et al., 2007), e para investimentos rodoviários na Bolívia e México (Gonzales et al., 2007).

A NUTRIÇÃO PRECISA ESTAR MAIS BEM POSICIONADA NOS ODS

Um nível de nutrição melhorado pode ter altos retornos econômicos, mas de que modo pode contribuir para a agenda do desenvolvimento sustentável? O presente debate sobre a agenda de desenvolvimento sustentável pós-2015 é fomentado pelas discussões sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A Tabela 2.2 resume as contribuições que as melhorias no nível de nutrição e seus esforços associados podem fazer para alcançar os ODS. Também existe uma troca recíproca no alcance dos ODS: o cumprimento dos ODS também deve ter impactos duradouros nos resultados de nutrição.

Apesar destas contribuições positivas, a comunidade do setor de nutrição não deve considerar como fato consumado

TABELA 2.1 OS CUSTOS HUMANOS E ECONÔMICOS DA DESNUTRIÇÃO

Tipo de custo	Subnutrição	Obesidade
Mortalidade	45% da mortalidade em crianças menores de cinco anos são atribuíveis à subnutrição (Black et al., 2013).	
Morbidade	As "deficiências nutricionais" são responsáveis por mais de 50% dos anos vividos com deficiências em crianças com quatro anos de idade e inferior (Vos et al., 2012). O baixo peso é o contribuinte número um para o ônus da doença na África subsaariana e o número quatro no Sul da Ásia (Lim et al., 2012).	Cada 5 kg/m ² extra de IMC aumenta em 52% o risco de câncer do esôfago, em 24% o risco de câncer do cólon, em 59% o risco de câncer do endométrio nas mulheres e em 59% o risco de câncer da vesícula biliar (vários países; Wang et al., 2011).
Rendimento escolar	A melhoria do crescimento linear de crianças menores de dois anos em um desvio padrão acrescenta cerca de meio grau ao rendimento escolar (vários países; em Adair et al., 2013).	
Produtividade perdida do mercado de trabalho	A prevenção da subnutrição na primeira infância leva a vencimentos horários 20% mais altos e salários 48% mais altos; a indivíduos com uma probabilidade 33% maior de escaparem à pobreza; e a mulheres com probabilidade 10% maior de terem seu próprio negócio (Guatemala; Hodinott et al., 2013). Um centímetro a mais na altura de um adulto corresponde a um aumento de 4,5% no salário (vários países; Horton e Steckel, 2011).	A obesidade leva a perdas de produtividade resultantes de absentismo e presentismo (custos indiretos) equivalentes a US\$ 668–US\$ 4.299/pessoa/ano nos EUA (Finkelstein et al., 2010).
Percentagem da renda nacional	A subnutrição reduz o PIB em cerca de 1,9% para o Egito, 16,5% para a Etiópia, 3,1% para a Suazilândia e 5,6% para Uganda (Comissão da União Africana et al., 2014). A Ásia e a África perdem 11% do PNB todos os anos devido à má nutrição (Horton e Steckel, 2013).	A obesidade reduziu o PNB da China em 3,58% em 2000 e reduzirá em 8,73% em 2025 (Popkin et al., 2006).
Custos incrementais dos cuidados de saúde ^a		A obesidade custa US\$ 475–US\$ 2.532/pessoa/ano nos EUA (Finkelstein et al., 2010). A obesidade custou 0,48% do PNB da China em 2000 e custará 0,50% em 2025 (Popkin et al., 2006). A obesidade custará £648 milhões/ano no Reino Unido em 2020 (Wang et al., 2011).
Estimativas do custo total		A obesidade custou 33 bilhões de euros/ano nos estados-membros da UE em 2002 (Fry e Finley, 2005).

Fonte: Como indicado na tabela.

^a Estes são custos diretos dos cuidados de saúde comparados com os custos dos cuidados de saúde de uma pessoa com um índice de massa corporal normal (IMC).

que a nutrição figurará adequadamente na estrutura de responsabilização dos ODS (Painel 2.1). Devemos ser defensores persuasivos.

O baixo perfil da nutrição na atual estrutura dos ODS suscita uma preocupação especial. Existem no total 169 projetos de metas: 109 sobre o que conseguir e 60 sobre como consegui-las. Apenas um dos 109 projetos de metas “o que conseguir” está diretamente relacionado com a desnutrição.

Meta 2.2, até o ano 2030 pôr fim a todas as formas de desnutrição, incluindo alcançar até 2025 as metas internacionalmente acordadas sobre o atraso no crescimento e a emaciação em crianças menores de cincoanos de idade e responder às necessidades nutricionais de meninas adolescentes, mulheres grávidas e lactantes,e pessoas idosas (Grupo de Trabalho Aberto sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, 2014.)

Nenhuma das 60 metas “como” está diretamente relacionada com a nutrição. A natureza abrangente da meta 2.2 sugere que a comunidade do setor de nutrição deve ficar mais envolvida no processo pós-2015, para posicionar a nutrição cuidadosa e estrategicamente na estrutura de responsabilização do desenvolvimento pós-2015. No mínimo, os campeões da nutrição dos governos e sociedades civis devem trabalhar em conjunto para incluir nas 169 metas, não só as metas relacionadas com o

atraso no crescimento e a emaciação, mas também as seis metas da AMS acordadas internacionalmente (consultar a Tabela 2.3).

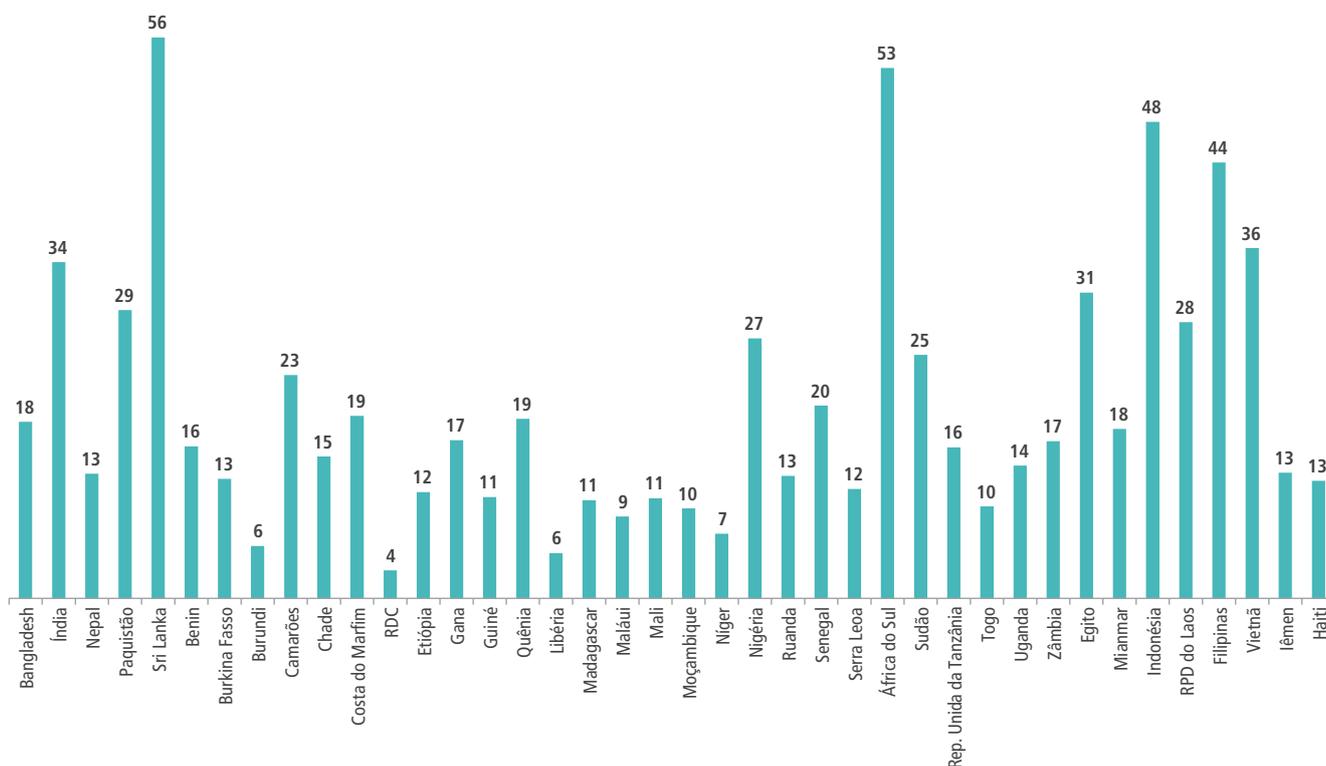
De que modo estas metas adicionais se integram nas metas dos ODS? Em primeiro lugar, a linguagem da meta 2.2 dos ODS sugere que ela pode incluir mais metas. Em segundo lugar, uma melhor abordagem poderia ser trabalhar com aliados para incluir indicadores de nutrição em outros objetivos e metas (Haddad, 2013). Ambas as abordagens devem ser exploradas. A Tabela 2.4 apresenta exemplos de metas propostas dos ODS nas quais podem ser incluídas metas de nutrição adicionais e estas representam áreas em que os campeões da nutrição devem intensificar seu envolvimento e seu apoio.

OS CALENDÁRIOS PARA MELHORAR A NUTRIÇÃO DEVEM SER MAIS AMBICIOSOS

A meta 2.2 dos ODS também necessita de dados mais específicos sobre as metas temporais além da meta de “pôr fim a todas as formas de desnutrição até 2030”. Estas metas dos ODS têm sido criticadas de maneira geral, por serem de tal modo não realistas que passam a ficar desprovidas de sentido para efeitos de responsabilização e a resultar em má orientação para as iniciativas (Horton, 2014). Mas o que são calendários realistas para melhorar a nutrição?

Como foi comentado, em 2012 os estados-membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) endossaram as seis metas

FIGURA 2.1 RAZÕES CUSTO/BENEFÍCIO DA AMPLIAÇÃO DA ESCALA DE INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DE NUTRIÇÃO PARA A REDUÇÃO DO ATRASO NO CRESCIMENTO EM PAÍSES SELECIONADOS



Fonte: Hoddinott et al. (2013) e estimativas adicionais dos países, dos autores, com base na metodologia de Hoddinott et al. (2013).

Nota: As razões custo:benefício são para a ampliação da escala de intervenções específicas de nutrição descritas em Bhutta et al. (2013a).

TABELA 2.2 COMO A NUTRIÇÃO PODE CONTRIBUIR PARA OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS) PROPOSTOS

ODS proposto	Contribuição da nutrição para o ODS proposto
1. Pôr fim à pobreza em todas as suas formas em todos os lugares	Evitar o atraso no crescimento em crianças menores de 36 meses de idade reduz a probabilidade de elas viverem em unidades familiares abaixo da linha de pobreza (Hoddinott et al., 2013). Um melhor nível de nutrição aumenta a produtividade e o salário dos adultos que fazem trabalho pesado.
2. Pôr fim à fome, conseguir segurança alimentar e melhoria da nutrição, e promover a agricultura sustentável	O aleitamento materno em ótimas condições e a alimentação complementar melhoram a segurança alimentar individual Progresso em dois indicadores da Assembleia Mundial da Saúde (AMS) – atraso no crescimento e emaciação – promove a segurança da nutrição. Foco no período anterior à gravidez e nos primeiros 1.000 dias após a concepção reduz o risco de baixo peso ao nascer e melhora o nível de nutrição das mulheres.
3. Assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos, seja qual for a idade	A desnutrição por deficiência de micronutrientes e o atraso no crescimento de meninas estão associados a subsequente mortalidade materna e baixo peso ao nascer. Quarenta e cinco por cento de todas as mortes de crianças menores de cinco anos estão associadas à subnutrição (Black et al., 2013). O atraso no crescimento está ligado ao eventual aparecimento de doenças não transmissíveis (DNT) e menor produtividade do adulto. A redução do sobrepeso e da obesidade contribuirão para reduzir as DNT. A boa nutrição está associada ao desenvolvimento saudável na primeira infância. A má nutrição aumenta a morbidade e a mortalidade resultantes de doenças infecciosas como a diarreia, malária, infecções respiratórias agudas, tuberculose e HIV/AIDS.
4. Assegurar educação de boa qualidade, inclusiva e equitativa, e promover oportunidades de aprendizagem durante toda a vida	O nível de nutrição das crianças nos primeiros 1.000 dias está associado à conclusão dos anos de ensino e ao bom desempenho escolar das crianças. Um bom nível de nutrição melhora a capacidade intelectual das crianças e adultos.
5. Atingir a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas	A melhoria do nível de nutrição das meninas, adolescentes e mulheres aumenta sua capacidade de bom desempenho na escola e no trabalho.
6. Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos	Melhoramentos nos resultados de nutrição ajudam a reforçar a necessidade de medidas relativas à água, saneamento e higiene, por serem determinantes críticos da nutrição.
7. Assegurar acesso a energia econômica, confiável, sustentável e moderna para todos	Menor mortalidade leva a menor fertilidade em longo prazo, reduzindo a pressão da população sobre os recursos ambientais.
8. Promover crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego total e produtivo, e trabalho decente para todos	A subnutrição reduz o PNB em pelo menos 8–11% (Horton e Steckel, 2011). A prevenção do atraso no crescimento leva a rendas mais altas.
9. Construir uma infraestrutura sólida, promover uma industrialização inclusiva e sustentável, e promover a inovação	Investir nos primeiros 1.000 dias das crianças melhora a conclusão do currículo escolar para apoiar a inovação.
10. Reduzir a desigualdade dentro de um país e entre países	A análise das taxas de atraso no crescimento em função dos quintis de riqueza demonstra como as desigualdades atuais se perpetuam em desigualdades futuras.
11. Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis	Menor mortalidade leva a menor fertilidade em longo prazo, reduzindo a pressão da população sobre os recursos ambientais.
12. Assegurar consumo e produção sustentáveis	A pesquisa de sistemas de alimentos e dietas sustentáveis pode oferecer estrutura e indicadores a este debate sobre políticas.
13. Ação urgente para combater as mudanças climáticas e seus impactos	Menor mortalidade leva a menor fertilidade em longo prazo, reduzindo a pressão da população sobre os recursos ambientais.
14. Conservar e usar de modo sustentável os oceanos, mares e recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável	n.a.
15. Proteger, restaurar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, etc.	n.a.
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para um desenvolvimento sustentável, acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas	Os esforços para reforçar a responsabilização pela nutrição podem ser exemplos de modelos intersetoriais.
17. Reforçar os meios de implementação e revitalizar a parceria mundial para um desenvolvimento sustentável	As políticas e planos de nutrição nacional desenvolvidos por arenas de múltiplas partes interessadas podem ser exemplos de modelos intersetoriais.

Fonte: Grupo de Trabalho Aberto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (2014) e os autores deste relatório.

Nota: Os ODS propostos listados são de julho de 2014. n.a. = não se aplica.

PAINEL 2.1 NUTRIÇÃO E OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – NÃO PODEMOS SER COMPLACENTES

MICHAEL ANDERSON

Enquanto continuam as discussões sobre a concepção dos próximos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) existe uma dinâmica crescente em torno de novos objetivos de nutrição. Em 2012 a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) completa – o organismo responsável pelas decisões da Organização Mundial da Saúde – estabeleceu um precedente significativo adotando seis metas de nutrição conhecidas como Metas Globais 2025 (OMS, 2012b). Ainda em 2012, o secretário-geral da ONU lançou o Desafio Fome Zero (ONU, 2014), que inclui um objetivo sobre atraso no crescimento. Em 2013 o Painel de Alto Nível da Agenda de Desenvolvimento Pós-2015 (2013) propôs um objetivo ilustrativo sobre segurança alimentar e boa nutrição, incluindo metas para a segurança alimentar, atraso no crescimento, emaciação e anemia. E três organismos regionais pan-africanos endossaram um objetivo incluindo “nutrição adequada para todos” (UNECA, 2013).

Há sinais positivos, mas ainda pode haver muita mudança antes de os estados-membros

da ONU acordarem os ODS finais em setembro de 2015. Uma vez que os ODS não são vinculáveis, sua eficácia resultará principalmente de sua capacidade de inspirar, entusiasmar e orientar. Para serem eficazes os objetivos terão de ser simples, claros e convincentes e terão de conduzir à ação. Aspirações vagas ou pormenores técnicos em excesso farão perder audiências e amortecer o ímpeto. Isto apresenta um desafio para a nutrição: termos como “atraso no crescimento” e “emaciação” não são bem compreendidos fora da comunidade de nutrição e saúde e, no entanto, vale a pena conservar estes termos devido a sua especificidade e poder analítico. Caberá à comunidade do setor de nutrição explicá-los em termos simples e convincentes.

Outro risco é que os objetivos de nutrição podem se perder numa longa lista de aspirações amplas. Em julho de 2014 o Grupo de Trabalho Aberto da ONU recomendou 17 objetivos e 169 metas, incluindo uma vasta gama de metas de produção de alimentos sustentável. As recomendações incluíam

apenas uma disposição sobre desnutrição que fazia referência a duas metas da AMS (sobre atraso no crescimento e emaciação em crianças menores de cinco anos de idade). Provavelmente este não é um mau resultado, desde que o mundo preste atenção aos detalhes das metas da AMS.

Um risco associado é que os ODS podem reduzir a boa nutrição simplesmente a uma questão de eliminar a fome, principalmente se os participantes da cúpula de setembro de 2015 estiverem procurando objetivos com máximo apelo político. A fome é compreendida em todos os lugares. Infelizmente, a ideia de que a nutrição é simplesmente uma questão de acesso a uma quantidade suficiente de alimentos continua a ser um dos mitos mais obstinados que impede que os líderes políticos criem boas políticas. Em vez disso, a nutrição deve ser vista como a necessidade de nutrientes adequados na hora certa, juntamente com cuidados de saúde e proteção social mais robustos, especialmente durante a gravidez e os primeiros dois anos de vida.

globais da AMS para melhorar a nutrição materno-infantil até 2025 (OMS, 2014a). A lógica para a seleção destes seis indicadores e a definição de suas metas está descrita em de Onis et al. (2013).² O Capítulo 3 mostrará que o mundo não está em vias de cumprir nenhum dos seis objetivos da AMS. Tendo em conta esta falta de progresso, as metas para 2030 devem ser uma extrapolação das metas para 2025? Por outras palavras, desde 2012 surgiu alguma nova informação que desafiasse

nosso senso do ritmo de progresso?

Argumentamos que vários fatores devem tornar todos mais ambiciosos sobre cumprir e exceder algumas das metas da AMS até 2025 e, portanto, mais ambiciosos em relação às metas dos ODS para 2030.

Primeiro, o Governo da Índia produziu uma nova pesquisa nacional sobre crianças. A OMS e a UNICEF ainda não analisaram

TABELA 2.3 METAS DE NUTRIÇÃO DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE

Meta da AMS	Ano(s) da linha de base	Nível da linha de base	Meta para 2025
40% de redução no número de crianças menores de cinco anos com atraso no crescimento	2012	162 milhões	~100 milhões
50% de redução de anemia em mulheres em idade reprodutiva (grávidas e não grávidas)	2011	29%	15%
30% de redução de baixo peso ao nascer	2008–2012	15%	10%
Não houve aumento do sobrepeso infantil	2012	7%	7%
Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses até pelo menos 50%	2008–2012	38%	50%
Reduzir e manter a emaciação infantil em menos de 5%	2012	8%	<5%

Fonte: OMS (2014a).

PAINEL 2.2 ALGUNS NOVOS DADOS DA ÍNDIA: E SE?

LAWRENCE HADDAD, KOMAL BHATIA E KAMILLA ERIKSEN

O governo da Índia está em vias de divulgar sua Pesquisa Rápida sobre Crianças (RSOC) para 2013–2014. Esta nova pesquisa nacional, abrangendo os 29 estados da Índia, baseia-se em dados recolhidos pelo Ministério para o Desenvolvimento de Mulheres e Crianças em parceria com a UNICEF Índia. O governo disponibilizou estimativas preliminares para serem utilizadas neste *Relatório sobre a Nutrição Mundial*. A seguir encontram-se resumos de importantes estatísticas comparados com a pesquisa nacional mais recente para a Índia

na base de dados da OMS, “Global Database on Child Growth and Malnutrition”: the 2005–2006 National Family Health Survey (NFHS-3). Aqui estão indicados apenas os dados para crianças menores de cinco anos de idade.¹

A taxa de redução anual média do atraso no crescimento (de 47,9% para 38,8% em oito anos) é 2,6% – abaixo da meta da Índia de 3,7%, mas bem acima da taxa de 1,7% estimada com base em pesquisas anteriores. Uma vez que a Índia tem uma população tão grande e uma alta prevalência de atraso no crescimento, esta taxa de mudança

afeta significativamente os valores globais. As comparações entre as duas pesquisas também mostram reduções na emaciação. O aumento nas taxas de aleitamento materno exclusivo de 46,4% para 71,6% em oito anos representa uma taxa anual média de aumento de 5,5% – muito mais alta do que a taxa necessária para cumprir a meta da AMS para a Índia para 2025 (1,5%). De fato, se os números preliminares forem mantidos, em 2025 a Índia terá ultrapassado largamente sua meta de aleitamento materno exclusivo da AMS de 57%.

RESUMO DAS ESTATÍSTICAS DE DUAS PESQUISAS SOBRE NUTRIÇÃO DE CRIANÇAS NA ÍNDIA

Indicador	2005–2006 NFHS	2013–2014 RSOC	Mudança
Atraso no crescimento em crianças menores de cinco anos de idade (%)	47,9	38,8	-9,1
Emaciação em crianças menores de cinco anos de idade (%)	20,0	15,0	-5,0
Atraso no crescimento em crianças menores de cinco anos de idade, população total afetada (milhares)	58.167	43.759	-14.408
Emaciação em crianças menores de cinco anos de idade, população total afetada (milhares)	24.287	16.917	-7.370
Aleitamento materno exclusivo de bebês com menos de seis meses de idade (%)	46,4	71,6	25,2

Fonte: Autores, baseados em dados da Índia, Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar (2009) e uma comunicação pessoal de L.-G. Arsenaault, representante da UNICEF Índia, 27 de agosto de 2014.

os dados e metodologias da pesquisa, portanto, os resultados desta não aparecem ainda na base de dados da OMS “Global Database on Child Growth and Malnutrition”, mas se as taxas de subnutrição finalizadas forem próximas das taxas preliminares comunicadas, elas devem nos dar mais otimismo sobre nossa

capacidade de cumprir os objetivos mundiais da AMS (Painel 2.2).

Segundo, existe uma nova pesquisa de todo o estado de Maharashtra na Índia (Haddad et al., 2014). No estudo de caso de Maharashtra (Painel 2.3) demorou apenas sete anos para reduzir em um terço o atraso no crescimento, de 36,5% para

TABELA 2.4 ONDE AS METAS DE NUTRIÇÃO PODEM SER INTEGRADAS COM AS 169 METAS DOS ODS

Meta de nutrição	Onde a meta de nutrição pode ser integrada com as metas dos ODS
Reduzir o baixo peso ao nascer (meta da AMS) Reduzir a anemia em mulheres em idade reprodutiva (meta da AMS) Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo (meta da AMS)	Meta 3.2: “até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos”
Prevenir o aumento de sobrepeso em crianças menores de cinco anos (meta da AMS)	Meta 3.4: “até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura resultante de DNT através de prevenção e tratamento”
Aumentar a cobertura de intervenções específicas da nutrição	Meta 3.8: “atingir cobertura universal da saúde”
Aumentar a cobertura de intervenções relevantes para a nutrição	Meta 1.3: “implementar em nível nacional medidas de proteção social apropriadas para todos e até 2030 conseguir cobertura substancial dos pobres e vulneráveis” Meta 6.1: “até 2030 conseguir acesso universal e equitativo à água potável segura e econômica para todos” Meta 6.2: “até 2030 conseguir acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos e pôr fim à defecação ao ar livre”
Melhorar o ambiente propício	Meta 5.5 “assegurar a participação total e eficaz das mulheres e igualdade de oportunidades de liderança a todos os níveis de tomada de decisões na vida política, econômica e pública” Meta 10.3: “assegurar igualdade de oportunidades e reduzir desigualdades nos resultados”, tais como atraso no crescimento por quintil de riqueza.

Fonte: Grupo de Trabalho Aberto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (2014) e os autores deste relatório.

PAINEL 2.3 COMO MAHARASHTRA REDUZIU O ATRASO NO CRESCIMENTO DAS CRIANÇAS?

LAWRENCE HADDAD

Maharashtra, um dos estados mais ricos da Índia, conseguiu reduzir a proporção de crianças menores de cinco anos de idade afetadas por atraso no crescimento de 36,5% para 24% entre 2005–2006 e 2012, isto é, uma taxa anual de mais de 2,0% (equivalente a uma taxa de redução anual média de 5,8%). O que determinou este rápido melhoramento na nutrição das crianças? Um estudo recente de uma mistura de métodos¹ abordou esta questão e descobriu o seguinte (Haddad et al., 2014):

- O ambiente propício à redução de atraso no crescimento era favorável. Maharashtra, que já era um estado rico, publicou taxas de crescimento econômico e de redução da pobreza mais altas do que a média da Índia. Sua governança, em termos de transparência, esforços anticorrupção e prestação de serviços não era nem a melhor, nem a pior da Índia.
- Os determinantes subjacentes ajudaram razoavelmente: o nível de tomada de decisões pelas mulheres, no lar e fora dele, era alto; o Sistema Público de Distribuição (SPD), que distribui alimentos subsidiados a pessoas pobres, foi afetado por perdas

ligeiramente menores do que a média de toda a Índia; e as taxas de educação feminina eram altas e estavam subindo. Contudo existiam vulnerabilidades, com fraco crescimento agrícola, ainda altos níveis de perdas do SPD e altos níveis de defecação ao ar livre.

- As despesas com a nutrição dobraram a partir de um nível baixo e as vagas entre os trabalhadores da linha da frente do esquema de Serviços Integrados de Desenvolvimento da Criança (SIDC) reduziram dramaticamente.
- A redução no atraso no crescimento foi generalizada e maior – em termos absolutos e proporcionais – para os menos abastados, menos alfabetizados e os que tinham pior acesso melhor a fontes de água.
- Os determinantes que melhoraram mais entre as duas pesquisas foram a idade da mãe no primeiro parto, baixo peso materno, alfabetização materna, cobertura de visitas pré-natais, parto na presença de parteiras, práticas de alimentação infantil e acesso aos SIDC.

- A Missão de Nutrição do estado foi considerada como um sinal de alto comprometimento político com a melhoria da nutrição e ajudou a coordenar diferentes setores em nível de aldeias e políticas.

De um modo geral as três abordagens de pesquisa usadas no estudo se conjugaram para levar a três conclusões principais:

- A grande redução nas taxas de atraso no crescimento foi devido a melhorias em uma vasta gama de determinantes e algumas dessas melhorias foram bastante modestas.
- As reduções nos determinantes não foram tão fortes ou abrangentes que o caso de Maharashtra devesse ser considerado excepcional – outros estados da Índia e outros países poderiam ter atingido reduções semelhantes.
- As reduções no atraso no crescimento em Maharashtra foram impressionantes, mas levaram 10 anos a se concretizar e exigiram um comprometimento constante por parte do governo e da sociedade civil.

24,0%, uma taxa anual média de redução de 5,8%. A redução no atraso no crescimento resultou de uma combinação de intervenções específicas de nutrição, melhoria do acesso a alimentos e à educação, e reduções na pobreza e fertilidade. A experiência de Maharashtra demonstra a importância de abordar o atraso no crescimento infantil atuando em uma vasta gama de níveis e setores.

Terceiro, novas projeções baseadas em um modelo relacionando as taxas de atraso no crescimento com os determinantes subjacentes também mostram que deve ser possível cumprir e até exceder as metas da AMS, alcançando aumentos difíceis, mas realistas, dos níveis daqueles determinantes (Painel 2.4).

Quarto, na África subsaariana – a região onde as taxas de subnutrição reduziram mais lentamente – o Fundo Monetário Internacional comunica em 2014 que se espera um aceleramento das perspectivas de crescimento econômico em 2014–2016 e que a capacidade de cobrar impostos também está aumentando (FMI, 2014). Não está claro se este crescimento continuará na próxima década, mas a redução da subnutrição é mais fácil no contexto de crescimento econômico e aumento das receitas fiscais – embora estas condições apresentem desafios para a capacidade de controlar o sobrepeso e a obesidade (Ruel e

Alderman, 2013, Headey, 2013).

Finalmente, o crescente ímpeto para iniciativas criado por eventos recentes e futuros deve nos tornar mais otimistas sobre a aceleração das melhoras do nível de nutrição. O que contribuiu para este ímpeto inclui o crescimento do Movimento SUN, a conferência Nutrição para o Crescimento em Londres em 2013, a Segunda Conferência Internacional sobre Nutrição em Roma em 2014 e o evento subsequente de alto nível da nutrição planejado para as Olimpíadas do Rio de Janeiro em 2016.

Em conjunto, estas considerações sugerem que os objetivos de 2030 não devem, portanto, ser apenas extrapolações para cinco anos dos valores habituais das metas da AMS para 2025. Eles devem ser muito mais ambiciosos do que isso.³

PAINEL 2.4 A MELHORIA DOS DETERMINANTES SUBJACENTES DA NUTRIÇÃO PODE AJUDAR A CUMPRIR AS METAS DA AMS?

LISA SMITH E LAWRENCE HADDAD

O que seria necessário para atingir a meta da AMS de reduzir em 40% o número de crianças com atraso no crescimento até 2025 – equivalente a uma prevalência de cerca de 15% com base nas projeções populacionais atuais? Ou ir além dessa meta? As mudanças necessárias são realistas ou até mesmo possíveis?

Examinamos esta questão usando modelos de estudo dos efeitos de mudanças em seis determinantes subjacentes do atraso no crescimento: acesso a melhor água, acesso a melhor saneamento, matrícula escolar feminina em escolas secundárias, igualdade de gênero representada pela razão da expectativa de vida das mulheres e homens, energia dietética proporcionada

e a parcela de energia dietética proporcionada resultante de alimentos não básicos (Smith e Haddad, 2014). Com base em uma amostra de 116 países em vias de desenvolvimento entre 1970 e 2012, usamos um modelo de regressão¹ para prever a prevalência do atraso no crescimento com vários níveis diferentes dos seis determinantes.

A primeira tabela descreve três cenários para os 116 países. O cenário 1 pressupõe os níveis de 2010 dos seis motores subjacentes e estes níveis preveem uma prevalência do atraso no crescimento praticamente idêntica à sua prevalência real (29%). O cenário 2 mostra o que é necessário, em termos de níveis de determinantes, para atingir a meta da AMS de 15% de atraso no crescimento até 2025.

O cenário 3 reflete os níveis necessários para reduzir a proporção de crianças com atraso no crescimento para menos de 10%. É difícil conseguir atingir estes níveis de determinantes, mas alguns países de baixa e média renda já conseguiram atingi-los.²

Com que rapidez seria necessário melhorar estes determinantes? A segunda tabela mostra as taxas de aumento dos seis determinantes subjacentes durante o período 2000–2010, assim como as taxas necessárias para atingir os cenários 2 e 3.

Com exceção da igualdade da expectativa de vida, as taxas de aumento dos fatores subjacentes necessárias para atingir o cenário 2 não são irrealistas, quando comparadas com o desempenho histórico recente. As taxas

necessárias para atingir o cenário 3 são mais altas do que foram nos anos recentes. Contudo, esta análise não leva em consideração nenhuma ampliação das intervenções críticas específicas de nutrição. Se essas intervenções forem ampliadas e suas eficácias melhoradas, o potencial para exceder a meta da AMS em nível mundial aumenta significativamente.

NÍVEIS DE DETERMINANTES SUBJACENTES NECESSÁRIOS PARA ATINGIR E EXCEDER A META DA AMS PARA A REDUÇÃO DO ATRASO NO CRESCIMENTO

Determinante subjacente	Cenário 1: Situação em 2010	Cenário 2: Meta da AMS para 2025	Cenário 3: Além da meta da AMS
Melhor acesso a fontes de água (%)	86	98	98
Melhor acesso a instalações de saneamento (%)	56	75	90
Matrícula feminina no ensino secundário (%)	67	98	98
Razão da expectativa de vida das mulheres e homens	1,05	1,06	1,07
Energia dietética proporcionada per capita (kcal)	2.686	2.905	2.930
Parcela de energia dietética proporcionada proveniente de alimentos não básicos (%)	43	48	54
Prevalência prevista do atraso no crescimento (%)	29,2	15,0	9,9

Fonte: Os autores deste painel.

TAXAS DE DETERMINANTES SUBJACENTES NECESSÁRIOS PARA ATINGIR E EXCEDER A META DA AMS PARA A REDUÇÃO DO ATRASO NO CRESCIMENTO

Determinante subjacente	% de aumento anual do determinante subjacente		
	2000–2010 (atual)	Para atingir o cenário 2 entre 2010 e 2025 (atraso no crescimento 15%)	Para atingir o cenário 3 entre 2010 e 2025 (atraso no crescimento <10%)
Melhor acesso a fontes de água (%)	0,95	0,92	0,92
Melhor acesso a instalações de saneamento (%)	2,21	2,28	4,07
Matrícula feminina no ensino secundário (%)	2,87	3,11	3,11
Razão da expectativa de vida das mulheres e homens	0,019	0,049	0,110
Energia dietética proporcionada per capita (kcal)	0,48	0,54	0,61
Parcela de energia dietética proporcionada proveniente de alimentos não básicos (%)	0,86	0,81	1,74

Fonte: Os autores deste painel.

LACUNAS DE DADOS

1. São necessários dados sobre os indicadores da robustez dos sistemas de saúde em nível de país.

3 O PROGRESSO ALCANÇADO RELATIVAMENTE ÀS METAS DE NUTRIÇÃO DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE É LENTO DEMAIS

ESTE CAPÍTULO AVALIA O PROGRESSO EM TERMOS DAS SEIS METAS DE NUTRIÇÃO DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE (MAS): REDUÇÃO DO atraso no crescimento de crianças, redução de anemia em mulheres em idade reprodutiva, redução de baixo peso ao nascer, prevenção do agravamento do sobrepeso infantil, aumento do aleitamento materno exclusivo de bebês e redução da emaciação de crianças.¹ Primeiro, fazemos um resumo do progresso em nível mundial. Segundo, exploramos o progresso dos seis indicadores da AMS de cada país. Terceiro, avaliamos o progresso do país para quatro dos seis indicadores relativamente à meta mundial da AMS.²

PROGRESSO MUNDIAL PARA ALCANÇAR AS METAS DA AMS

A Tabela 3.1 mostra as metas e a extensão do progresso mundial relativamente a essas metas. Para o atraso no crescimento e o aleitamento materno exclusivo, o progresso é modesto. Contudo, para a anemia, baixo peso ao nascer e emaciação, os valores mundiais estão estáticos e as taxas de sobrepeso em crianças menores de cinco anos de idade estão aumentando.

Os números totais são constituídos por países. Como avaliar o progresso dos países? A última coluna da Tabela 3.1 também mostra que quase um quinto dos países estão acima da taxa de redução do atraso no crescimento necessária para atingir a meta mundial. Para o caso do sobrepeso em crianças menores de cinco anos, metade de todos os países que possuem dados mostra taxas em decréscimo. Para o aleitamento materno exclusivo, mais de metade dos países estão aumentando suas taxas mais rapidamente do que a taxa mundial. E muito mais de metade dos países que possuem dados de emaciação mostram redução.

PONTOS CHAVE

1. Em termos mundiais, não estamos em vias de cumprir todas as seis metas de nutrição da AMS. Existe um progresso mundial modesto no atraso no crescimento e no aleitamento materno exclusivo, mas pouco progresso no sobrepeso, emaciação, baixo peso ao nascer e anemia.
2. Em termos de países, as taxas de progresso e regressão no cumprimento das metas da AMS variam muito entre países e indicadores.
3. Atualmente só é possível avaliar o progresso de um país em relação ao cumprimento das metas da AMS para quatro dos seis indicadores (atraso no crescimento, emaciação, sobrepeso e anemia).
4. Dos 99 países que possuem dados sobre os quatro indicadores da AMS, um país está em vias de cumprir todas as quatro metas, 24 estão em vias de cumprir duas ou mais metas, 44 estão em vias de cumprir somente uma meta e 31 não estão em vias de cumprir nenhuma das metas. Não existe um padrão regional sólido para as taxas de progresso.
5. Atualmente, 22 dos 109 países com dados disponíveis estão em vias de cumprir a meta de redução do atraso no crescimento; 59 dos 123 países estão em vias de cumprir a meta de redução da emaciação; 31 dos 107 países estão em vias de cumprir a meta de redução do sobrepeso em crianças menores de cinco anos de idade; e 5 dos 185 países estão em vias de cumprir a meta de redução da anemia. Precisamos saber mais sobre as razões por que apenas 5 países estão em vias de cumprir a meta da anemia.
6. Dos 94 países que tem falta de dados de acompanhamento das metas da AMS, 38 ficam na Europa e 1 fica na América do Norte. Estes países devem se esforçar muito mais para alinhar seus relatórios com as metas da AMS e, de um modo geral, com os esforços de nutrição mundiais.
7. O escopo para aprender com os países que estão mostrando bom progresso é grande. São necessários mais estudos de alta qualidade dos países.

PROGRESSOS REGIONAL E NACIONAL EM NÍVEL DE PAÍSES DOS INDICADORES DA AMS

A última coluna da Tabela 3.1 sugere uma variação significativa do progresso dos países em termos de indicadores da AMS. Os gráficos a seguir assinalam esta variação.

Atraso no crescimento

O atraso no crescimento infantil³ está declinando na grande maioria dos países (Figura 3.1). Na maioria dos casos, quanto maior a prevalência, menor a taxa anual média de redução.⁴ Dezenove países apresentam uma taxa anual média de redução negativa, com a Somália apresentando o pior prognóstico. Seis países têm uma taxa anual média de redução superior a 2%, apesar de terem taxas de atraso no crescimento de mais de 40% (Bangladesh, Camboja, Etiópia, Nepal, Iêmen e Zâmbia). Este progresso é impressionante, dadas as altas prevalências.

Sobrepeso

A Figura 3.2 mostra onde as taxas de redução de sobrepeso infantil⁵ estão sendo reduzidas e onde não estão. No que se refere ao atraso no crescimento infantil, as taxas de redução

de sobrepeso infantil têm tendência a serem mais altas quando a prevalência é menor.

Emaciação

A Tabela 3.2 apresenta as mudanças nas taxas de emaciação⁶ para as duas últimas estimativas de pesquisas nacionais disponíveis, estratificadas em função de a taxa de emaciação da primeira pesquisa ser superior ou inferior à meta de 5% da AMS. Para 76 países a taxa é constante ou decrescente e para 51 países a taxa é crescente. Os países do canto superior esquerdo da Tabela 3.2 enfrentam desafios especiais: eles possuem taxas de emaciação superiores a 5% e elas estão aumentando.

Aleitamento materno exclusivo

Como indica a Figura 3.3, as três regiões da ONU da África, Ásia, e América Latina e Caribe apresentam taxas semelhantes para o aleitamento materno exclusivo;⁷ todas elas estão ao nível da média mundial de 41%.⁸

Enquanto que algumas sub-regiões e países individuais mostraram um progresso significativo, em particular a Ásia Ocidental com quase o triplo da taxas - embora a partir

TABELA 3.1 PROGRESSO NA OBTENÇÃO DAS METAS GLOBAIS DA AMS

Meta da AMS	Ano(s) da linha de base	Nível da linha de base	Meta para 2025	Taxa anual média mundial de mudança necessária	Em vias de serem cumpridas a nível mundial?	Comentários	Número de países acima e abaixo da taxa de mudança necessária a nível mundial
ATRASO NO CRESCIMENTO 40% de redução no número de crianças menores de cinco anos com atraso no crescimento ^a	2012	162 milhões	~100 milhões (prevalência de ~15%)	TAMR 3,90%	Não	À taxa atual são estimados 130 milhões até 2025 (redução de 20%)	TAMR igual ou superior à taxa necessária: 21 países TAMR inferior à taxa necessária: 89 países
ANEMIA 50% de redução de anemia em mulheres em idade reprodutiva	2011	29%	15%	TAMR 5,20%	Não	Muito pouco movimento (era 32% no ano 2000)	TAMR igual ou superior à taxa necessária: 5 países TAMR inferior à taxa necessária: 180 países
BAIXO PESO AO NASCER 30% de redução de baixo peso ao nascer	2008–2012	15%	10%	TAMR 2,74%	Não	Pouco progresso a nível mundial	
SOBREPESODE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS Não houve aumento do sobrepeso infantil	2012	7%	7%		Não	A trajetória ascendente não está verificada	TAMR constante ou decrescendo: 50 países TAMR aumentando: 51 países
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses até pelo menos 50%	2008–2012	38%	50%	TAMA 2,11%	Não	A taxa era 37% em 2000 e 41% em 2012	TAMA igual ou superior à taxa necessária: 59 países ^b TAMA inferior à taxa necessária: 48 países
EMACIAÇÃO Reduzir e manter a emaciação infantil em menos de 5%	2012	8%	<5%		Não	Ausência de progresso (era 8% a nível mundial em 2013) ^c	Taxa de emaciação constante ou decrescendo: 76 países Taxa de emaciação aumentando: 51 países (consultar a Tabela 3.2)

Fonte: Autores, adaptado de dados da OMS (2014a).

Nota: TAMR = Taxa anual média de redução. TAMA = Taxa anual média de aumento.

^a Para mais informações sobre os métodos em que se baseia a meta da AMS de atraso no crescimento, consultar de Onis et al. (2013).

^b Estes são valores de TAMA estimados pela equipe que redigiu o relatório, com base nas duas últimas estimativas disponíveis para o aleitamento materno exclusivo na UNICEF (2014e). Neste momento não estão disponíveis valores formais de TAMA da UNICEF/OMS.

^c Este valor é da UNICEF, OMS e do Banco Mundial (2014).

de uma base baixa, a maior parte das sub-regiões indicou um crescimento somente lento a modesto. Além disso, as mudanças na Ásia Ocidental estão sendo impulsionadas por tendências no aleitamento materno na Turquia; na maior parte dos outros países da região as taxas de aleitamento exclusivo permaneceram relativamente inalteradas ou até mesmo caíram. Contudo, vários países como Bangladesh, Brasil (consultar o Painel 7.5 do Capítulo 7), Cuba e Togo enfatizam o fato de ser possível um rápido progresso.

Baixo peso ao nascer

Os bebês com baixo peso ao nascer⁹ correm um risco aumentado de morbidade e mortalidade. Como a Figura 3.4 indica, o baixo peso ao nascer afeta todas as regiões do mundo (por exemplo, as taxas na América do Norte e do Sul são muito semelhantes) mas a taxa no Sul da Ásia é de longe a mais alta. Neste momento não é possível apresentar dados de tendências críveis.¹⁰

Anemia

A prevalência de anemia¹¹ em mulheres em idade reprodutiva é superior a 15% em todas as sub-regiões do mundo, com exceção da América do Norte (Figura 3.5). As taxas na Europa

são semelhantes às da América Central e do Sul. As taxas são mais altas no Sul da Ásia, África Ocidental e África Central.

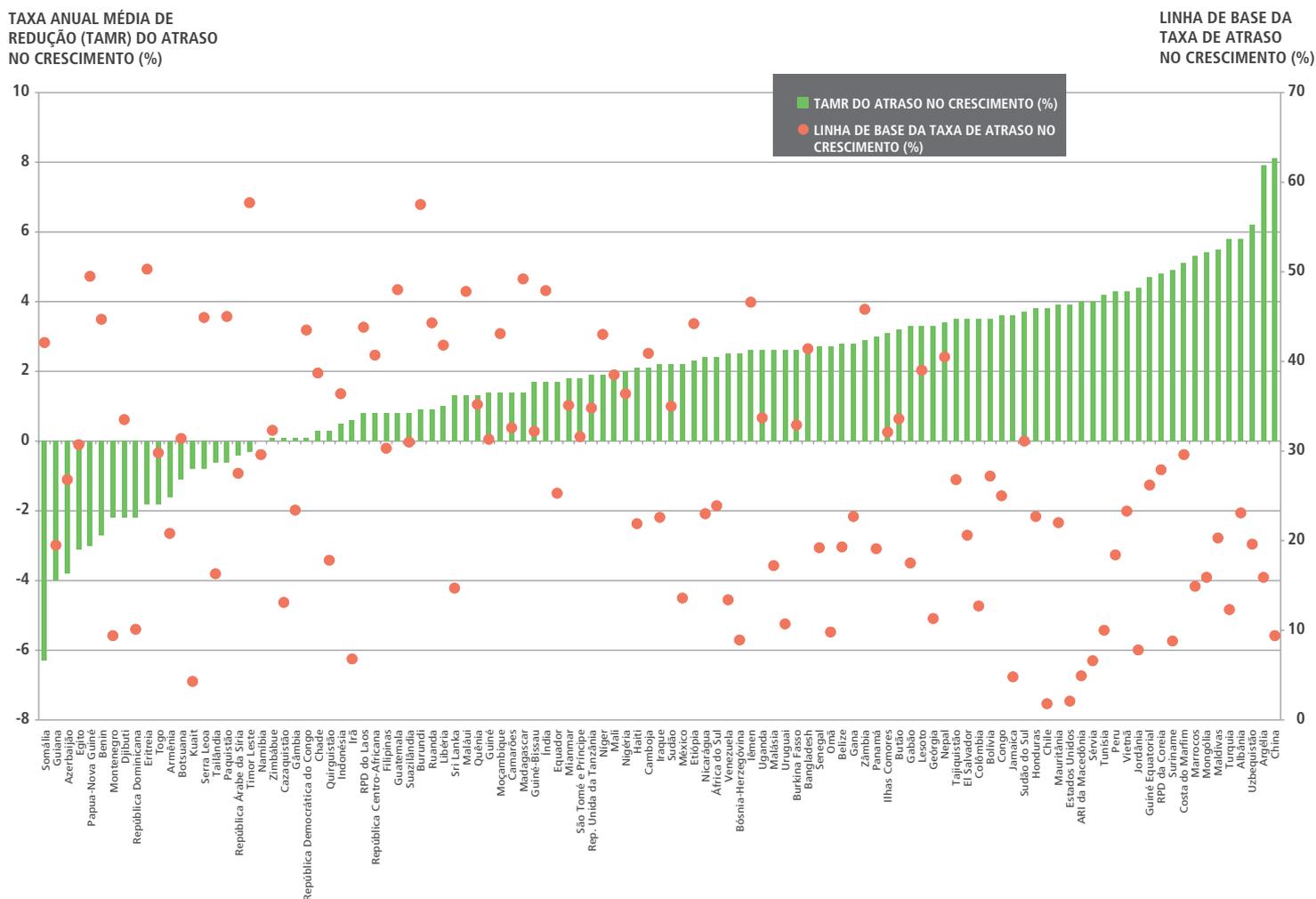
Concluindo, os níveis e tendências dos indicadores de desnutrição variam muito de país para país. E, apesar disso, ainda se sabe muito pouco sobre as razões por que alguns países são pioneiros e outros não. São necessários mais estudos de caso de alta qualidade – semelhantes aos estudos de caso de uma faculdade de administração – para que se possa ter uma imagem completa e crítica das razões por que alguns lugares progrediram enquanto outros não.

QUANTOS PAÍSES ESTÃO EM VIAS DE CUMPRIR AS METAS GLOBAIS DA AMS?

As metas globais tem que ser traduzidas para metas nacionais específicas para o contexto, levando em consideração os níveis e tendências atuais, tendências dos fatores de risco, mudanças demográficas, experiência de desenvolvimento e implementação de políticas de nutrição, grau de desenvolvimento do sistema de saúde e experiência anterior com intervenções (de Onis et al., 2013).

Serão naturalmente os países que terão de estabelecer metas nacionais para ajudá-los a realizar as políticas e

FIGURA 3.1 LINHA DE BASE DA TAXA DE ATRASO NO CRESCIMENTO E REDUÇÃO ANUAL DO ATRASO NO CRESCIMENTO



Fonte: UNICEF, OMS e Banco Mundial (2014).

Nota: Os anos referentes à linha de base cobrem de 2005 a 2013.

programas nacionais e calcular o nível de recursos necessário para sua implementação. Por consequência, esta seção não propõe metas de países. Em vez disso perguntamos: se as metas globais fossem aplicadas país por país, quantos países estariam em vias de contribuir para as metas globais da AMS?

Para responder a esta pergunta usamos dados da mais recente base de dados conjunta mundial da UNICEF/OMS/BM (UNICEF, OMS e Banco Mundial, 2014) e estimativas da OMS sobre as taxas de mudança dos indicadores de cada país necessárias para cumprir a meta mundial aplicada a cada um deles (OMS, 2014). Em seguida aplicamos regras propostas pela OMS (2014a) para determinar se um país está ou não em vias de cumprir as metas globais da AMS (Tabela 3.3).¹²

Dos 99 países que possuem dados sobre todos os quatro indicadores da AMS para os quais existem regras (atraso no crescimento, emaciação, sobrepeso e anemia), apenas um – a Colômbia – está em vias de cumprir as quatro metas até 2025, enquanto 31 países não estão em vias de cumprir nenhuma das quatro metas (Figura 3.6).¹³

É encorajador que mais de dois terços de todos os países que possuem dados sobre todos os quatro indicadores cumprirão pelo menos um objetivo. Os países africanos representam cerca de 50% dos países dos grupos em vias de cumprir zero, uma e duas metas.

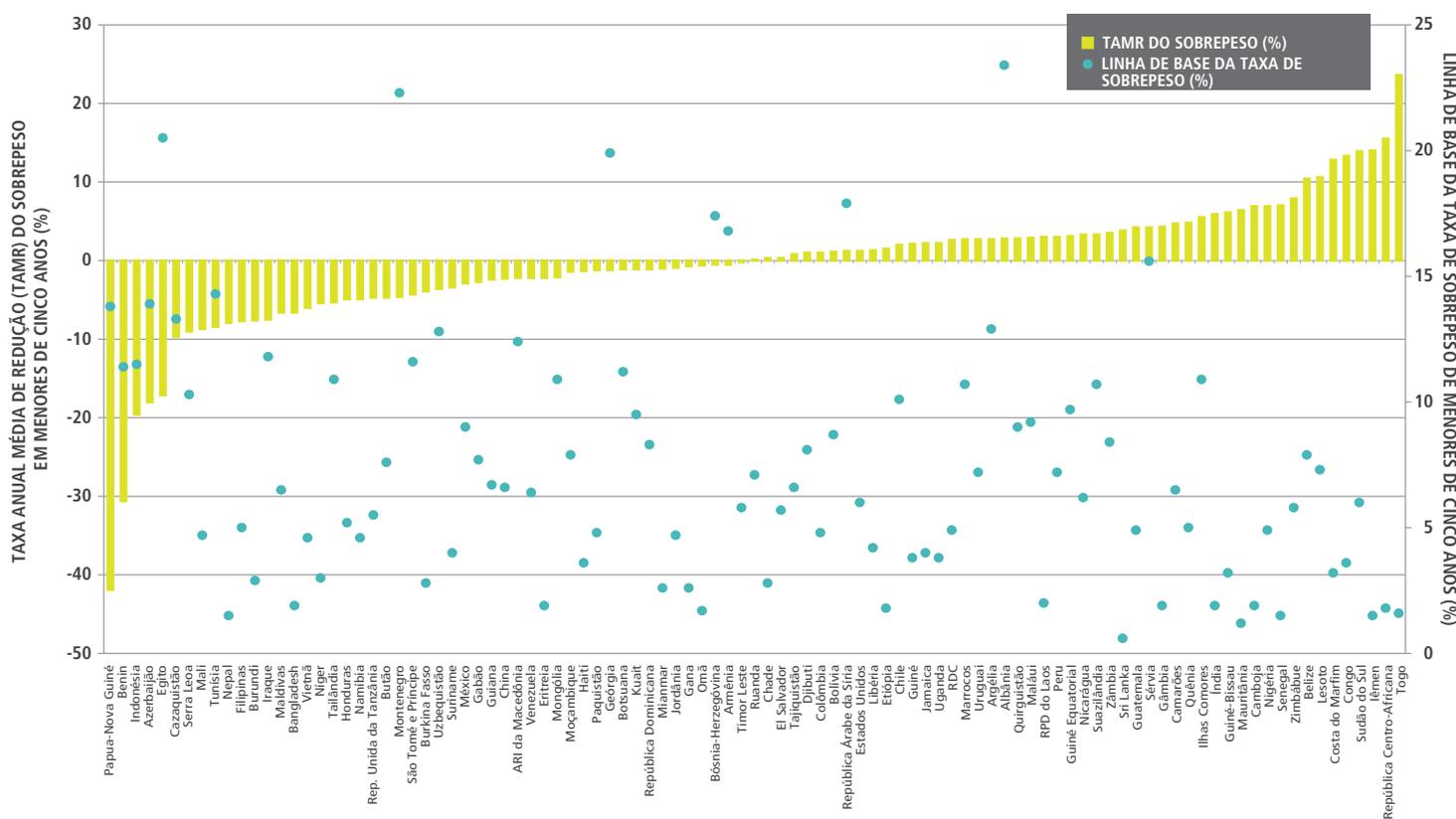
Os países asiáticos representam 42% dos países em vias de cumprir zero metas e cerca de 25% dos países em vias de cumprir uma ou duas metas.

A anemia é o indicador que a maior parte dos países tem dificuldade em fazer progredir (Figura 3.7). Mason et al. (2014) argumentam que a abordagem da anemia requer urgentemente um aumento da escala de programas de intervenção eficazes, tais como suplementação da dieta com ferro/ácido fólico ou micronutrientes múltiplos, fortificação de alimentos básicos ou condimentos e medidas de controle de doenças, como o controle da malária e terapêutica anti-helmíntica. Eles sugerem que a falta de atenção para com esta questão resulta da falta de conscientização de sua natureza onipresente e de sua lenta velocidade de progresso.

Os 5 países que estão em vias de cumprir a redução da anemia são o Burundi, Colômbia, Quênia, Vanuatu e Vietnã. Esses 5 países, com uma população total de 192 milhões de pessoas, representam 3% da população total dos 185 países com dados disponíveis. É importante saber por que razão apenas esses 5 países estão em vias de cumprir a meta da anemia.

A emaciação é o indicador com o maior número de países progredindo. Este resultado não é baseado na taxa anual média de redução, mas no fato de a emaciação ser inferior a 5%

FIGURA 3.2 LINHA DE BASE DA TAXA DE SOBREPESO DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS E REDUÇÃO ANUAL DO SOBREPESO EM MENORES DE CINCO ANOS



Fonte: UNICEF, OMS e Banco Mundial (2014).

Nota: Os anos referentes à linha de base cobrem de 2005 a 2013.

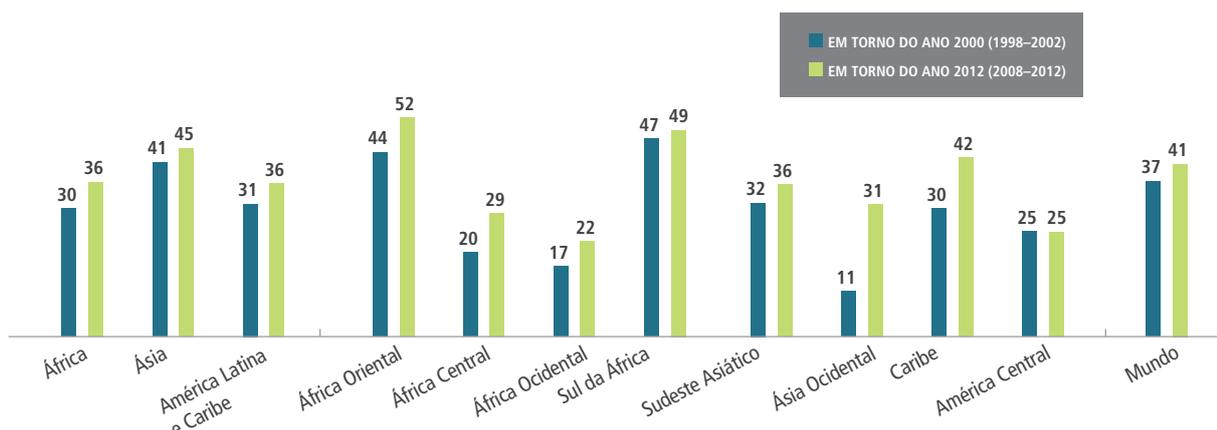
TABELA 3.2 MUDANÇAS NAS TAXAS DE EMACIAÇÃO

	Taxa de emaciação estimada anteriormente $\geq 5\%$	Taxa de emaciação estimada anteriormente $< 5\%$
A taxa de emaciação está aumentando	Albânia, Botsuana, Burkina Fasso, Camboja, Egito, Eritreia, Filipinas, Gâmbia, Guiné, Índia, Indonésia, Iraque, Madagascar, Mali, Níger, Nigéria, República Árabe da Síria, São Tomé e Príncipe, Senegal, Sri Lanka, Sudão	Arábia Saudita, Azerbaijão, Belize, Butão, Cabo Verde, El Salvador, Equador, Guiné Equatorial, Guiné-Bissau, Jamaica, Jordânia, Kuwait, Líbano, Líbia, Maláui, Moçambique, Nicarágua, Papua-Nova Guiné, Paraguai, Peru, Quirguistão, República Checa, República Dominicana, República Unida da Tanzânia, Suazilândia, Suriname, Tailândia, Tajiquistão, Trinidad e Tobago, Zimbábue
A taxa de emaciação é constante ou está diminuindo	Afeganistão, África do Sul, Angola, Argélia, Armênia, Bahrein, Bangladesh, Benin, Burundi, Camarões, Chade, Congo, Costa do Marfim, Djibuti, Etiópia, Fiji, Gana, Guiana, Haiti, Iêmen, Ilha Maurício, Ilhas Comores, Ilhas Salomão, Lesoto, Libéria, Maldivas, Marrocos, Mauritânia, Mianmar, Namíbia, Nepal, Omã, Paquistão, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Democrática Popular da Coreia, República Popular Democrática do Laos, Serra Leoa, Somália, Sudão do Sul, Timor Leste, Togo, Uganda, Uzbequistão, Vanuatu, Vietnã, Zâmbia	Antiga República Iugoslava da Macedônia, Argentina, Bolívia, Bósnia-Herzegóvina, Brasil, Cazaquistão, Chile, China, Colômbia, Costa Rica, Estados Unidos, Gabão, Geórgia, Guatemala, Honduras, Irã, México, Mongólia, Montenegro, Panamá, Romênia, Ruanda, Sérvia, Tunísia, Turquia, Uruguai, Venezuela

Fonte: UNICEF, OMS e Banco Mundial (2014). Os dados são de 1985–2013.

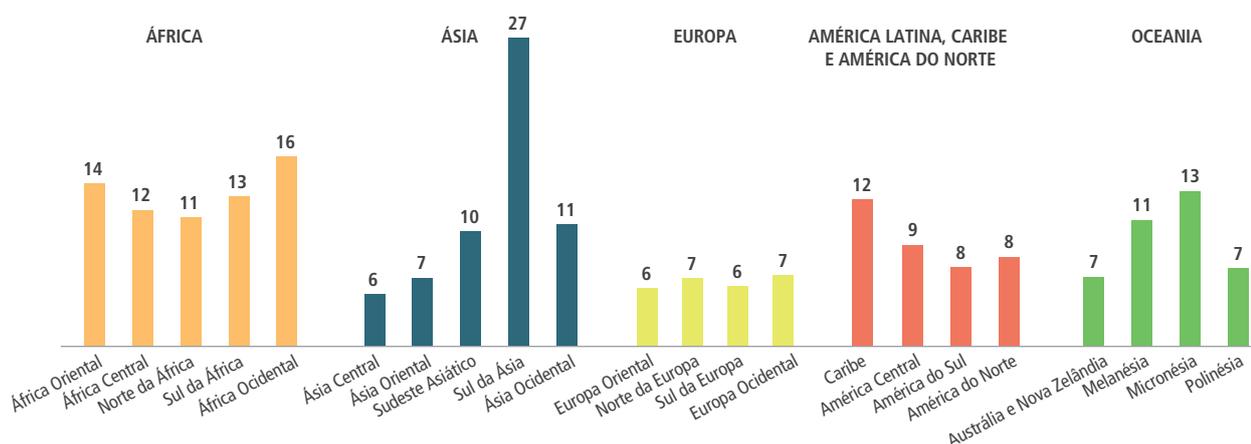
Nota: As categorias são baseadas em estimativas das duas últimas pesquisas nacionais disponíveis. Os países são caracterizados como tendo uma taxa de emaciação crescente se a taxa de emaciação na segunda pesquisa for superior à da primeira pesquisa.

FIGURA 3.3 PERCENTAGEM DE BEBÊS COM 0-5 MESES DE IDADE COM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO, POR REGIÃO, CERCA DO ANO 2000 E DO ANO 2012



Fonte: UNICEF (2014e), com base em *Multiple Indicator Cluster Surveys* (MICS – Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos), *Demographic and Health Surveys* (DHS – Pesquisas Demográficas e sobre a Saúde) e outras pesquisas representativas à escala nacional, 2008–2012, com exceção da Índia, para a qual os dados se referem a 2005–2006.

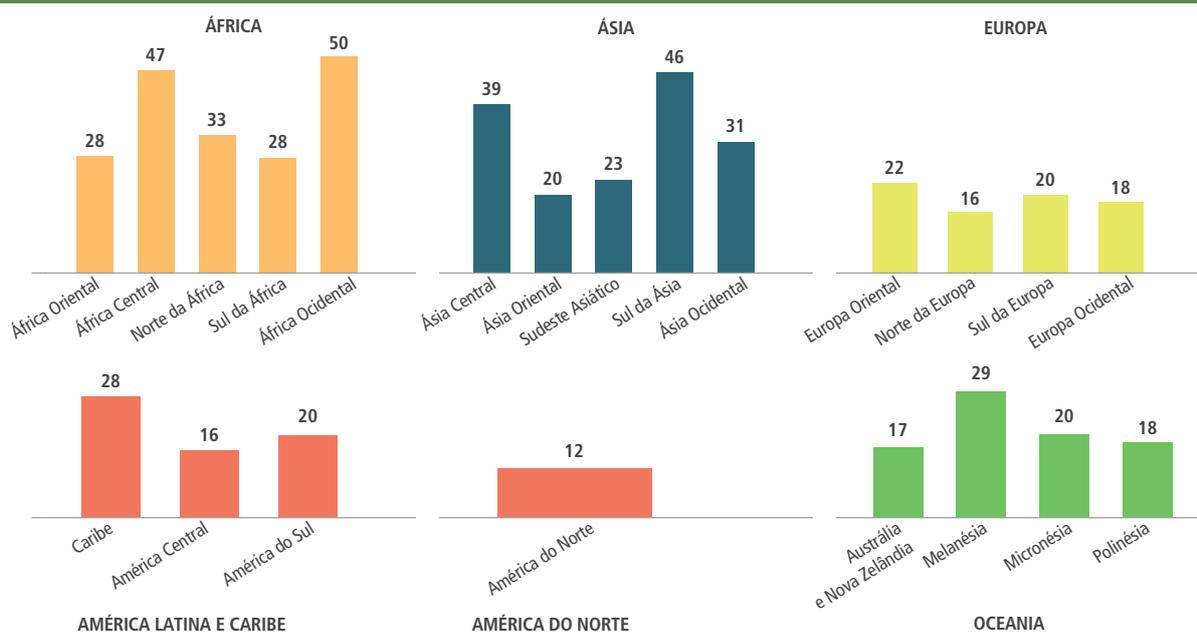
FIGURA 3.4 INCIDÊNCIA MÉDIA DE BAIXO PESO AO NASCER POR SUB-REGIÃO DA ONU (%)



Fonte: UNICEF (2014e), com base em *Multiple Indicator Cluster Surveys*, *Demographic and Health Surveys* e outras pesquisas representativas à escala nacional, 1995–2012.

Notas: Os dados mostram a incidência média ponderada da população referente a baixo peso ao nascer. Os dados excluem a China.

FIGURA 3.5 PREVALÊNCIA MÉDIA DE ANEMIA EM MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA POR SUB-REGIÃO DA ONU (%)



Fonte: Stevens et al. (2013), com base em estimativas de modelos para 2011.

Nota: Os dados são médias ponderadas da população.

TABELA 3.3 REGRAS PROPOSTAS DA OMS PARA DEFINIR SE UM PAÍS ESTÁ OU NÃO EM VIAS DE CUMPRIR AS METAS GLOBAIS DA AMS

Indicador	Em vias de cumprir	Não em vias de cumprir
Atraso no crescimento (crianças menores de cinco anos)	TAMR atual \geq TAMR necessária específica do país para alcançar o objetivo mundial	TAMR atual $<$ TAMR necessária específica do país para alcançar o objetivo mundial
Emaciação ^a (crianças menores de cinco anos)	$< 5\%$	$\geq 5\%$
Sobrepeso (crianças menores de cinco anos)	$< 7\%$ e sem aumento da prevalência comparada com a linha de base do país	$\geq 7\%$ ou aumento da prevalência comparada com a linha de base do país
Anemia (mulheres em idade reprodutiva)	TAMR atual $\geq 5,2\%$	TAMR atual $< 5,2\%$
Aleitamento materno exclusivo (bebês < 6 meses)	n.a.	n.a.
Baixo peso ao nascer (nascidos vivos < 2500 g)	n.a.	n.a.

Fonte: OMS (2014a), atualizado em agosto de 2014.

Notas: TAMR = Taxa anual média de redução. n.a. = as regras ainda não estão disponíveis. A taxa da linha de base do país é a última estimativa nacional após 2005 e até 2012, último ano para o qual existem dados disponíveis. Nossas avaliações do progresso baseiam-se em comparações entre tendências históricas anteriores à linha de base e as taxas de progresso necessárias até 2025. As regras para o aleitamento materno exclusivo e baixo peso ao nascer estão sendo finalizadas atualmente pela UNICEF, OMS e o Banco Mundial.

^a A OMS (2014a) oferece a seguinte base para a regra da OMS relativa à emaciação: "A apresentação da meta de emaciação é ligeiramente diferente porque as tendências para esta condição não são significativas. A emaciação se refere a crianças que são excessivamente magras para a sua altura. As taxas de emaciação podem variar rapidamente após impactos súbitos tais como desastres naturais ou provocados pelo homem".

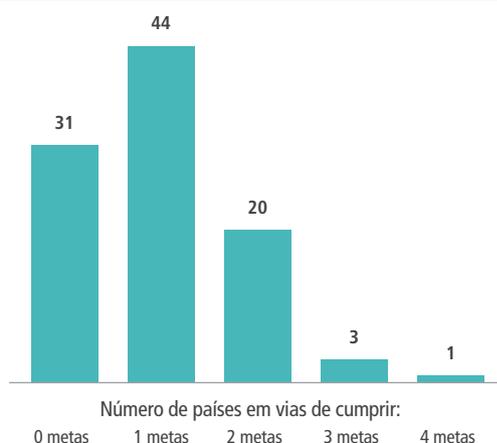
(em vias de cumprimento) ou superior ou igual a 5% (não em vias de cumprimento).¹⁴ Os 59 países em vias de cumprir a redução da emaciação incluem o Brasil, China e Estados Unidos. Estes 59 países representam 39% de todas as crianças menores de cinco anos nos 123 países com dados disponíveis.

Para a redução do atraso no crescimento, 22 países estão em vias de cumprir as metas, incluindo a China, Turquia

e Vietnã. Estes 22 países representam 23% de todas as crianças menores de cinco anos nos 109 países com dados disponíveis.

Finalmente, 31 dos 107 países com dados disponíveis estão em vias de cumprir as metas para a redução do sobrepeso para os menores de cinco anos de idade. Os 31 países, que incluem a Índia, Nigéria e Estados Unidos, representam 45% de todas as crianças menores de cinco anos nestes 107 países.¹⁵

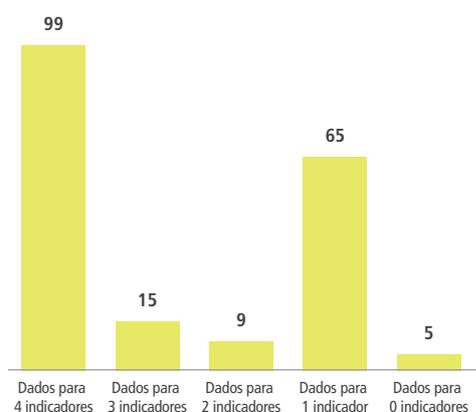
FIGURA 3.6 NÚMERO DE PAÍSES EM VIAS DE CUMPRIR AS METAS GLOBAIS DE NUTRIÇÃO DA AMS



Fonte: Autores, com base em dados da UNICEF, OMS e Banco Mundial (2014), Stevens et al. (2013) e regras sobre em vias de cumprir/não em vias de cumprir da OMS (2014a), atualizado em agosto de 2014.

Nota: As quatro metas são atraso no crescimento, emaciação, sobrepeso em menores de cinco anos e anemia em mulheres em idade reprodutiva. Número de países com dados sobre os quatro indicadores = 99.

FIGURA 3.8 NÚMERO DE PAÍSES QUE POSSUEM DADOS PARA DETERMINAR O NÍVEL DAS METAS DA AMS PARA QUATRO INDICADORES DA AMS

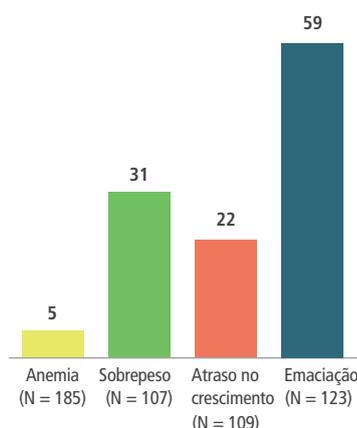


Fonte: Autores, com base em dados da UNICEF, OMS e Banco Mundial (2014), Stevens et al. (2013) e regras sobre em vias de cumprir/não em vias de cumprir da OMS (2014a), atualizado em agosto de 2014.

Nota: Os quatro indicadores da AMS são atraso no crescimento, emaciação, sobrepeso em menores de cinco anos e anemia em mulheres em idade reprodutiva. Número total de países = 193.

Com o objetivo de fomentar a colaboração e evitar a duplicação, o *Relatório sobre a Nutrição Mundial* coordenou seus relatórios dos dados da AMS com a OMS, UNICEF e o Banco Mundial. A nova *Global Target Tracking Tool* (Ferramenta de Acompanhamento das Metas Globais) da ONU será lançada na Segunda Conferência Internacional sobre a Nutrição em novembro de 2014. Os futuros *Relatórios sobre a Nutrição*

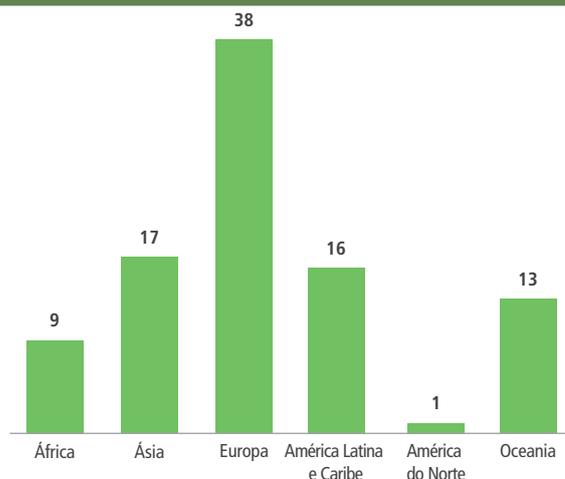
FIGURA 3.7 NÚMERO DE PAÍSES EM VIAS DE CUMPRIR CADA META MUNDIAL DA AMS



Fonte: Autores, com base em dados da UNICEF, OMS e Banco Mundial (2014), Stevens et al. (2013) e regras sobre em vias de cumprir/não em vias de cumprir da OMS (2014a), atualizado em agosto de 2014.

Nota: N = número de países para os quais existem dados para cada indicador.

FIGURA 3.9 NÚMERO DE PAÍSES COM FALTA DE DADOS PARA PELO MENOS UM INDICADOR DA AMS, POR REGIÃO



Fonte: Autores, com base em dados da UNICEF, OMS e Banco Mundial (2014), Stevens et al. (2013) e regras sobre em vias de cumprir/não em vias de cumprir da OMS (2014a), atualizado em agosto de 2014.

Nota: Número total de países = 94.

Mundial continuarão a descrever os dados da AMS de novas maneiras e os adicionarão a outros tipos de dados para reforçar seu valor analítico.

Os perfis de nutrição dos países, de duas páginas, que foram produzidos para acompanhar este relatório e que estão disponíveis online (www.globalnutritionreport.org), devem ser uma contribuição útil para as análises que apoiam os esforços

dos países para compreender por que poderão estar em vias de cumprir alguns dos indicadores e de não cumprir outros e o que fazer para resolver isso.¹⁶

Lacunas de Dados

Se 99 países possuem dados para avaliar o progresso em todas as quatro metas da AMS, qual é a distribuição dos 94 países restantes? A Figura 3.8 mostra que 79 dos 193 países não conseguem acompanhar mais do que dois dos quatro indicadores da AMS e 5 países não conseguem acompanhar nenhum.

Dos 94 países que tinham falta de dados de pelo menos um indicador, quase metade deles ficava na Europa e América do Norte (Figura 3.9). Estes países de alta renda normalmente têm os dados necessários, mas estes não são comunicados de modo a torná-los comparáveis a nível internacional. Os países de alta renda precisam alinhar seus sistemas de comunicação de dados com os requisitos de comunicação mundial.

LACUNAS DE DADOS

1. Somente 99 dos 193 países possuem dados suficientes para avaliar se estão ou não em vias de cumprir os indicadores da AMS.
2. Muitos dos indicadores baseiam-se em pesquisas realizadas há mais de cinco anos (consultar o Capítulo 9 para mais informações sobre a idade das pesquisas).
3. Os dados da Europa e América do Norte sobre as taxas de aleitamento materno exclusivo usando a definição da OMS são escassos.
4. São necessários métodos para ajustar os dados sobre baixo peso ao nascer.
5. É necessário desenvolver métodos para a criação de dados confiáveis sobre as tendências da emaciação.
6. São necessários mais dados sobre micronutrientes baseados em pesquisas. Os dados sobre a anemia baseiam-se em modelos e os dados resultantes dos modelos em nível de país podem não ser considerados significativos ou críveis.
7. Os países de alta renda precisam alinhar seus dados sobre o nível de nutrição com os padrões internacionais.
8. São urgentemente necessárias regras para a classificação “em vias de cumprir” e “não em vias de cumprir” para o aleitamento materno exclusivo e o baixo peso ao nascer para os países poderem avaliar seu progresso no cumprimento das metas da AMS.

4 A COEXISTÊNCIA DE DIFERENTES FORMAS DE DESNUTRIÇÃO É O “NOVO NORMAL”

SÃO POUCOS OS PAÍSES QUE ESTÃO LIVRES DE DESNUTRIÇÃO E MUITOS APRESENTAM MÚLTIPLOS ÔNUS DE DESNUTRIÇÃO. NORMALMENTE OS DADOS DE SUBNUTRIÇÃO infantil e deficiências de micronutrientes em adultos e crianças, assim como o sobrepeso e obesidade infantis e de adultos, são apresentados separadamente. Este relatório visa elucidar as sobreposições porque elas refletem os múltiplos problemas que os países enfrentam.

Este capítulo começa por analisar o crescimento de crianças menores de cinco anos de idade: quantos países estão apresentando diferentes combinações de crescimento não saudável entre crianças menores de cinco anos? Em seguida foca as múltiplas dimensões do nível de nutrição das mulheres. Depois os dados sobre atraso no crescimento, deficiências de micronutrientes e sobrepeso e obesidade são sobrepostos para identificar os países que apresentam ônus simultâneos.

Idealmente as análises da sobreposição dos ônus da desnutrição seriam realizadas por país e também entre países. A segunda parte deste capítulo explora questões de dados nacionais relativos à equidade e descentralização nos países. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* de 2015 procurará apoiar mais análises por país.

PONTOS CHAVE

1. A desnutrição afeta quase todos os países. Apenas dois países possuem níveis de atraso no crescimento de crianças menores de cinco anos, anemia em mulheres em idade reprodutiva e sobrepeso em adultos, todos inferiores aos limites estabelecidos para a saúde pública.
2. Os países enfrentam ônus de desnutrição complexos, sobrepostos e interligados. Menos de 20 países possuem apenas uma única forma de desnutrição quando se consideram juntamente o atraso no crescimento de crianças menores de cinco anos, a anemia em mulheres em idade reprodutiva e o sobrepeso em adultos. A comunidade do setor de nutrição deve desenvolver urgentemente ferramentas e estratégias de priorização e sequenciamento de medidas relevantes para a nutrição em contextos complexos.
3. Dados estes ônus múltiplos e a tendência para a descentralização dos programas de nutrição, as análises desagregadas dos resultados de nutrição são mais importantes do que nunca. Esta é uma grande lacuna de dados em muitos países, embora talvez não em todos.

COEXISTÊNCIA DE DIFERENTES FORMAS DE DESNUTRIÇÃO

Muitos países apresentam sobreposição de ônus de atraso no crescimento, emaciação e sobrepeso em crianças menores de cinco anos de idade. Para os 117 países que possuem dados sobre os três indicadores (atraso no crescimento, emaciação e sobrepeso) a Tabela 4.1 cria oito categorias mutuamente exclusivas e exaustivas. Cria-se uma nona categoria com os países com falta de dados para pelo menos um dos três indicadores.

Dos 117 países, 64 possuem múltiplos tipos de desnutrição antropométrica de crianças menores de cinco anos. Apenas 43 países possuem problemas de crescimento infantil de um único tipo. Dezesete países apresentam os três tipos de problemas de crescimento em crianças menores de cinco anos. Apenas dez países se situam abaixo do limite inferior de cada indicador, isto é, eles não têm níveis de atraso no crescimento, emaciação e sobrepeso que representem grave preocupação com a saúde pública.

Múltiplos ônus de desnutrição também afetam as mulheres. A Tabela 4.2 sobrepõe três indicadores da desnutrição: magreza e baixa estatura de mulheres em idade reprodutiva (MIR), e sobrepeso em mulheres adultas. Um terço dos países (22 de 67) para os quais existem dados sobre os três indicadores não têm nenhuma das três condições de desnutrição especificadas pelos limites inferiores (incluindo vários países africanos de grande

dimensão). Os países do Sul da Ásia predominam no grupo de magreza e baixa estatura. Um país, o Iêmen, apresenta as três formas de desnutrição feminina. Os ônus duplos de sobrepeso e baixa estatura/magreza afetam apenas sete países, com uma população total combinada de 71 milhões.

A Tabela 4.3 combina três indicadores criados usando diferentes metodologias: taxas de atraso no crescimento em crianças menores de cinco anos, anemia nas mulheres em idade reprodutiva e sobrepeso em adultos de ambos os sexos. Vinte e quatro países têm todas as três formas de desnutrição. Setenta e oito países possuem duas formas de desnutrição. Dezoito países possuem apenas uma das três formas de ônus da desnutrição (menos de 20% da população que vive em países que possuem um ônus da desnutrição).

Apenas dois (China e República da Coreia) dos 122 países para os quais temos dados comparáveis sobre os três indicadores encontram-se abaixo dos limites estabelecidos para todos os três, mas não muito – a taxa de anemia da China é 19,6% e a da República da Coreia é 19,4%. Se a taxa de anemia nestes dois países fosse apenas 0,6% maior, todos os países do mundo seriam classificados como apresentando uma destas três formas de desnutrição. Obviamente, a China tem uma população tão grande que as taxas de 9,4% de atraso no crescimento, 19,6% de anemia e 25% de sobrepeso

TABELA 4.1 PAÍSES COM SOBREPOSIÇÃO DE ATRASO NO CRESCIMENTO, EMACIAÇÃO E SOBREPESO EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS

Grupo de indicador/ sobreposição	Número de países	População total (milhões)	Países
Apenas atraso no crescimento	12	212	El Salvador, Guatemala, Honduras, Ilhas Salomão, Libéria, Nauru, Nicarágua, República Democrática Popular da Coreia, Togo, Uganda, Vietnã, Zimbábue
Apenas emaciação	6	68	Arábia Saudita, Guiana, Omã, Senegal, Sri Lanka, Suriname
Apenas sobrepeso	25	603	Antiga República Iugoslava da Macedônia, Argélia, Argentina, Belarus, Belize, Bósnia-Herzegovina, Brasil, Cazaquistão, Chile, Costa Rica, Gabão, Geórgia, Kuwait, Marrocos, México, Mongólia, Montenegro, Paraguai, Peru, Quirguistão, República Dominicana, Sérvia, Tunísia, Uruguai, Uzbequistão
Apenas atraso no crescimento e emaciação	38	2.462	Bangladesh, Burkina Fasso, Burundi, Camarões, Camboja, Chade, Congo, Costa do Marfim, Eritreia, Etiópia, Filipinas, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Haiti, Iêmen, Índia, Maldivas, Mali, Mauritânia, Mianmar, Namíbia, Nepal, Níger, Nigéria, Paquistão, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Popular Democrática do Laos, República Unida da Tanzânia, Somália, Sudão do Sul, Sudão, Tajiquistão, Timor Leste, Vanuatu
Apenas atraso no crescimento e sobrepeso	7	45	Armênia, Bolívia, Guiné Equatorial, Lesoto, Maláui, Ruanda, Suazilândia
Apenas emaciação e sobrepeso	2	70	República da Moldova, Tailândia
Apenas atraso no crescimento, emaciação e sobrepeso	17	468	Albânia, Azerbaijão, Benin, Botsuana, Butão, Djibuti, Egito, Ilhas Comores, Indonésia, Iraque, Líbia, Moçambique, Papua-Nova Guiné, República Árabe da Síria, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Zâmbia
Abaixo do valor limite para os três indicadores	10	1.914	Alemanha, China, Colômbia, Estados Unidos, Jamaica, Jordânia, República da Coreia, Santa Lúcia, Tuvalu, Venezuela
Total com dados	117	5.842	
Dados em falta para pelo menos um indicador	76		
Total	193		

Fonte: Dados de indicadores da UNICEF, OMS e Banco Mundial (2014). Os dados são de 2005–2013. Os dados das populações são provenientes da ONU (2013b).

Nota: Os valores limite para a colocação dos países em cada categoria de indicador são os seguintes: atraso no crescimento em menores de cinco anos $\geq 20\%$, emaciação em menores de cinco anos $\geq 5\%$ e sobrepeso em menores de cinco anos $\geq 7\%$. Estes valores limite foram selecionados porque são considerados como indicação de saúde pública significativa pela OMS (2010a).

representam um ônus nacional e mundial graves.

Estas análises das sobreposições da desnutrição representam uma maneira simples de explorar múltiplos ônus e de analisar de um modo diferente a desnutrição em qualquer contexto. Podemos extrair duas conclusões gerais: (1) a vasta maioria dos países possui mais de um ônus da desnutrição e (2) muitos países apresentam ao mesmo tempo três tipos de desnutrição. Dezesete países apresentam atraso no crescimento, emaciação e sobrepeso em crianças menores de cinco anos e 24 países apresentam atraso no crescimento, anemia e sobrepeso em adultos.¹

Face a estes ônus múltiplos e a suas complexidades, a comunidade do setor de nutrição necessita urgentemente de desenvolver ferramentas de diagnóstico para avaliar o cenário da desnutrição, a fim de ajudar a estabelecer o sequenciamento, priorização e estratégia das medidas relevantes para a nutrição em nível nacional. A compreensão das associações e implicações das iniciativas também é importante porque uma forma de desnutrição pode desencadear a manifestação de outras formas

de desnutrição. Por exemplo, a emaciação é frequentemente associada ao atraso no crescimento e pode ter causas semelhantes (Bergeron e Castleman, 2012) e a subnutrição na infância está associada ao sobrepeso e obesidade na idade adulta (Adair et al., 2013).

Finalmente, é importante notar que os países de alta renda tendem a não aparecer nestas tabelas. Isso é resultado de não comunicarem alguns dos dados de maneiras que sejam compatíveis com sua inclusão em bases de dados internacionais. Esta é uma importante lacuna da responsabilização. Como o Painel 4.1 ilustra, os Estados Unidos e o Reino Unido enfrentam graves problemas de desnutrição relacionados com o sobrepeso e obesidade e seus cidadãos, como os de qualquer um dos 193 estados membros da ONU, precisam poder responsabilizar seus governos por esforços para resolver a situação.

DISTRIBUIÇÃO DA DESNUTRIÇÃO POR PAÍSES

Em todos os países, algumas regiões estão avançando em termos de melhoria do nível de nutrição enquanto outras estão ficando para trás. Uma resposta a esta variação é descentralizar

TABELA 4.2 PAÍSES COM SOBREPOSIÇÃO DE MAGREZA EM MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA, BAIXA ESTATURA EM MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA E SOBREPESO EM MULHERES ADULTAS

Grupo de indicador/ sobreposição	Número de países	População total (milhões)	Países
Apenas baixa estatura em MIR	5	232	Camboja, Congo, Nepal, Paquistão, Serra Leoa
Apenas magreza em MIR	3	110	Chade, Eritreia, Etiópia
Apenas sobrepeso em mulheres adultas	25	610	Albânia, Armênia, Azerbaijão, Brasil, Camarões, Cazaquistão, Colômbia, Egito, Gabão, Gana, Iêmen, Jordânia, Lesoto, Marrocos, Mauritània, Namíbia, Quirguistão, República da Moldova, República Dominicana, São Tomé e Príncipe, Senegal, Suazilândia, Turcomenistão, Turquia, Uzbequistão, Zimbábue
Apenas baixa estatura em MIR e magreza em MIR	4	1.415	Índia, Bangladesh, Madagascar, Timor Leste
Apenas baixa estatura em MIR e sobrepeso em mulheres adultas	7	71	Bolívia, Guatemala, Guiana, Honduras, Maldivas, Nicarágua, Peru
Apenas sobrepeso em mulheres adultas e magreza em MIR	0	0	
Baixa estatura em MIR, magreza em MIR e sobrepeso em mulheres adultas	1	24	Iêmen
Abaixo do valor limite para os três indicadores	22	562	Benin, Burkina Fasso, Burundi, Costa do Marfim, Guiné, Haiti, Ilhas Comores, Libéria, Maláui, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Tajiquistão, Togo, Uganda, Zâmbia
Total com dados	67	3.025	
Dados em falta para pelo menos um indicador	126		
Total	193		

Fonte: Dados de indicadores do *Demographic and Health Survey Statcompiler* (2014; dados de 1994–2013) e da OMS (2014g; dados de 2008). Os dados das populações são provenientes da ONU (2013b).

Nota: MIR = mulheres em idade reprodutiva. A magreza é definida como um índice de massa corporal (IMC) < 18,5; a baixa estatura é definida como uma altura < 145 centímetros; e o sobrepeso é definido como um IMC ≥ 25. Os valores limite para a colocação dos países em cada categoria de indicador são os seguintes: Magreza em MIR ≥ 20%, baixa estatura em MIR ≥ 4,8% e sobrepeso em mulheres adultas ≥ 35%. É utilizado um valor limite de 20% para a magreza em MIR, porque a OMS classificou este nível como tendo alta/muito alta prevalência indicativa de condição grave/muito grave (OMS, 2010a). É utilizado um valor limite de 4,8% para baixa estatura em MIR, porque não existe nenhum valor limite universal; em vez disso é usado o 75º percentil como valor limite. É utilizado um valor limite de 35% para o sobrepeso em mulheres adultas, porque o sobrepeso ≥ 35% é superior à média mundial (OMS, 2014b; FAO, 2013b).

PAINEL 4.1 DESNUTRIÇÃO NOS ESTADOS UNIDOS E REINO UNIDO

JESSICA FANZO

A nutrição é uma preocupação de todos os países e não apenas dos de baixa renda. Muitos países de alta renda têm dificuldades com seus problemas de nutrição específicos.

Nos Estados Unidos, onde as taxas de obesidade adulta e infantil aumentaram para mais do dobro desde os anos 70, a obesidade é um problema de saúde pública importante. Quase 69% dos adultos e 32% das crianças e adolescentes dos Estados Unidos têm excesso de peso ou são obesos (Ogden et al., 2014). Na maior parte dos grupos de sexo/idade a prevalência da obesidade é mais baixa na população branca do que na população negra e americana mexicana (May et al., 2013). Muitas unidades familiares dos Estados Unidos sofrem as consequências não só do sobrepeso e obesidade, mas também da insegurança alimentar. Em 2012, 14,5% das unidades familiares dos Estados Unidos tiveram insegurança alimentar, como definida pelo Ministério da Agricultura dos Estados Unidos, durante esse ano.

No Reino Unido, 67% dos homens e 57% das mulheres têm excesso de peso ou são obesos (Ng et al., 2014). Mais de um quarto das crianças também têm excesso de peso ou são obesas (26% de meninos e 29% de meninas). Na Europa Ocidental, o Reino Unido está atrás somente da Islândia, onde 74% dos homens e 61% das mulheres têm excesso de peso ou são obesos, e de Malta, em que os valores são 74% e 58%, respectivamente (Ng et al., 2014).

Dados recentes sugerem que o aumento da obesidade infantil está se estabilizando nos Estados Unidos (Ogden et al., 2014). Outro estudo mostra que a prevalência da obesidade na infância diminuiu, ou se estabilizou, em nove países, incluindo a Austrália, China e Inglaterra, assim como nos Estados Unidos (Olds et al., 2011). Embora seja muito cedo para compreender as causas desta tendência, há alguns exemplos de mudança de políticas que será importante os países considerarem à medida que começam a lidar com este

problema. Alguns países da Europa estão propondo lidar com a epidemia da obesidade usando uma abordagem governamental multissetorial, focando o melhoramento das refeições escolares, controlando a publicidade e o marketing dirigido às crianças, aumentando o imposto sobre *junk food* e alimentos excessivamente processados, e promovendo a atividade física (Escritório Regional da Europa da Organização Mundial da Saúde, 2014). Alguns países como o México, estão aplicando impostos sobre os alimentos não saudáveis.

Os Estados Unidos, Reino Unido e outros países de alta renda devem ser responsáveis por avançarem para a meta da AMS de prevenção de um aumento do número de crianças menores de cinco anos com excesso de peso. Deve ser considerada uma abordagem a nível de todo o governo, como proposto por alguns países europeus, que leve em consideração o contexto local.

TABELA 4.3 PAÍSES COM SOBREPOSIÇÃO DE ATRASO NO CRESCIMENTO EM MENORES DE CINCO ANOS, ANEMIA EM MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA E SOBREPESO EM ADULTOS

Grupo de indicador/sobreposição	Número de países	População total (milhões)	Países
Apenas atraso no crescimento em menores de cinco anos	3	194	Etiópia, Ruanda, Vietnã
Apenas anemia em MIR	3	102	Senegal, Sri Lanka, Tailândia
Apenas sobrepeso em adultos	12	873	Alemanha, Antiga República Iugoslava da Macedônia, Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Estados Unidos, México, Paraguai, Peru, Uruguai
Apenas atraso no crescimento em menores de cinco anos e anemia em MIR	47	2.758	Angola, Bangladesh, Benin, Burkina Fasso, Burundi, Butão, Camboja, Chade, Congo, Costa do Marfim, Djibuti, Eritreia, Etiópia, Filipinas, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Haiti, Ilhas Comores, Índia, Indonésia, Libéria, Madagascar, Maláui, Mali, Mianmar, Moçambique, Namíbia, Nepal, Níger, Nigéria, Paquistão, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Democrática Popular da Coreia, República Popular Democrática do Laos, República Unida da Tanzânia, Serra Leoa, Somália, Sudão, Tadjiquistão, Timor Leste, Togo, Uganda, Zâmbia, Zimbábue
Apenas sobrepeso em adultos e atraso no crescimento em menores de cinco anos	2	14	Honduras, Nicarágua
Apenas anemia em MIR e sobrepeso em adultos	29	438	Arábia Saudita, Argélia, Belarus, Belize, Bósnia-Herzegovina, Cazaquistão, Gabão, Geórgia, Guiana, Irã, Jamaica, Jordânia, Kuwait, Malásia, Marrocos, Mongólia, Montenegro, Omã, Panamá, Quirguistão, República da Moldova, República Dominicana, Santa Lúcia, Sérvia, Suriname, Tunísia, Turquia, Uzbequistão, Venezuela
Atraso no crescimento em menores de cinco anos, anemia em MIR e sobrepeso em adultos	24	321	África do Sul, Albânia, Armênia, Azerbaijão, Bolívia, Botsuana, Camarões, Equador, Egito, El Salvador, Guatemala, Guiné Equatorial, Ilhas Salomão, Iraque, Lesoto, Líbia, Maldivas, Maurtânia, Papua-Nova Guiné, República Árabe da Síria, São Tomé e Príncipe, Suazilândia, Vanuatu, Iêmen
Abaixo do valor limite para os três indicadores	2	1.426	China, República da Coreia
Total com dados	122	6.126	
Dados em falta para pelo menos um indicador	71		
Total	193		

Fonte: Dados de indicadores da UNICEF, OMS e Banco Mundial (2014; os dados são de 2005–2013); Stevens et al. (2013); e Organização Mundial da Saúde (2014g; dados de 2008). Os dados das populações são provenientes da ONU (2013b).

Nota: MIR = mulheres em idade reprodutiva. Os valores limite para a colocação dos países em cada categoria de indicador são os seguintes: atraso no crescimento em menores de cinco anos $\geq 20\%$, anemia em MIR $\geq 20\%$ e sobrepeso em adultos $\geq 35\%$. Estes valores limite foram selecionados porque são considerados como indicação de saúde pública significativa pela OMS (2010a).

PAINEL 4.2 MOTORES REGIONAIS DA DESNUTRIÇÃO NA INDONÉSIA

ENDANG ACHADI COM AGRADECIMENTOS A SUDARNO SUMARTO E TAUFIK HIDAYAT

A Indonésia enfrenta um paradoxo: o produto interno bruto nacional (PIB) per capita aumentou consistentemente – de US\$ 1.643 em 2006 para US\$ 3.592 em 2012 (Estatísticas da Indonésia, 2014) – mas a subnutrição reduziu apenas lentamente e a obesidade e o sobrepeso estão aumentando rapidamente. A Indonésia é caracterizada por uma grande variação geográfica e, conseqüentemente, econômica, dependendo do distrito examinado. Este é um dos fatores que determina a variação dos resultados de nutrição por distrito?

Um estudo realizado por Sumarto et al. (2013) analisou fatores associados com o sucesso da Indonésia na redução da pobreza nacional a nível de distrito no contexto da descentralização. Os dados mostram que a incidência da pobreza é menor em distritos com PIB per capita mais alto, receitas fiscais mais altas como proporção do PIB, maior desempenho educacional médio, maior proporção de líderes locais com

educação secundária (como representante da capacidade local), maior grau de urbanização e escritórios locais para coordenar as iniciativas de redução da pobreza.

Examinamos a relação destas variáveis com o atraso no crescimento infantil, um marcador da subnutrição crônica, utilizando a Pesquisa de Saúde Básica Nacional Riskesdas (Indonésia, Ministério da Saúde, 2008). Os dados de nutrição Riskesdas de 2007 foram equacionados com os dados socioeconômicos para 2005–2010. Nossa análise preliminar de 345 distritos e municipalidades chegou a resultados consistentes com o estudo de Sumarto et al. (2013). A prevalência do atraso no crescimento a nível de distrito está associada a um baixo PIB per capita, a uma proporção maior de líderes locais com baixos níveis de educação ou nenhuma educação e baixos níveis de urbanização.

Outro fator na persistência da variação do atraso no crescimento entre distritos

pode ser a descentralização de funções governamentais desde o ano 2000. Algumas pessoas argumentaram que a Indonésia implementou a descentralização usando uma abordagem radical (Hofman e Kaiser, 2002) e sem uma política abrangente (Banco Mundial, 2005). Isto pode ter levado a uma mudança não ótima de responsabilidades e responsabilizações do nível central para o distrital, contribuindo potencialmente para variações na qualidade dos serviços de nutrição.

Quando os dados de desnutrição são analisados, é importante levar em consideração o contexto local: a geografia, governança local, nível socioeconômico, demografia e sucesso educacional. Na Indonésia estas dimensões variam muito com o distrito. Assim, para assegurar melhor planejamento dos programas de saúde e nutrição é necessário analisar profundamente os dados a nível de distrito e não apenas os dados nacionais.

os esforços de melhoramento da nutrição e desenvolver estratégias subnacionais. A descentralização levará a maior necessidade de análises e coleta de dados de nutrição subnacionais. Estas informações podem ser desagregadas de muitas maneiras, incluindo por unidade administrativa ou geográfica ou de acordo com categorias baseadas em equidade.

Desagregação administrativa

Muitos países, tais como a Indonésia e o Quênia, estão descentralizando seus planos de nutrição e realização de intervenções. Isto apresenta um desafio de responsabilização. Frequentemente a responsabilidade e a responsabilização são descentralizadas porque os fatores locais normalmente são motores importantes dos resultados nutricionais. Mas para os governos locais serem responsabilizados, eles devem ter autoridade, recursos e capacidade humana e institucional adequados. O Painel 4.2 realça a importância de motores regionais do nível de nutrição na Indonésia.

Na Índia uma parceria está usando perfis de nutrição para distritos em três estados indianos, para iniciar diálogos sobre a nutrição, identificar responsabilidades, assinalar lacunas de dados e definir estratégias para as iniciativas (Painel 4.3). Até

agora o trabalho realçou as lacunas e incompatibilidades de dados e ainda a disponibilidade de dados que não tinham sido incluídos anteriormente nas análises da nutrição.

Equidade

À medida que a equidade adquiriu maior priorização na agenda do desenvolvimento mundial (Haddad, 2014), foram sendo cada vez mais assinaladas lacunas de equidade na nutrição (por exemplo, Black et al., 2013). As crianças desnutridas dos grupos de renda mais baixa podem necessitar de ajuda extra das finanças públicas, dados os limitados meios privados de que elas e suas famílias dispõem. Estas crianças muito provavelmente enfrentam múltiplos déficits no que se refere à cobertura das intervenções e aos motores subjacentes da desnutrição.

A Figura 4.1 mostra as diferenças nos resultados de atraso no crescimento e sobrepeso por quintil de riqueza da unidade familiar. Toda a gama de prevalências de atraso no crescimento inclui países com grande disparidade nas taxas de atraso no crescimento entre os quintis superior e inferior. As disparidades de riqueza nas taxas de sobrepeso são menos pronunciadas, mas as diferenças não apresentam um padrão óbvio: em

PAINEL 4.3 COLETA DE DADOS DE NUTRIÇÃO A NÍVEL DE DISTRITO NA ÍNDIA

PURNIMA MENON E SHRUTHI CYRIAC

Na Índia, a POSHAN, uma parceria concebida para aumentar o acesso a conhecimentos e evidências de nutrição, desenvolveu perfis de nutrição para 11 distritos nos estados de Jharkhand, Madhya Pradesh, Odisha e Uttar Pradesh. Estes perfis de nutrição dos distritos baseiam-se em diversas fontes de dados para compilar indicadores do nível de nutrição e seus motores. Os objetivos desses perfis é serem iniciadores de diálogo a nível de distrito e permitir discussões sobre por que os níveis de subnutrição são altos e quais os fatores, a níveis múltiplos, pode ser necessário abordar para melhorar a nutrição.

Quando procuramos dados recentes e confiáveis sobre os motores da subnutrição a nível de distrito enfrentamos vários desafios:

A diversidade de setores nos quais os dados devem ser procurados: os dados tinham de refletir os diferentes setores que influenciam a nutrição, como a segurança alimentar, água e saneamento, nível econômico e questões relativas às mulheres. Isto exigiu a utilização de vários grupos

de dados e a identificação de indicadores relevantes para a nutrição entre estes.

Questões temporais: a maior parte dos dados são provenientes de vários relatórios e frequentemente isto significa que os anos em que foram coletados são diferentes. A diversidade temporal dos dados dificulta a comparação dos dados de nutrição a nível de distrito e de estado ou mesmo diferentes tipos de indicadores para cada distrito.

Definições de indicadores: embora inicialmente todos indicadores fossem definidos apenas como aparecem em diretrizes mundiais, algumas destas definições tiveram de ser alteradas para se adaptarem aos dados disponíveis. Um relatório oficial sobre a suplementação de vitamina A, por exemplo, incluía dados para crianças entre os 9–59 meses de idade, enquanto outro relatório incluía dados para crianças entre 12–23 meses de idade.

Diferenças de amostragem: algumas das fontes de dados forneciam apenas dados rurais e usavam amostras menores. Isto dificultou a comparação dos dados destas

fontes com os dados de pesquisas a nível nacional.

Competências de análise de dados: alguns dados, como os dados sobre segurança alimentar e diversidade da alimentação, requerem o uso de dados a nível de unidade extraídos de fontes de dados grandes e complexas, como a National Sample Survey Organization (NSSO), e exigem que os usuários possuam competências analíticas especiais. Outras fontes são menos difíceis, como os indicadores de água, saneamento e higiene e acesso a serviços, que podem ser obtidos quase diretamente de dados de recenseamento.

Apesar dos desafios apresentados pelos dados, as experiências iniciais com a utilização dos perfis para catalisar diálogos focados na nutrição são encorajadoras: elas realçam os problemas e lacunas de dados, ajudam a compreender os papéis dos diferentes setores e chamam a atenção para medidas necessárias, a curto e longo prazo.

muitos países o quintil inferior possui taxas mais altas de sobrepeso em crianças menores de cinco anos do que o quintil superior.

Existem grandes disparidades nos resultados do atraso no crescimento por quintil de riqueza, mas à medida que as taxas de atraso no crescimento diminuem estas disparidades aumentam? Um dos estudos mais completos baseados na riqueza é uma análise recente de dados de 52 países coletados

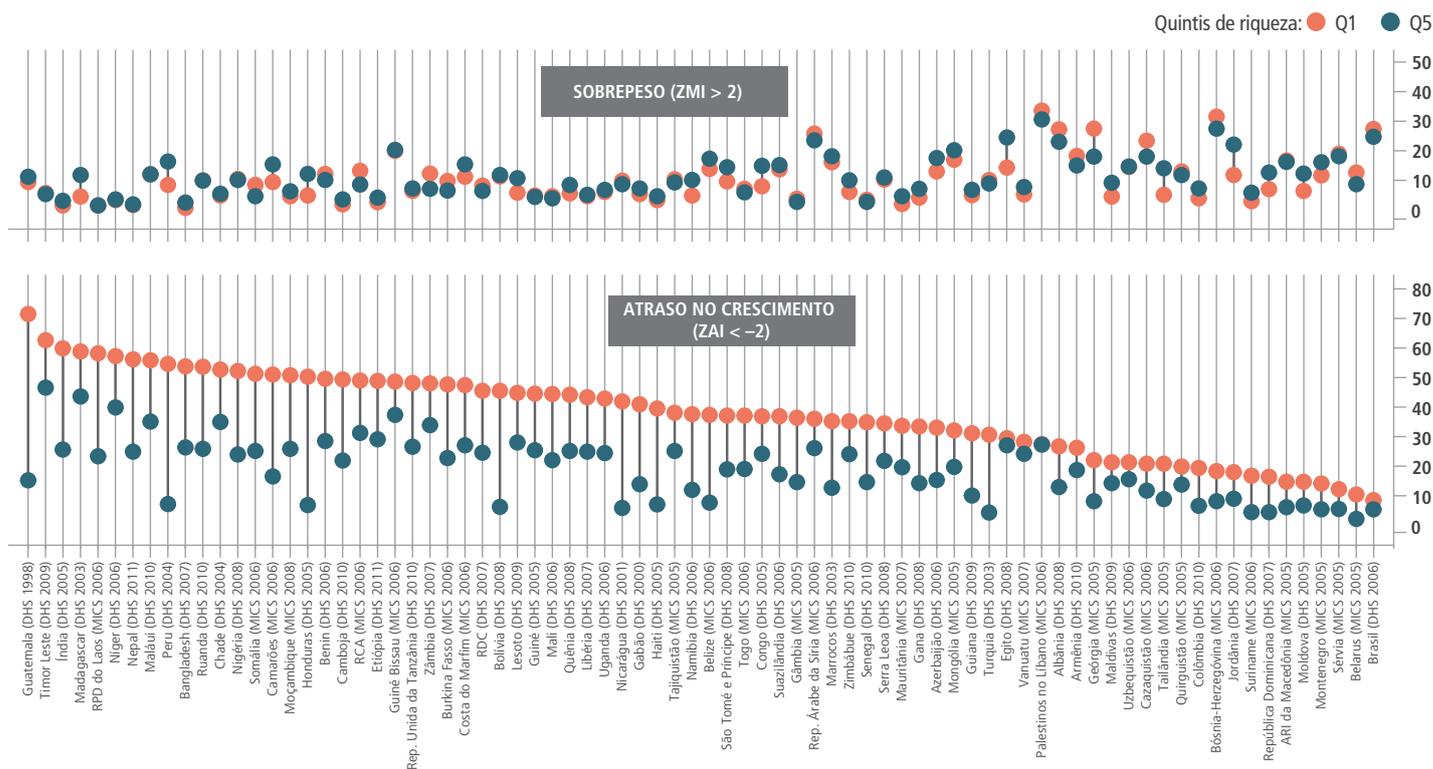
entre os meados dos anos 90 e os meados a fins dos anos 2000 (Bredenkamp et al., 2014). O estudo conclui que em 30 dos 52 países não existe evidência estatisticamente significativa de que os resultados do atraso no crescimento estão-se tornando mais ou menos desiguais entre os vários grupos de riqueza nos países. Para 11 países a equidade no atraso no crescimento está aumentado e para um conjunto diferente de 11 países a equidade no atraso no crescimento está diminuindo

TABELA 4.4 TENDÊNCIAS NA EQUIDADE DO ATRASO NO CRESCIMENTO AO LONGO DO TEMPO

Mudança ao longo do tempo na desigualdade do atraso no crescimento nos quintis de riqueza	Países
A desigualdade está aumentando	Azerbaijão, Bangladesh, Burkina Fasso, Chade, Etiópia, Índia, Nepal, Nicarágua, Níger, Peru, RPD do Laos
A desigualdade não apresenta mudança	Albânia, Armênia, Benin, Bolívia, Camarões, Camboja, Costa do Marfim, Gana, Guiana, Guiné, Guiné-Bissau, Haiti, Jordânia, Lesoto, Madagascar, Maláui, Moçambique, Namíbia, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Suriname, Togo, Uganda, Uzbequistão, Zimbábue
A desigualdade está diminuindo	Cazaquistão, Colômbia, Egito, Ilhas Comores, Marrocos, Mongólia, Nigéria, Quirguistão, República Dominicana, Turquia, Zâmbia

Fonte: Adaptado da Figura 2 em Bredenkamp et al. (2014).

FIGURA 4.1 PREVALÊNCIA DO ATRASO NO CRESCIMENTO E SOBREPESO EM MENORES DE CINCO ANOS PARA OS QUINTIS DE RIQUEZA SUPERIOR E INFERIOR EM PAÍSES SELECIONADOS (%)



Fonte: Figura 5 em Black et al. (2013). Reproduzido com a autorização de *The Lancet*.

Nota: Os círculos vermelhos representam os quintis de riqueza inferiores; os círculos azuis representam os quintis de riqueza superiores. ZMI = Escore-Z de índice de massa corporal para idade. ZAI = Escore-Z de altura para idade. DHS = Demographic and Health Survey (Pesquisa Demográfica e sobre a Saúde). MICS = Multiple Indicator Cluster Survey (Pesquisa de Grupos de Indicadores Múltiplos).

(Tabela 4.4). Os autores relatam que não existe nenhuma relação óbvia entre as tendências na prevalência do atraso no crescimento e as da desigualdade no atraso no crescimento.

A equidade não se refere apenas a riqueza. A discriminação pode ter raízes geográficas, históricas e culturais que muitas vezes se manifestam em diferentes identidades culturais. Isto

implica desafios para a programação na presença de diferentes normas, diferentes níveis de confiança e diferentes modos de influenciar o comportamento. O Painel 4.4 extrai algumas lições das intervenções de nutrição nas populações nativas dos Estados Unidos que constituem um grupo marginalizado.

PAINEL 4.4 VISAR GRUPOS MINORITÁRIOS EM RISCO NOS ESTADOS UNIDOS

JENNIFER REQUEJO E JOEL GITTELSON

Nos Estados Unidos o sobrepeso e a obesidade afetam desproporcionadamente os índios americanos e os nativos do Alasca¹ (Wang e Beydoun, 2007; O'Connell et al., 2010). Cerca de 5,2 milhões de índios americanos e nativos do Alasca vivem nos Estados Unidos. Para muitos vivendo em reservas, o acesso a supermercados é limitado e os residentes dependem em grande parte de lojas de esquina ou em postos de gasolina, cujo estoque consiste principalmente em alimentos pouco saudáveis (batatas fritas, bebidas gaseificadas e balas) e poucas frutas e legumes. Muitas comunidades de índios americanos têm enorme desconfiança de todos os não residentes – uma consequência de sua longa história de marginalização e de privação de direitos civis e de voto. Uma abordagem que provou ter sucesso na resolução deste desafio é assegurar que os membros da comunidade participem ativamente da concepção, implementação e avaliação das intervenções (Gittelsohn e Rowan, 2011; Gittelsohn et al., 2013).

Três ensaios de intervenções, cujo objetivo era reduzir a obesidade e a diabetes nas comunidades de índios americanos modificando o ambiente alimentar, foram rigorosamente testados e oferecem lições para conceber futuros programas relacionados com a nutrição destinados a índios

americanos e, potencialmente, a outros grupos desfavorecidos dos EUA.

No período 1993–2001 um ensaio baseado na escola Pathways School em sete comunidades de índios americanos incidiu sobre a melhoria do currículo de nutrição e do programa de educação física de crianças da escola primária (anos 3 a 5) e a melhoria dos serviços de fornecimento de refeições escolares; também incluiu um componente da família (Davis, 2003). Embora a intervenção não tenha resultado em mudanças nos resultados principais – atividade física e obesidade – foi associada a mudanças positivas nas medidas psicossociais e a melhorias na alimentação.

Entre 2003 e 2005, o programa *Apache Healthy Stores Program* (Lojas Apache Saudáveis) visou disponibilizar mais opções de alimentos saudáveis nas lojas de alimentos locais em duas reservas e levar as pessoas a comprar e consumir mais destes alimentos saudáveis (Curran et al., 2005). O programa resultou em melhoramentos mensuráveis em conhecimentos relacionados com os alimentos e intenções e compra de alimentos saudáveis. Os resultados para a saúde não foram avaliados.

O programa *Navajo Healthy Stores Program* (Lojas Navajo Saudáveis) foi introduzido em 10 regiões entre 2007 e 2009. Em cada loja os clientes podiam ver demonstrações de como cozinhar de maneira mais saudável, provar alimentos saudáveis

e fazer perguntas (Gittelsohn et al., 2013). Tal como os outros dois ensaios, o programa melhorou o nível de conhecimentos das pessoas sobre nutrição e aumentou o volume de compras de alimentos saudáveis. Também reduziu a prevalência de sobrepeso e obesidade.

As principais lições incluem o seguinte: (1) intervenções a nível institucional que afetem, por exemplo, escolas e lojas, dão melhores resultados quando são reforçadas no lar e na comunidade; (2) para reforçar as mensagens é necessário envolver várias instituições incluindo a mídia local, escolas, estruturas comunitárias existentes e lojas de alimentos; (3) a sustentabilidade do programa depende do envolvimento ativo da comunidade e de uma base institucional apropriada; e (4) é necessário um acompanhamento de mais longo prazo para detectar mudanças nas medidas de impacto como o índice de massa corporal e doenças crônicas.

Embora a mudança de comportamentos e resultados relacionados com a nutrição seja complexa para os grupos étnicos minoritários de baixa renda nos Estados Unidos, como os índios americanos e os nativos do Alasca, o progresso é possível e até mesmo imperativo, se os Estados Unidos pretendem alcançar seus objetivos de saúde para 2020.²

LACUNAS DE DADOS

1. São necessárias mais estimativas de sobreposições de diferentes formas de desnutrição em níveis individual, da unidade familiar e subnacional.
2. Para ajudar a navegar a complexidade é necessário desenvolver ferramentas de sequenciamento e priorização das medidas e programas de nutrição em um determinado contexto.
3. São necessários mais dados desagregados – já existentes e novos. Mas também é necessária maior capacidade de coletar, utilizar e alavancar os dados para medidas políticas e para estimular a demanda de mais dados.

5 A COBERTURA DE INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DE NUTRIÇÃO PRECISA MELHORAR

A COBERTURA DE INTERVENÇÕES DE NUTRIÇÃO – ISTO É, O NÚMERO DE PESSOAS DE UM PROGRAMA COMPARADO COM O NÚMERO DE PESSOAS QUE DEVERIA ESTAR num programa – é um indicador chave para a responsabilização dos prestadores de serviços. Este capítulo analisa a cobertura do conjunto de intervenções específicas de nutrição descritas em Bhutta et al. (2013) e identifica lacunas nos dados de cobertura dessas intervenções. Em seguida analisa a cobertura de um conjunto de cinco intervenções de subnutrição para as quais existem dados. Analisa as questões de cobertura que são específicas da desnutrição aguda grave. Finalmente, analisa sucintamente novas evidências sobre os impactos previstos quando se ampliam as intervenções específicas de nutrição. Esta evidência sugere que é necessária mais pesquisa sobre a implementação, para mostrar como melhorar a eficácia de intervenções existentes comprovadas.

Os dados de cobertura neste capítulo são principalmente de intervenções específicas de nutrição que abordam a subnutrição, em vez do sobrepeso e obesidade.¹ Isto é devido à escassez de intervenções de grande escala para abordar o sobrepeso e obesidade, mesmo em países de alta renda, assim como a falta de uma base de dados internacional da cobertura das intervenções que existem realmente.

PONTOS

CHAVE

1. Os dados de cobertura para intervenções específicas de nutrição são escassos. Geralmente isso é resultado de ainda ser necessário ampliar as próprias intervenções. De 12 intervenções chave específicas de nutrição, muitos países tem dados de cobertura nacional para apenas três (suplementação de vitamina A, iodação universal do sal e tratamento da diarreia com zinco). Os dados de práticas relacionadas com intervenções específicas de nutrição (aleitamento materno exclusivo e alimentação de crianças de 6 a 23 meses de idade) estão mais disponíveis.
2. Apenas 37 países possuem dados de todas as cinco intervenções e práticas de nutrição com dados de cobertura mais extensos. Destes 37 países, apenas um se situa acima do limite de 50% para cada intervenção ou prática. Dezesete países situam-se abaixo de 50% em três ou mais das cinco intervenções ou práticas.
3. A cobertura geográfica dos programas de tratamento da desnutrição aguda moderada e grave é fraca, mesmo em países com grandes ônus de desnutrição aguda. As estimativas de cobertura direta são um componente crítico da avaliação adequada do acesso a tratamento, tanto para a desnutrição aguda moderada como a grave, mas estes dados tendem a se basear em pesquisas individuais subnacionais. A avaliação da cobertura deve ser integrada na coleta de dados institucionalizada, com sua frequência e métodos adaptados à capacidade do país.
4. Uma cobertura de programa ampliada só tem valor se levar a um impacto aumentado. Por isso é importante focar a manutenção e melhoramento da eficácia do programa. A pesquisa da implementação é importante aqui.

COBERTURA DE INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DE NUTRIÇÃO

A cobertura de intervenções específicas de nutrição é fundamental para reduzir a subnutrição (Bhutta et al., 2013a), mas os dados de cobertura para esses programas são escassos.

A Tabela 5.1 resume as 12 intervenções específicas de nutrição: as 10 intervenções específicas de nutrição em Bhutta et al. (2013a), mais o tratamento da diarreia com zinco (Bhutta et al., 2013b) e a iodação universal do sal (também uma intervenção específica comprovada de nutrição). Está claro que os dados de cobertura são escassos. Os dados só estão facilmente disponíveis para alguns países para a suplementação de vitamina A para crianças entre os 6–59 meses de idade e para a iodação universal do sal. Existem dados sobre a suplementação de ferro/ácido fólico durante a gravidez (mas não para todas as mulheres em idade reprodutiva e não durante o período periconceptual), sobre as práticas relacionadas com a promoção do aleitamento materno (taxas de aleitamento materno exclusivo) e as práticas relacionadas com programas de alimentação complementar (indicadores de alimentação mínima aceitável e diversidade alimentar mínima para crianças entre os 6–23 meses de idade). Não conseguimos localizar e verificar os dados do tratamento da diarreia com zinco antes da publicação deste relatório. Embora a série Nutrição da revista *The Lancet* tivesse recomendado a suplementação preventiva de zinco em 2008 e 2013, até agora muitos países ainda não implementaram esta medida à escala nacional. Além disso, nenhum país introduziu suplementação de micronutrientes múltiplos ou suplementação de cálcio na gravidez, em escala.

Para outras intervenções, como o tratamento da desnutrição aguda moderada ou grave, existem programas, mas os dados de cobertura geográfica não são sistematicamente coletados ou comparáveis.

Ferro e ácido fólico durante a gravidez

A suplementação de ferro durante a gravidez está associada à anemia materna reduzida e a suplementação de ácido fólico na época da concepção está associada a redução de defeitos do tubo neural no cérebro e medula espinal (Black et al., 2013; Bhutta et al., 2013a).

Os dados da percentagem de mulheres que recebem comprimidos ou xarope de ferro/ácido fólico durante pelo menos 90 dias durante a gravidez estão disponíveis para 58 países a partir de 2003, das pesquisas *Demographic and Health Surveys* (DHS – Pesquisas Demográficas e sobre a Saúde).² Como a Tabela 5.2 indica, a gama de cobertura é muito ampla (de 0,1% para o Turcomenistão a 78,9% para a Nicarágua). Segundo estas pesquisas a cobertura média é de apenas 26%, o que é consistente com as observações de outros (Hodgins e D’Agostino, 2014). Todas as sub-regiões para as quais estão disponíveis dados suficientes possuem taxas de cobertura muito inferiores a 50%, com exceção do Caribe (Figura 5.1).

Aleitamento materno exclusivo

O Capítulo 3 descreveu as tendências regionais das taxas de aleitamento materno exclusivo; esta seção resume as tendências dos países. Para os países com dados de aleitamento materno exclusivo, as duas últimas pesquisas

TABELA 5.1 NÍVEL DOS DADOS DE COBERTURA PARA INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DE NUTRIÇÃO

Período de tempo	Intervenção	Nível dos dados de cobertura
Anterior à concepção	Suplementação/fortificação de ácido fólico	Só existem dados disponíveis para a cobertura de suplementação de ferro/ácido fólico durante a gravidez (não para todas as mulheres em idade reprodutiva ou durante o período periconceptual, como indicado no modelo de Bhutta et al., 2013a).
Gravidez	Suplementação equilibrada de energia/proteína	Tanto quanto sabemos não existem dados de programas.
	Suplementação de cálcio	Tanto quanto sabemos existem poucos programas.
	Suplementação de micronutrientes múltiplos	Não existem programas nacionais para a suplementação de nutrientes múltiplos na gravidez.
Aleitamento materno	Promoção do aleitamento materno (incluindo seu início imediato)	Existem dados disponíveis sobre aleitamento materno exclusivo, início imediato do aleitamento materno e aleitamento materno contínuo. Note-se que estas são práticas e não cobertura de programas.
Preventivo	Alimentação complementar para populações com e sem segurança alimentar	Existem dados sobre práticas, alimentação mínima aceitável (AMA) e diversidade alimentar mínima (DAMn). Não existem dados sobre a cobertura de programas.
	Suplementação de vitamina A para crianças entre os 6–59 meses de idade	Existem dados de cobertura para muitos países.
	Suplementação preventiva de zinco	Não existem programas de suplementação preventiva de zinco a nível mundial, portanto, a cobertura atual é zero.
Curativo	Zinco para o tratamento de diarreia	Existem dados disponíveis para 58 países; para 50 países a taxa de cobertura é < 5%.
	Alimentação de crianças com desnutrição aguda moderada	Atualmente não existem programas para desnutrição aguda moderada em escala.
	Alimentação terapêutica para emaciação grave	Existem dados geográficos disponíveis mas não são muito significativos. Os dados diretos de cobertura não são dados nacionais.
Todos	Iodação universal do sal	Existem dados de cobertura para muitos países.

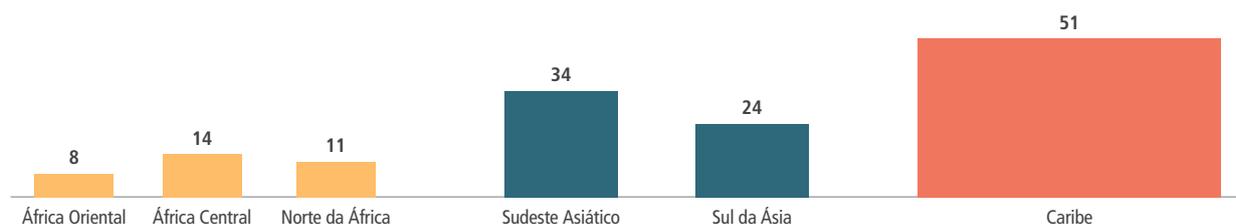
Fonte: Autores, com base em Bhutta et al. (2013a).

TABELA 5.2 COBERTURA DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO/ÁCIDO FÓLICO DURANTE A GRAVIDEZ

Indicador de cobertura no grupo de 58 países com dados	% de mulheres grávidas recebendo suplementação de ferro/ácido fólico durante pelo menos 90 dias da gravidez
Cobertura mínima	0,1 (Turcomenistão)
Cobertura máxima	78,9 (Nicarágua)
Cobertura média	25,7
Mediana da cobertura	24,0

Fonte: *Demographic and Health Surveys* desde 2003.

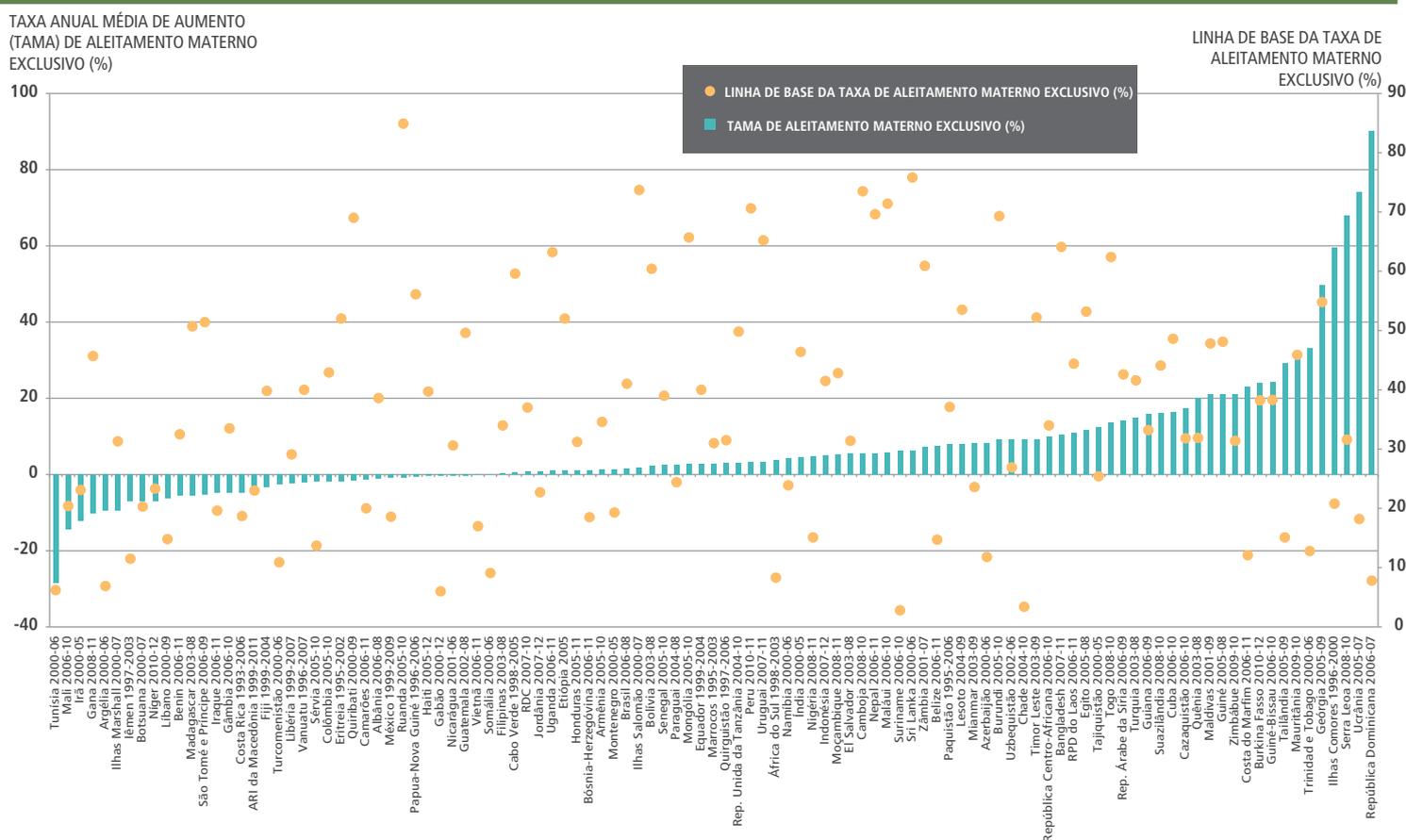
FIGURA 5.1 PROPORÇÃO MÉDIA DE MULHERES RECEBENDO SUPLEMENTOS DE FERRO/ÁCIDO FÓLICO DURANTE PELO MENOS 90 DIAS NA GRAVIDEZ (%)



Fonte: *Demographic and Health Surveys* mais recentes entre 2003 e 2013.

Nota: Os dados são médias ponderadas da população.

FIGURA 5.2 LINHA DE BASE DAS TAXAS DE ALEITAMENTO MATERNO E AUMENTO ANUAL DO ALEITAMENTO – AS DUAS ÚLTIMAS PESQUISAS



Fonte: UNICEF (2014e), com base em *Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS)*, *Demographic and Health Surveys (DHS)* e outras pesquisas representativas a nível nacional.

Nota: As taxas da linha de base são dados de 2005–2012. As taxas anuais médias de aumento são para o período entre os dois anos especificados para cada país no eixo horizontal.

mostram que muito mais países possuem taxas anuais médias de aumento (TAMA) crescentes do que decrescentes (Figura 5.2). Em alguns países os aumentos nas taxas são extremamente rápidos, embora normalmente a partir de bases baixas (como é o caso da Costa do Marfim, República Dominicana, Tailândia e Trinidad e Tobago). Contudo isto não é sempre assim. Burkina Fasso e Geórgia, por exemplo, apresentam aumentos rápidos de taxas próximas da meta mundial da AMS de 50%. A grande variação no progresso dos países precisa ser mais bem compreendida e oferece amplo escopo de aprendizagem entre os países.

Alimentação complementar

Não existem dados nacionais comparáveis dos programas de alimentação complementar, mas as pesquisas nacionais estão coletando cada vez mais informações que permitem uma avaliação comparável internacional da alimentação de crianças

de 6 a 23 meses de idade. Os dados das pesquisas *Demographic and Health Surveys* entre 2010 e 2013 são comparados e resumidos na Tabela 5.3 e representados nas Figuras 5.3 e 5.4.

A mediana de crianças pequenas com uma alimentação mínima aceitável (AMA) ou diversidade alimentar mínima (DAMn) é baixa nos 27 países para os quais existem dados disponíveis³—15% para AMA e 27% para DAMn. No entanto, a grande variação entre os países sugere um grande potencial para aprendizagem entre países. Como é de esperar, melhores taxas de AMA estão associadas a menores taxas de emaciação e melhores escores para a diversidade alimentar mínima estão associados a menores taxas de atraso no crescimento (Figuras 5.3 e 5.4).⁴

Suplementação de vitamina A

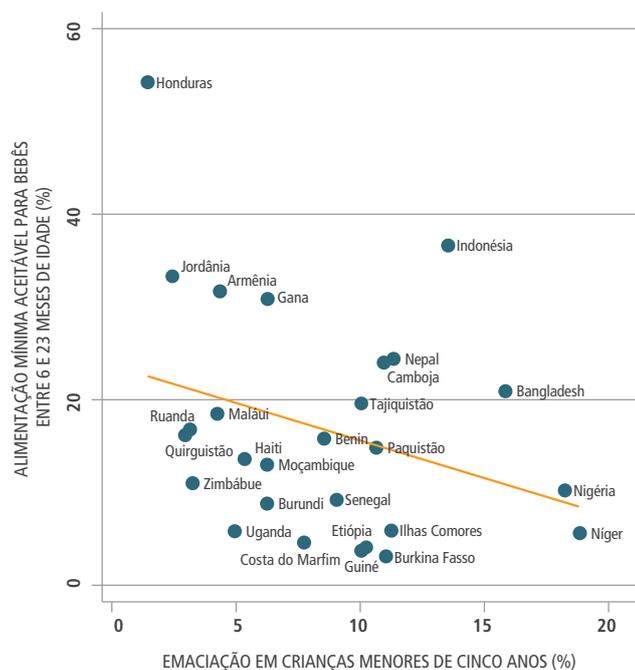
A Figura 5.5 indica a percentagem de crianças entre os 6 e 59 meses de idade recebendo duas doses altas de

TABELA 5.3 RESUMO DA ALIMENTAÇÃO DE BEBÊS E CRIANÇAS PEQUENAS

Indicador	% de crianças pequenas, 6–23 meses, com:	
	Alimentação mínima aceitável (AMA)	Diversidade alimentar mínima (DAMn)
Mediana	15,0	27,0
Mínimo	3,1	4,8
Máximo	54,2	67,7
Número de países para os quais existem dados disponíveis	27	27

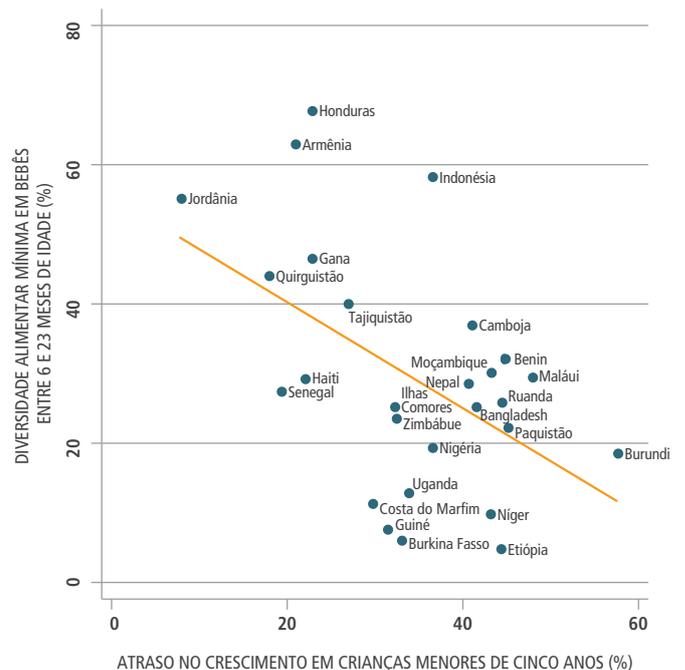
Fonte: Estimativas de DAMn e de AMA das pesquisas *Demographic and Health Surveys* entre 2010 e 2013.

FIGURA 5.3 TAXAS DE ALIMENTAÇÃO MÍNIMA ACEITÁVEL E TAXAS DE EMACIAÇÃO



Fonte: Os dados de alimentação mínima aceitável são das pesquisas *Demographic and Health Surveys* para o período entre 2010 e 2013. Os dados de emaciação são da UNICEF, OMS e Banco Mundial (2014). A linha cor de laranja é a linha de melhor correlação.

FIGURA 5.4 TAXAS DE DIVERSIDADE ALIMENTAR ACEITÁVEL E TAXAS DE ATRASO NO CRESCIMENTO



Fonte: Os dados de alimentação mínima aceitável são das pesquisas *Demographic and Health Surveys* para o período entre 2010 e 2013. Os dados de emaciação são da UNICEF, OMS e Banco Mundial (2014). A linha cor de laranja é a linha de melhor correlação.

suplementação de vitamina A em várias sub-regiões. A Melanésia possui a menor cobertura e a Ásia Central, a maior. Existe uma variação considerável nas sub-regiões da África, com as taxas aumentando do leste para oeste.⁵

Tratamento da diarreia com zinco

O zinco, quando administrado com uma solução oral de reidratação (SOR), pode reduzir a gravidade e a duração da diarreia (Lamberti et al., 2013; Bhutta et al., 2013a). A Figura 5.6 apresenta os dados da DHS e MICS disponíveis para 58 países sobre o tratamento com zinco de crianças menores de cinco anos de idade, com diarreia, nas duas semanas anteriores à

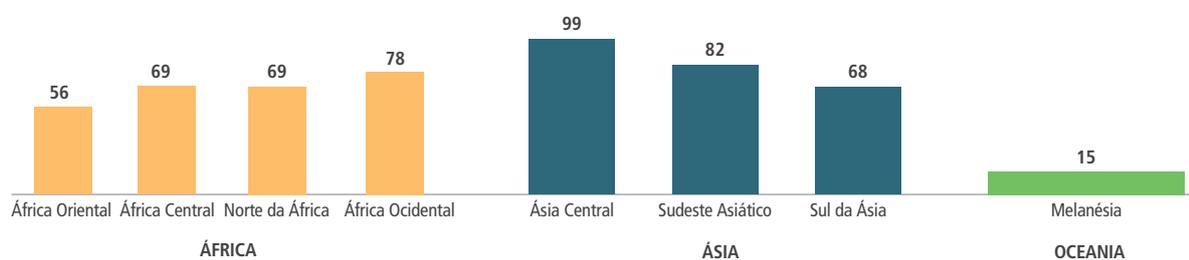
pesquisa. A porcentagem de uso de zinco varia entre 29% de crianças recebendo suplementos de zinco como forma de tratamento em Bangladesh e 0% na Tunísia. A cobertura média neste grupo de países é 2,5% e na maior parte dos países a cobertura é inferior a 5%.

Mesmo apesar de a UNICEF e a OMS terem recomendado a incorporação do tratamento com zinco nos programas de rotina em 2004, esta prática permanece limitada.

Iodação universal do sal

É difícil avaliar as tendências na cobertura da iodação universal do sal devido a mudanças no modo como a iodação é medida e

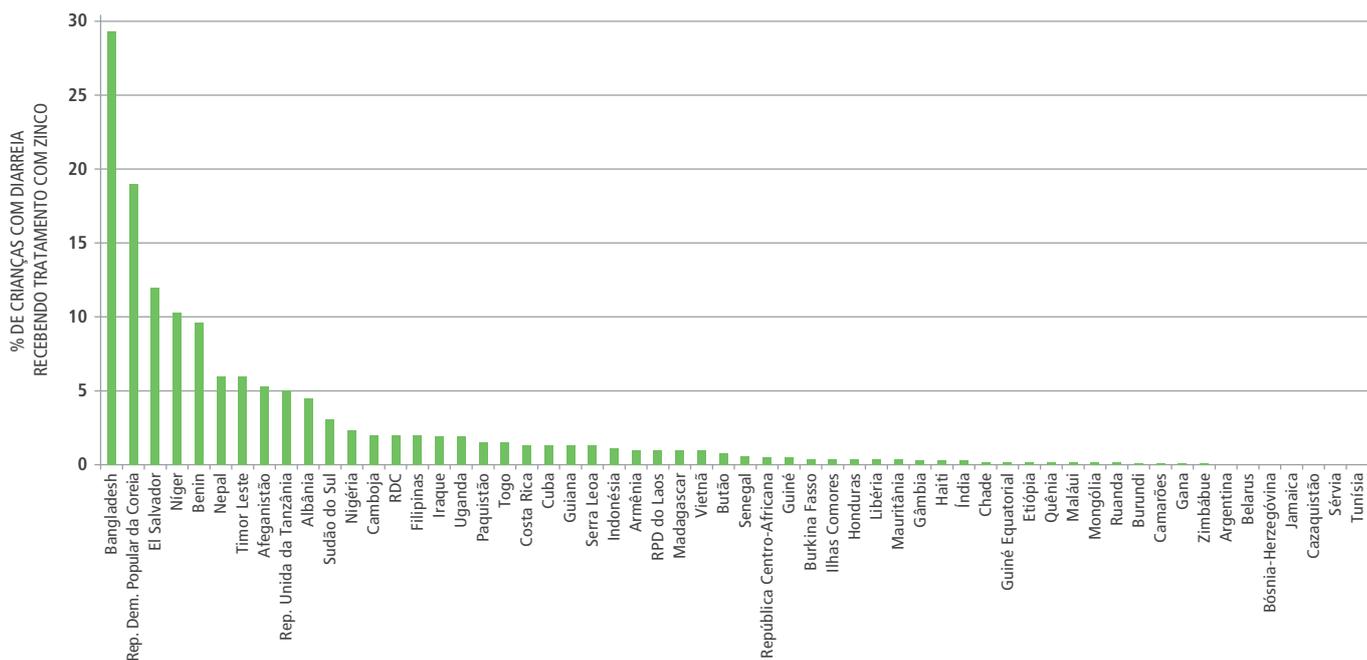
FIGURA 5.5 COBERTURA MÉDIA DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A (%)



Fonte: UNICEF (2014c), com base em relatórios administrativos de países para o ano civil 2012.

Nota: Os dados são médias ponderadas da população.

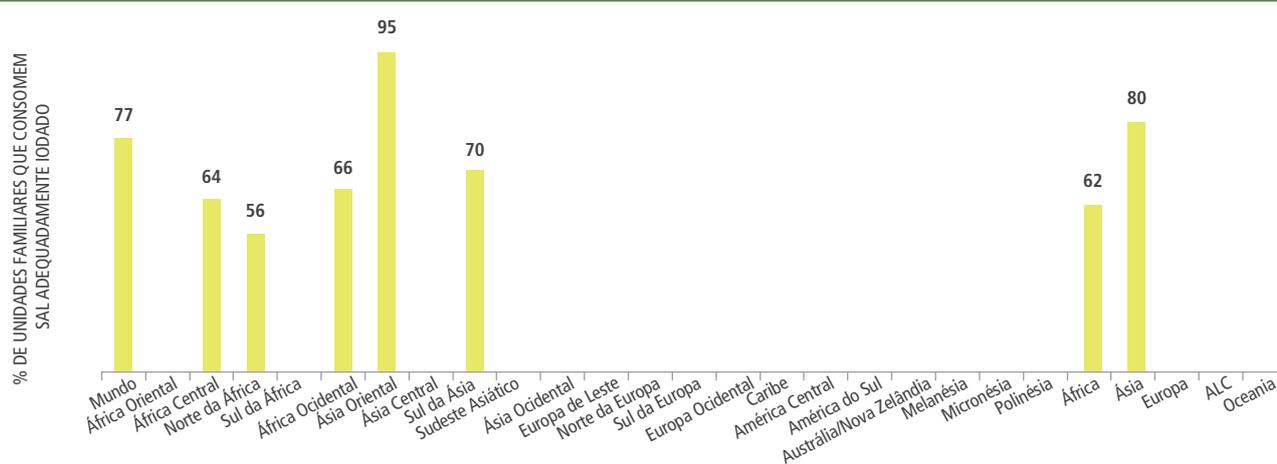
FIGURA 5.6 COBERTURA DO TRATAMENTO DA DIARREIA COM ZINCO



Fonte: Carvajal (2014).

Nota: Os dados referem-se a crianças que tiveram diarreia nas duas semanas anteriores à pesquisa. Os dados para Bangladesh referem-se a xarope de zinco; o valor para comprimidos de zinco para Bangladesh é 19,8%.

FIGURA 5.7 COBERTURA DA IODAÇÃO DO SAL



Fonte: UNICEF (2014a), atualização de agosto de 2014.

Nota: As áreas em branco indicam as sub-regiões da ONU para as quais existe cobertura insuficiente da população para calcular um valor agregado (50% da população da sub-região ou região necessita de ser coberta pelos dados nacionais). Os dados são de 2008–2012. ALC = América Latina e Caribe.

TABELA 5.4 PAÍSES COM FRACA COBERTURA DE CINCO INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DE NUTRIÇÃO

Fraca cobertura para:	Número de países	População total (milhões)	Países
0 intervenções	1	15	Camboja
1 intervenção	4	102	Madagascar, Maláui, Nepal, Uganda
2 intervenções	15	433	Benin, Bolívia, Burkina Fasso, Camarões, Egito, Etiópia, Filipinas, Honduras, Mali, Nicarágua, Quênia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Tadjiquistão, Zimbábue
3 intervenções	13	1.869	Costa do Marfim, Guiné, Haiti, Índia, Indonésia, Moçambique, Namíbia, Níger, Paquistão, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Serra Leoa, Suazilândia
4 intervenções	4	49	Azerbaijão, Chade, Gabão, Gana
5 intervenções	0	0	
Total	37	2.468	
Países sem dados em todas as 5 intervenções	156	4.568	

Fonte: Os dados dos indicadores são da UNICEF (2014c, 2014e); *Demographic and Health Surveys STATcompiler* (2014), os mais recentes são de 2003 a 2013. Os dados das populações são da ONU (2013b).

Nota: As cinco intervenções são (1) início imediato do aleitamento materno, (2) aleitamento materno exclusivo de bebês com menos de seis meses de idade, (3) aleitamento materno contínuo até 12 meses, (4) suplementação de vitamina A de crianças em idade pré-escolar, e (5) suplementação de ferro/ácido fólico de mulheres grávidas durante mais de 90 dias. Os países são classificados como tendo fraca cobertura se esta for inferior a 50%.

TABELA 5.5 INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DE NUTRIÇÃO COM AS MENORES TAXAS DE COBERTURA PARA 37 PAÍSES

Cobertura mais fraca (menor escore absoluto dentre os cinco indicadores)	Número de países	População total (milhões)	Países
Início imediato do aleitamento materno	3	286	Guiné, Indonésia, Nepal
Aleitamento materno exclusivo de bebês com menos de 6 meses de idade	6	85	Burkina Fasso, Camarões, Costa do Marfim, Honduras, Namíbia, Níger
Aleitamento materno contínuo aos 12 meses	0	0	
Suplementação de vitamina A	7	72	Chade, Gabão, Gana, Moçambique, Nicarágua, São Tomé e Príncipe, Suazilândia
Suplementação de ferro/ácido fólico	21	2.025	Azerbaijão, Benin, Bolívia, Camboja, Egito, Etiópia, Filipinas, Haiti, Índia, Madagascar, Maláui, Mali, Paquistão, Quênia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Serra Leoa, Tadjiquistão, Uganda, Zimbábue
Total	37	2.468	

Fonte: Os dados dos indicadores são da UNICEF (2014c, 2014e); *Demographic and Health Surveys STATcompiler* (2014), os mais recentes são de 2003 a 2013. Os dados das populações são da ONU (2013b).

a mudanças nos valores limite.⁶

Os dados mais atuais da UNICEF (Figura 5.7) mostram que as taxas ainda estão muito longe de alcançar 100% na África e no Sul da Ásia.

Intervenções: identificação de elos fracos

Aqui focamos as cinco intervenções e práticas específicas de nutrição onde existem dados para mais de 50 países:

1. Início imediato do aleitamento materno (dentro de 1 hora do parto),
2. Aleitamento materno exclusivo de bebês com menos de seis meses de idade,
3. Aleitamento materno contínuo até 12 meses,
4. Suplementação de vitamina A para crianças em idade pré-escolar, e
5. Suplementação de ferro/ácido fólico para mulheres grávidas por mais de 90 dias.

Apenas 37 países possuem dados sobre todos os cinco programas e práticas; 156 países tem falta de dados sobre um ou mais. Sessenta e nove países não possuem dados sobre nenhum deles.⁷ A Tabela 5.4 mostra o número de países que possuem cobertura fraca – isto é, menos de 50% – para estas cinco intervenções e práticas.⁸ Apenas um país, o Camboja, possui uma cobertura superior a 50% para todas as cinco

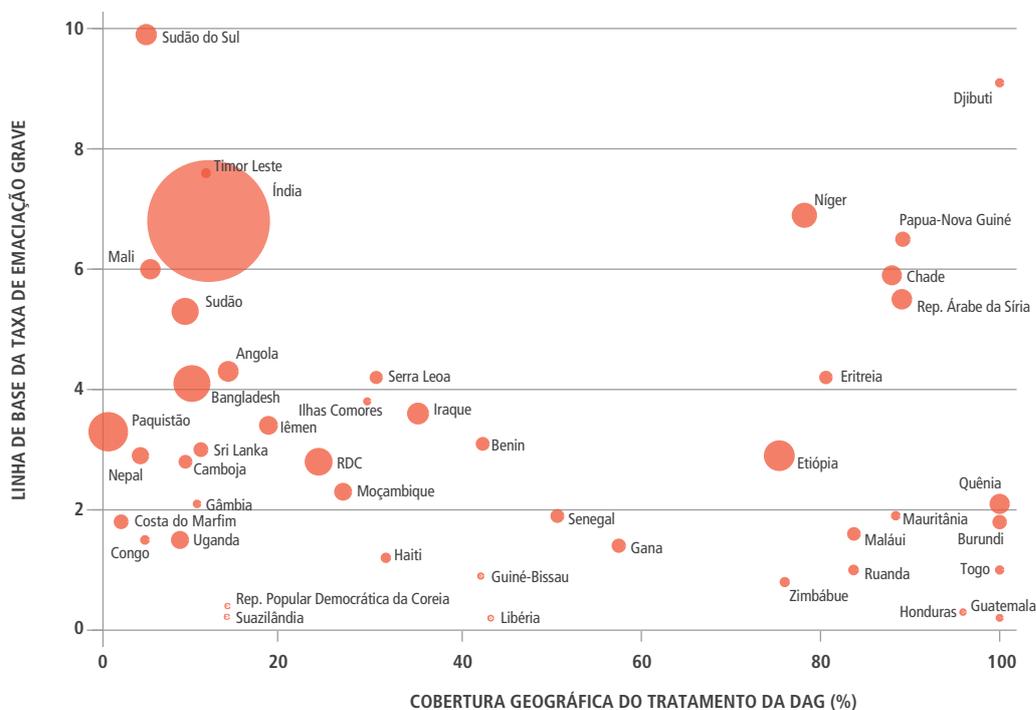
intervenções. Nenhum país está abaixo de 50% para todas as cinco intervenções. A maior parte dos países possui uma cobertura superior a 50% em duas ou três áreas.

Quais são as intervenções ou práticas em que os países são mais fracos? A Tabela 5.5 enfatiza a intervenção para a qual cada país possui a menor taxa de cobertura. A maior parte dos países são mais fracos na suplementação de ferro/ácido fólico durante pelo menos 90 dias ou mais, sete países são mais fracos na suplementação de vitamina A e nove países são mais fracos nas práticas de aleitamento materno. Análises como essas em nível dos países podem ajudar a identificar áreas para iniciativas prioritárias.

Desnutrição aguda

O mundo tem progredido pouco na redução do ônus mundial da desnutrição aguda moderada (DAM) e aguda grave (DAG).⁹ Como foi ilustrado no Capítulo 3, as taxas de emaciação infantil¹⁰ para a DAM e DAG combinadas estão estáticas em nível mundial. A prevalência da emaciação grave em nível mundial, um indicador da AMS, está estimada em pouco menos de 3% (igual a 17 milhões de crianças menores de cinco anos) (UNICEF, OMS e Banco Mundial, 2014). O risco de morte em crianças com DAG é nove vezes superior ao de crianças sem DAG (OMS e UNICEF,

FIGURA 5.8 COBERTURA GEOGRÁFICA DO TRATAMENTO DA DAG POR TAXAS DE EMACIAÇÃO GRAVE DE MENORES DE CINCO ANOS



Fonte: Os dados do tratamento de emaciação e da DAG são da UNICEF, OMS e Banco Mundial (2014; dados de 2005–2013) e da UNICEF, CMN e ACF International (2013). Os dados das populações são da ONU (2013b).

Nota: O tamanho dos círculos é proporcional ao número de crianças que apresentam emaciação grave. DAG = desnutrição aguda grave.

2009). Atualmente 7,8% das mortes de crianças menores de cinco anos são atribuíveis a emaciação grave (Black et al., 2013). Embora a DAM apresente menor risco de mortalidade, afeta um número absoluto maior de crianças, realçando a importância de uma abordagem universal da DAM. Se a escala das intervenções específicas de nutrição fosse ampliada para uma cobertura de 90%, elas poderiam reduzir a prevalência da emaciação grave em cerca de 61% (Bhutta et al., 2013a).

Contudo, quando uma criança desenvolve DAG, o tratamento de acompanhamento geralmente inclui tratamento da DAM para prevenir uma recidiva. Os dados da cobertura de tratamentos de DAM e DAG são limitados. Um estudo de 2013 examinou os dados disponíveis de cobertura do tratamento da DAG baseados em três métodos de estimativa da cobertura: (1) estimativas indiretas da cobertura geográfica (a porcentagem do número total de instalações de cuidados de saúde de um país que estão administrando tratamento para a DAG), (2) estimativas indiretas da cobertura do tratamento (a porcentagem do número total de entradas no hospital como proporção do ônus estimado para a DAG) e (3) estimativas diretas subnacionais da cobertura do tratamento, onde as entradas no hospital e o ônus podem ser observados diretamente (UNICEF, CMN e ACF International,

2013). Este estudo da cobertura do tratamento da DAG mostrou claramente que cada método de estimativa possui suas limitações próprias. São necessários mais esforços para desenvolver sistemas viáveis que possam avaliar a cobertura em tempo real e que sejam adaptados a cada país para ajudá-los a gerir melhor a programação e ampliação do tratamento da DAG. Para este relatório usamos dados da cobertura geográfica.

A Figura 5.8 representa a emaciação em função da cobertura geográfica da programação do tratamento da DAG. Está claro que alguns países de grande dimensão com altos níveis de DAG, medidos pela emaciação grave, possuem taxas de cobertura geográfica baixas (como a Índia e Bangladesh). Este resultado pode ser devido a uma incidência altamente concentrada de DAG num pequeno número de locais ou à incapacidade de ampliar o tratamento da DAG. O gráfico é inconclusivo, mas fornece um ponto de partida para explorar questões relacionadas com a cobertura.

Os dados mais recentes sobre a cobertura do tratamento da DAG, da *Coverage Monitoring Network* (CMN – Rede de Monitoramento da Cobertura), estão apresentados na Tabela 5.6. Estes dados são baseados em medições comparadas da cobertura do tratamento usando metodologias bem

TABELA 5.6 ESTIMATIVAS DIRETAS ATUAIS DA COBERTURA DO TRATAMENTO DA DAG

País	Número de estimativas da cobertura	Proporção de estimativas diretas da cobertura de programas de DAG (%)	Mediana de estimativas diretas da cobertura de programas de DAG (%)	Ambiente
Afganistão	1	36		Urbano
Angola	1	82		Rural
Burkina Fasso	4	26–41	31	Rural
Camarões	1	35		Urbano
Chade	9	20-73	38	Rural
Etiópia	2	79-89		Colônia/rural
Filipinas	2	33-91		Rural
Haiti	1	45		Urbano
Mali	1	25		Rural
Mauritânia	1	35		Rural
Nepal	1	41		Rural
Níger	4	28-61	30	Rural
Nigéria	1	55		Rural
Paquistão	10	37-87	50	Rural/colônia
Quênia	13	20-67	50	Rural/urbano
Rep. Dem. do Congo	4	14-41	30	Rural
Ruanda	1	35		Rural
Senegal	2	12-17		Rural
Serra Leoa	1	62		Urbano
Somália	2	83-85		Colônia
Sudão	2	43-59		Colônia
Sudão do Sul	4	24-86	50	Rural/colônia

Fonte: Com base em dados compilados pela *Coverage Monitoring Network* (CMN), disponível na CMN mediante pedido.

Nota: DAG = desnutrição aguda grave.

estabelecidas de uma grande variedade de países. A mediana da cobertura do tratamento em todos os locais no interior de países é aproximadamente 30-50%. O desafio é aumentar a cobertura do tratamento nos locais e depois chegar a outros locais onde a DAG prevalece. O Painel 5.1 descreve alguns dos desafios apresentados pela identificação dos níveis de cobertura existentes e propõe táticas para seu progresso.

Nota final sobre a cobertura

O foco na cobertura de programas específicos e relevantes para a nutrição é importante. Mas se as populações vulneráveis não possuírem uma “cobertura eficaz” (isto é, se não estiverem engajadas em programas de nutrição eficazes), seu nível de nutrição aumentará lentamente, se aumentar. Por outras palavras, não é somente a escala de cobertura que necessita ser ampliada, mas também o impacto e a cobertura dos programas. Isto implica reforçar a saúde, alimentos e sistemas hídricos, assim como focar a eficácia dos programas, as características de concepção que aumentam o impacto, a estratégia e visão para a ampliação de sua escala e as capacidades e recursos necessários para essa ampliação.

Também se deve ter em mente que a emaciação (ambas DAM e DAG) e o atraso no crescimento podem coexistir na mesma criança, criando a necessidade de uma resposta coordenada. Essa resposta deve estar presente não só durante crises humanitárias, mas também em situações não de emergência, como parte de uma agenda do desenvolvimento da nutrição mais abrangente.

Relativamente à ampliação da cobertura, resultados recentes do último relatório *Countdown to 2015* (*Countdown to 2015*, 2014) sugerem que, para os países incluídos no relatório *Countdown* (em que a subnutrição é o principal problema de desnutrição), as intervenções que possuem menor cobertura são as que apresentam melhoramento mais lento da cobertura.

Para avaliar o impacto potencial da ampliação da cobertura de intervenções chave de nutrição, Zulfiqar Bhutta e seus colegas prepararam uma análise para este relatório (consultar a Nota Técnica 2 em www.globalnutritionreport.org para mais informações). Eles examinaram o impacto da ampliação da cobertura de programas chave específicos de nutrição no atraso no crescimento e na emaciação em Bangladesh, Etiópia e Paquistão, mais intervenções relacionadas com a otimização dos intervalos de nascimentos e melhoria da água, saneamento e higiene. Os resultados são semelhantes aos de Bhutta et al. (2013a). Ampliando a escala de 12 intervenções, o modelo calcula reduções na prevalência do atraso no crescimento de 17%, 21% e 18% de 2013 a 2025 em Bangladesh, Etiópia e Paquistão, respectivamente. A previsão das reduções na prevalência da emaciação grave estão calculadas em 65%, 62% e 58% em Bangladesh, Etiópia e Paquistão, respectivamente. Os impactos na emaciação grave são particularmente notáveis, enquanto as reduções estimadas para o atraso no crescimento são modestas e assinalam a necessidade de aumentar tanto a cobertura como a qualidade destas intervenções. A pesquisa da implementação pode ter aqui, potencialmente, um papel importante (Menon et al., 2014).

PAINEL 5.1 MEDIÇÃO DA COBERTURA DE PROGRAMAS PARA TRATAR A DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE

JOSE LUIS ALVAREZ

Nossa capacidade de identificar, reabilitar e curar crianças com desnutrição aguda grave (DAG) melhorou dramaticamente nos últimos anos, resultando em modelos de cuidados robustos e econômicos (Bhutta et al., 2013a). Estes desenvolvimentos não só levaram a taxas de cura consistentemente altas mas também aumentaram muito o número de casos de DAG identificados e recebendo tratamento. Segundo a UNICEF, em 2012 foram tratadas mais de 2,6 milhões de crianças com DAG em todo o mundo (UNICEF, 2012). Contudo, continua sendo difícil medir a cobertura, ou proporção de casos que estão recebendo tratamento. Estimativas combinadas da UNICEF, Ação Contra a Fome e da *Coverage Monitoring Network* (CMN) sugerem que menos de 15% da população mundial com DAG está recebendo tratamento atualmente (UNICEF, CMN e ACF International, 2013). A nível nacional apenas um pequeno número de países consegue comunicar estimativas diretas e confiáveis da cobertura. Por que acontece isso?

Parte do desafio é que a medição da cobertura de tratamento requer tempo e capacidade técnica. Novas ferramentas (incluindo os métodos SQUEAC, SLEAC e S3M) proporcionam meios de monitoramento da cobertura de programas de modo fácil, prático e regular (Myatt et al., 2012).

Estes métodos podem fornecer não só estimativas diretas da cobertura, mas também conhecimentos valiosos da distribuição espacial da cobertura e das barreiras que impedem que beneficiários potenciais acessem os serviços. Estas informações ajudam os serviços de tratamento da DAG a se adaptarem, melhorarem e fornecerem às autoridades nacionais diretrizes para ampliar a realização do tratamento. Mas o tempo e a capacidade técnica a nível nacional – para conceber, implementar e analisar as pesquisas de cobertura – continuam sendo muito escassos. Plataformas de colaboração, como a plataforma internacional *Coverage Monitoring Network*¹, estão ajudando a solucionar estas lacunas.

Outra dificuldade é que os dados de cobertura atualmente não estão sendo coletados como parte de pesquisas nacionais, formais e periódicas existentes, como a *Demographic and Health Survey* (DHS) e a *Multiple Indicator Cluster Survey* (MICS). Em parte isto se deve a que a população-alvo para a avaliação da cobertura, que consiste em pessoas elegíveis para tratamento, é diferente das populações-alvo para estas pesquisas periódicas. Em vez disso os dados de cobertura do tratamento da DAG são criados mais através de pesquisas *ad hoc* individuais, que não estão relacionadas com as pesquisas

estandardizadas DHS/MICS, e raramente têm cobertura nacional. É difícil comparar os dados resultantes entre países. Os novos métodos para a medição da cobertura dependem menos intensamente de recursos do que os anteriores, podem ser mais facilmente implementados com frequência e melhor integrados em processos de coleta de dados mais regulares, incluindo as pesquisas periódicas.

O sucesso da integração da cobertura nestes sistemas levará tempo, mas é possível fazer muito agora para começar a relacionar e associar estes conjuntos de dados. A UNICEF, Ação Contra a Fome, *Food and Nutrition Technical Assistance* (FANTA) e a *Coverage Monitoring Network* estão trabalhando juntas para desenvolver meios de utilizar os dados administrativos existentes (entradas e altas de hospitais, contas de estoques e triagem) para identificar os determinantes da cobertura e estrangulamentos que afetam a cobertura. Também será importante explorar as opções para a inclusão de perguntas de cobertura em pesquisas periódicas, como a DHS e MICS. Tais abordagens não substituirão completamente as pesquisas de cobertura, mas permitirão que os serviços de nutrição façam melhor uso das informações existentes, para criar estratégias para melhorar o acesso aos serviços de tratamento da DAG e à sua cobertura.

LACUNAS DE DADOS



1. De um modo geral, a coleta de dados de cobertura de intervenções precisa ser ampliada simultaneamente à ampliação das próprias intervenções.
2. Estão faltando dados de suplementação de ácido fólico durante o período periconceptual.
3. Os esforços recentes de coleta de dados de cobertura de AMA e DAMn e do tratamento da diarreia com zinco tem de ser mantidos.
4. É necessário trabalho metodológico extra para desenvolver métodos viáveis, em tempo real, para a criação de informações sobre a programação e cobertura de tratamentos da

6

AS INTERVENÇÕES QUE ABORDAM OS DETERMINANTES SUBJACENTES DO NÍVEL DE NUTRIÇÃO SÃO IMPORTANTES, MAS PRECISAM SER MAIS RELEVANTES PARA A NUTRIÇÃO

MELHORIAS SIGNIFICATIVAS E SUSTENTADAS DA NUTRIÇÃO SÃO O RESULTADO DE COMBINAÇÕES DE MEDIDAS ESPECÍFICAS DA NUTRIÇÃO E RELEVANTES PARA ESTA e de atividades que operam ao nível dos determinantes subjacentes. Este capítulo foca os programas relevantes para a nutrição e os motores subjacentes da melhoria do nível de nutrição. Estes incluem a oferta de alimentos; água, saneamento e higiene; matrícula feminina no ensino secundário; e disponibilidade de cuidados de saúde. A discussão aqui incide fortemente na subnutrição e visamos aumentar a discussão do sobrepeso e da obesidade no *Relatório sobre a Nutrição Mundial* de 2015.¹

Em primeiro lugar este capítulo descreve as tendências da subalimentação e do “consumo excessivo de calorias”. Também relatamos o acesso a melhor abastecimento de água e instalações de saneamento, dado o perfil renovado destas áreas (por exemplo, Spears et al., 2013).² Em segundo lugar, tentamos enfatizar as vulnerabilidades dos determinantes subjacentes do nível de nutrição para diferentes países. Em terceiro lugar, analisamos as tendências das despesas em setores relacionados com estes motores subjacentes. Finalmente, resumimos a linha de pensamento atual sobre como tornar os investimentos nos motores subjacentes da nutrição mais relevantes para a nutrição.

PONTOS CHAVE

1. Os investimentos em programas relevantes para a nutrição e nos determinantes subjacentes da desnutrição devem fazer parte de um portfólio de atividades para a melhoria sustentada do nível de nutrição.
2. No que diz respeito à oferta de alimentos, à medida que a subalimentação diminui, o consumo excessivo de calorias está aumentando. Isto significa que a proporção da população com uma oferta de alimentos saudável – nem subalimentada, nem consumindo calorias excessivas – permanece constante em vez de estar aumentando.
3. O acesso a melhores serviços de abastecimento de água e de saneamento está aumentando constantemente, mas existem grandes lacunas de cobertura na África Oriental, Ocidental e Central, no caso da água, e no Sul da África e no Sudeste Asiático no caso do saneamento. A matrícula feminina no ensino secundário está aumentando constantemente, excedendo 50% na África. A densidade populacional de profissionais de saúde continua sendo muito baixa na África e é metade da proporção da Ásia.
4. Cinquenta e nove dos 100 países com dados são relativamente vulneráveis (abaixo do 25º percentil para todos os países com dados) em pelo menos um dos determinantes subjacentes. Trinta e cinco são relativamente vulneráveis em três a cinco destes determinantes subjacentes. Neste caso existe uma necessidade específica de investir de maneira equilibrada em medidas específicas da nutrição, atividades relevantes para a nutrição e atividades que abordem determinantes subjacentes mais gerais.
5. Diferentes países possuem diferentes vulnerabilidades. Cada um dos determinantes subjacentes tem maior importância para um conjunto de países diferente.
6. As despesas governamentais em categorias amplas que podem apoiar melhoramentos no nível de nutrição – agricultura, educação, saúde e proteção social – variam de região para região e dentro de cada região. A despesa com a proteção social está aumentando rapidamente em muitos países africanos e asiáticos, oferecendo uma oportunidade para incorporar a nutrição nesses programas.
7. A base de evidências está ficando mais forte, mas ainda é fraca no que se refere ao modo de fazer as intervenções que abordam os determinantes subjacentes mais relevantes para a nutrição. Recorrendo à atual base de evidências o relatório oferece algumas ideias para a agricultura, proteção social, educação, saúde e água, saneamento e higiene.

TENDÊNCIAS EM DETERMINANTES SUBJACENTES SELECIONADOS

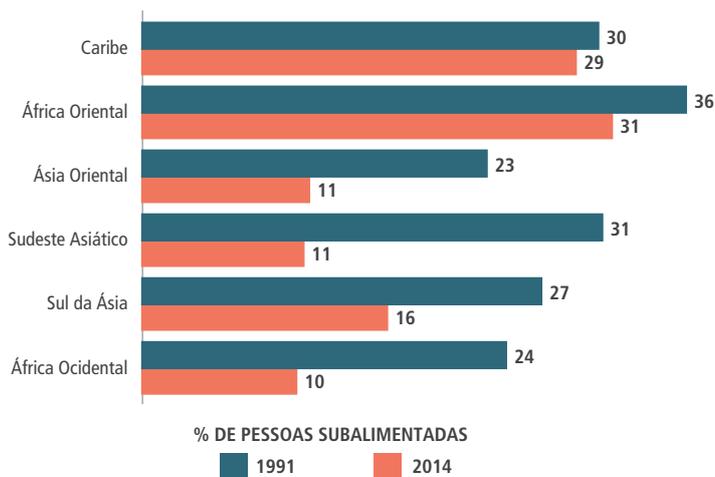
Oferta de alimentos

O indicador padrão da ONU para a insegurança alimentar é a medida da “subalimentação” da FAO. A FAO calcula a prevalência da subalimentação combinando dados sobre a oferta de alimentos com várias suposições para estimar a proporção da população abaixo de um requisito de energia dietética mínima. O documento *The State of Food Insecurity in the World 2014* (FAO, 2014b) indica em cabeçalho um número global de 805 milhões de pessoas subalimentadas. Quase todas as regiões mostraram progresso na redução da

proporção de pessoas subalimentadas desde 1990–1992, mas com taxas de progresso muito diferentes (Figura 6.1). Contudo, na África, ao contrário de outras regiões, o número de pessoas subalimentadas está aumentando devido ao aumento da população (FAO, 2014b).

Além de medir a subalimentação, a FAO desenvolveu recentemente uma estimativa do “consumo excessivo de calorias”: a proporção de uma população situada acima de um requisito de energia dietética máxima.³ (A FAO não dá o nome de “superalimentação” ao indicador porque não se pode supor a inexistência de desperdício alimentar na extremidade superior da distribuição de calorias).

FIGURA 6.1 TENDÊNCIAS DA SUBALIMENTAÇÃO POR SUB-REGIÃO



Fonte: Autores, com base em dados da FAO (2014a).

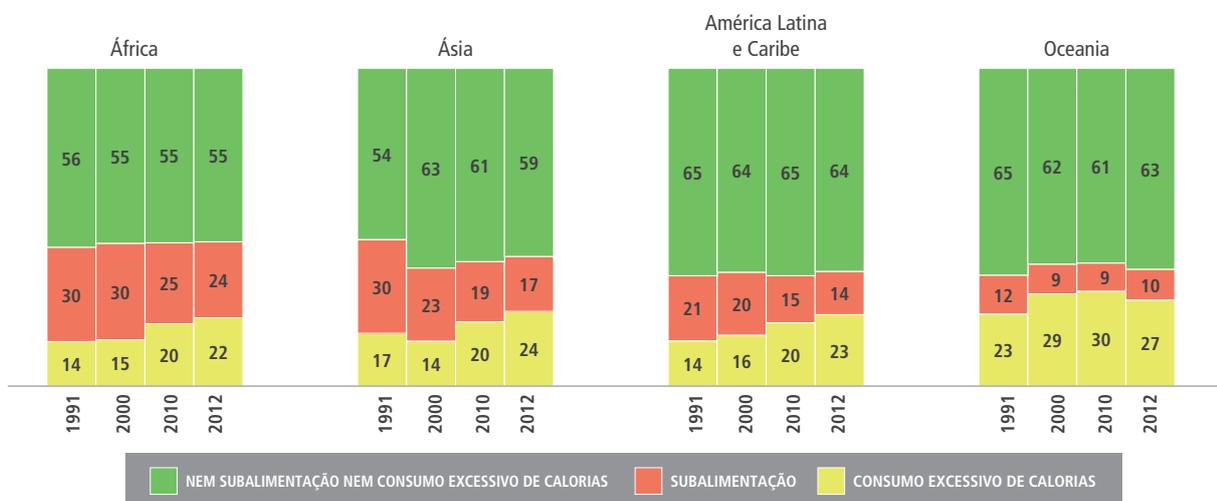
Nota: Quando havia dados disponíveis para ≥50% da população da sub-região, os dados da FAO foram recalculados usando classificações regionais da ONU. Os números correspondentes para 1991 e 2014 usando a classificação regional e os nomes da FAO são Caribe: 27% e 20%; África Subsaariana: 33% e 24%; Ásia Oriental: 23% e 11%; Sudeste Asiático: 31% e 10%; Sul da Ásia: 24% e 16%.

A Figura 6.2 indica a subalimentação e o consumo excessivo de calorias para regiões da ONU e define a população residual em cada região como consistente com uma oferta de alimentos saudável – nem subalimentada, nem com consumo excessivo de calorias. Em todas as regiões a proporção de população subalimentada está diminuindo, enquanto a proporção da população com consumo excessivo de calorias está aumentando ao mesmo ritmo, deixando constante a proporção da população com uma oferta de alimentos saudável.

Apesar da diminuição na subalimentação, a oferta de alimentos não parece estar se tornando mais saudável, pelo menos em termos de calorias. Os pesquisadores necessitam trabalhar mais para determinar a utilidade do indicador de consumo excessivo de calorias, mas se estes resultados iniciais são válidos, há razão para preocupação.

Não é possível construir estes gráficos para a América do Norte e a Europa porque a FAO não publica estimativas de subalimentação para estas regiões. Contudo, a comparação das estimativas do consumo excessivo de calorias para a Austrália, Reino Unido e os Estados Unidos com as de países selecionados da África, Ásia e América do Sul

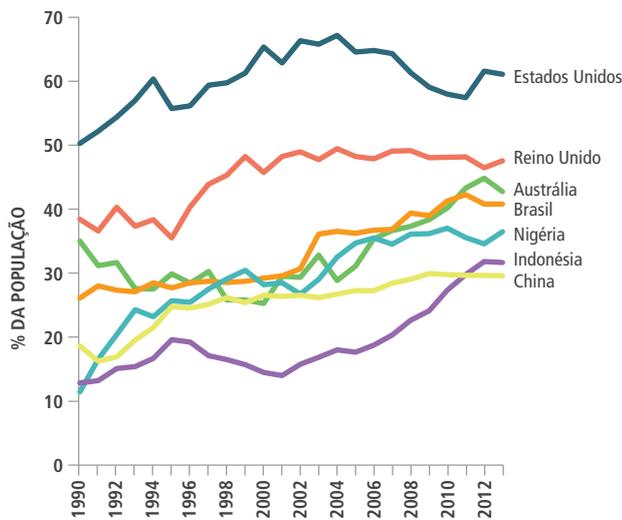
FIGURA 6.2 TENDÊNCIAS DA SUBALIMENTAÇÃO E DO CONSUMO EXCESSIVO DE CALORIAS POR REGIÃO



Fonte: Os dados de subalimentação são da FAO (2014a). Os dados de consumo excessivo de calorias são dados não publicados da FAO. Consultar a Nota Técnica 3 em www.globalnutritionreport.org para mais informações.

Nota: Os dados de consumo excessivo de calorias são para 1991, 2000, 2010 e 2013. O consumo excessivo de calorias é definido como a percentagem da população que consome calorias acima de um nível consistente com o 95º percentil do índice de massa corporal de uma população saudável e um coeficiente de nível de atividade física de 2,10.

FIGURA 6.3 TENDÊNCIAS NO CONSUMO EXCESSIVO DE CALORIAS EM PAÍSES SELECIONADOS



Fonte: Dados não publicados da FAO. Consultar a Nota Técnica 3 em www.globalnutritionreport.org para mais informações sobre a metodologia.

Nota: O consumo excessivo de calorias é definido como a porcentagem da população que consome calorias acima de um nível consistente com o 95º percentil do índice de massa corporal de uma população saudável e um coeficiente de nível de atividade física de 2,10.

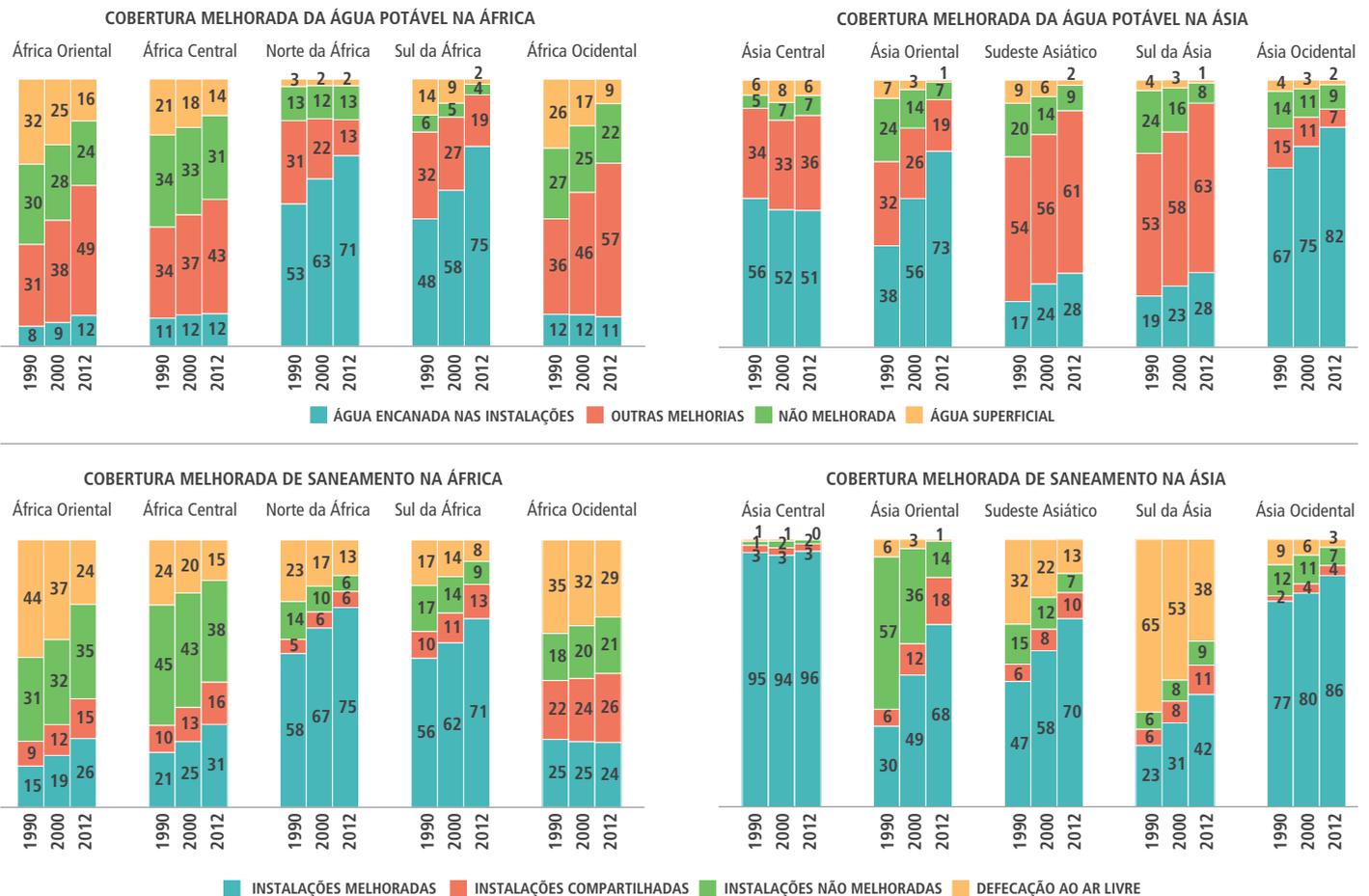
mostra que os países de renda mais alta possuem taxas mais altas de consumo excessivo de calorias, mas todos os países estão de certo modo convergindo (Figura 6.3).

Os números nas Figuras 6.2 e 6.3 podem ajudar a enfatizar tendências amplas, mas são aproximações imperfeitas da qualidade da alimentação. São necessárias pesquisas nacionais para avaliar adequadamente a diversidade e a qualidade alimentar. O Painel 6.1 documenta e avalia tendências atuais na qualidade da alimentação entre adultos nos Estados Unidos e mostra que as políticas, associadas a evidências científicas, conscientização do consumidor e atividades das empresas de alimentos, podem fazer uma diferença.

Água, saneamento e higiene

O acesso a melhor abastecimento de água e instalações de saneamento é necessário para reduzir o risco de infecção que pode comprometer a absorção de nutrientes.⁴ Na África e na Ásia – as regiões onde o acesso a um melhor abastecimento de água e instalações de saneamento tem sido mais fraco – o acesso das pessoas a estes melhoramentos está aumentando constantemente em todas as sub-regiões (Figura 6.4). Mesmo assim, na África Oriental, Central e Ocidental mais de 30% da população não tem acesso a abastecimento de água melhorado.⁵

FIGURA 6.4 TENDÊNCIAS NO ACESSO A MELHOR ABASTECIMENTO DE ÁGUA E SANEAMENTO EM SUB-REGIÕES DA ÁFRICA E ÁSIA



Fonte: OMS e UNICEF (2014).

Nota: Os dados são médias ponderadas regionais da população.

PAINEL 6.1 TENDÊNCIAS DA QUALIDADE ALIMENTAR ENTRE ADULTOS NOS ESTADOS UNIDOS

DANIEL WANG E WALTER WILLETT

As evidências das tendências da qualidade alimentar fornecem um feedback e uma orientação essenciais para a formulação de políticas públicas. Para pesquisar as tendências da qualidade alimentar nos EUA ao longo do tempo e para os vários subgrupos socioeconômicos, usamos uma população nacional representativa de 29.124 adultos entre os 20 e os 85 anos de idade das pesquisas National Health and Nutrition Examination Surveys (Pesquisas da Saúde e Nutrição Nacionais) de 1999–2010 dos EUA (Wang et al., 2014). Medimos a qualidade alimentar usando o Índice de Alimentação Saudável Alternativa de 2010 (AHEI-2010), uma classificação de 11 dimensões baseada em uma combinação de variáveis de alimentos e nutrientes que possuem relações estabelecidas com resultados de saúde importantes.

Ao longo dos 12 anos, o valor médio do índice AHEI-2010 aumentou de 39,9 para 46,8 sugerindo uma melhoria constante da qualidade alimentar. Esta melhoria refletiu mudanças favoráveis nas opções de alimentos e de processamento de alimentos feitas pelos consumidores, motivadas pelas políticas públicas e educação sobre nutrição. A redução de gorduras trans de 4,6 gramas por pessoa por dia no final dos anos 90 para 1,3 gramas por pessoa por dia em 2010 explicou mais de metade da melhoria da qualidade alimentar.

Os esforços das políticas públicas foram em grande medida responsáveis por esta redução

do consumo de gorduras trans. Devido à forte evidência científica de seus efeitos adversos, a Food and Drug Administration (FDA) dos EUA tem exigido desde 2006 que as gorduras trans sejam incluídas nos rótulos dos valores nutricionais dos alimentos. Muitos estados e cidades tomaram medidas legislativas e regulamentares para limitar o uso de gorduras trans nos restaurantes e outros locais. A maioria dos fabricantes reformulou seus produtos para reduzir as gorduras trans. Mais recentemente a FDA propôs uma medida para eliminar as gorduras trans da oferta de alimentos. Também foram observados melhoramentos significativos para outros componentes do AHEI-2010, incluindo frutas inteiras, grãos integrais, bebidas adoçadas com açúcar, frutos secos e leguminosas, ácidos gordos poli-insaturados, ao passo que o consumo de sódio aumentou significativamente com o tempo. Embora mostrando uma melhoria modesta, a qualidade alimentar geral está longe de ser ótima, ainda sendo possível melhorá-la muito mais, mas só pode ser conseguida uma pequena melhoria adicional reduzindo o consumo de gorduras trans.

A qualidade alimentar no grupo de alto nível socioeconômico foi consistentemente superior à dos grupos de mais baixo nível socioeconômico e a diferença entre os dois grupos aumentou de 3,9 pontos em 1999–2000 para 7,8 pontos em 2009–2010. Os preços mais altos dos alimentos saudáveis

e o acesso limitado a estes podem ajudar a explicar esta diferença. Entre os grupos étnicos, os mexicanos americanos tinham um AHEI-2010 mais alto do que os grupos de brancos e negros não hispânicos, possivelmente devido a suas tradições alimentares e cultura. Os negros não hispânicos tinham os menores escores AHEI-2010, principalmente devido a diferenças na renda e educação.

Nossos resultados enfatizam a necessidade de os pesquisadores da saúde pública e formuladores de políticas gerarem mais evidências científicas para informar as diretrizes alimentares e conceber estratégias para lidar com as disparidades socioeconômicas da qualidade alimentar. Podemos tirar lições do processo de eliminação das gorduras trans, que resultou de uma combinação de evidências científicas em evolução, maior conscientização do consumidor para os efeitos nocivos das gorduras trans, medidas regulamentares e reformulação de alimentos pelos fabricantes. A experiência com as gorduras trans também mostra que ações coletivas, como a legislação e os impostos, que criam um ambiente que apoia as opções saudáveis dos indivíduos, são mais eficazes e eficientes do que as ações que dependem unicamente da responsabilidade individual do consumidor. As populações de baixo nível socioeconômico provavelmente se beneficiarão mais com estes tipos de ações coletivas.

Para o caso do saneamento, há muito mais a fazer. A cobertura de instalações melhoradas é inferior a 33% na África Oriental, Ocidental e Central e a 42% no Sul da Ásia. As taxas de defecação ao ar livre, consideradas um fator de importância especial para o nível de nutrição (Spears et al., 2013, como relatado por Bhutta et al., 2013a), são superiores a 10% na África Oriental, Central, Ocidental e Norte da África, e no Sudeste Asiático. A taxa de defecação ao ar livre é extremamente alta no Sul da Ásia, cerca de 38%, embora esteja diminuindo rapidamente.

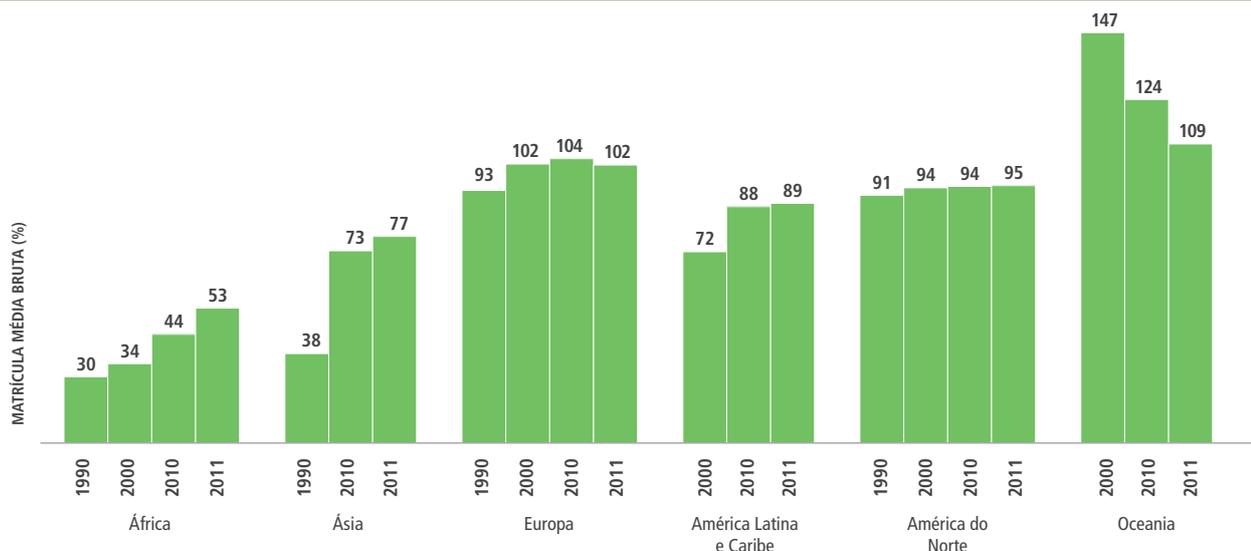
Matrícula feminina no ensino secundário

A educação feminina é importante para a nutrição porque tende a atrasar a primeira gravidez das meninas e, de modo geral, é uma parte importante de seu empoderamento. Todas as regiões estão progredindo em termos de matrícula feminina no ensino secundário, convergindo para uma taxa um pouco superior a 100,⁶ embora a taxa seja ainda cerca de 50% na África (Figura 6.5).

Densidade populacional de profissionais de saúde

O acesso a profissionais de saúde bem informados é importante para muitas intervenções específicas da nutrição. A Figura 6.6 mostra o número de profissionais de saúde por 1.000 pessoas por região. A Europa possui o maior número de médicos (3,5) e a África, o menor (0,5). A América do Norte possui o maior número de enfermeiros e parteiras (9,8) e a África o menor (1,3). Embora a Ásia tenha o dobro do número de profissionais de saúde comunitária da África por 1.000 pessoas (não indicado no gráfico), os números são muito baixos em ambas as regiões (0,7 em comparação com 1,4). Não estão disponíveis dados de tendências. Além disso, estes dados não dizem nada sobre a distribuição dos profissionais de saúde; as razões provavelmente são muito menores nas áreas rurais mais remotas. Obviamente os esforços para ampliar os programas de nutrição do setor de saúde serão dificultados pelos baixos números de profissionais de saúde, principalmente na África.

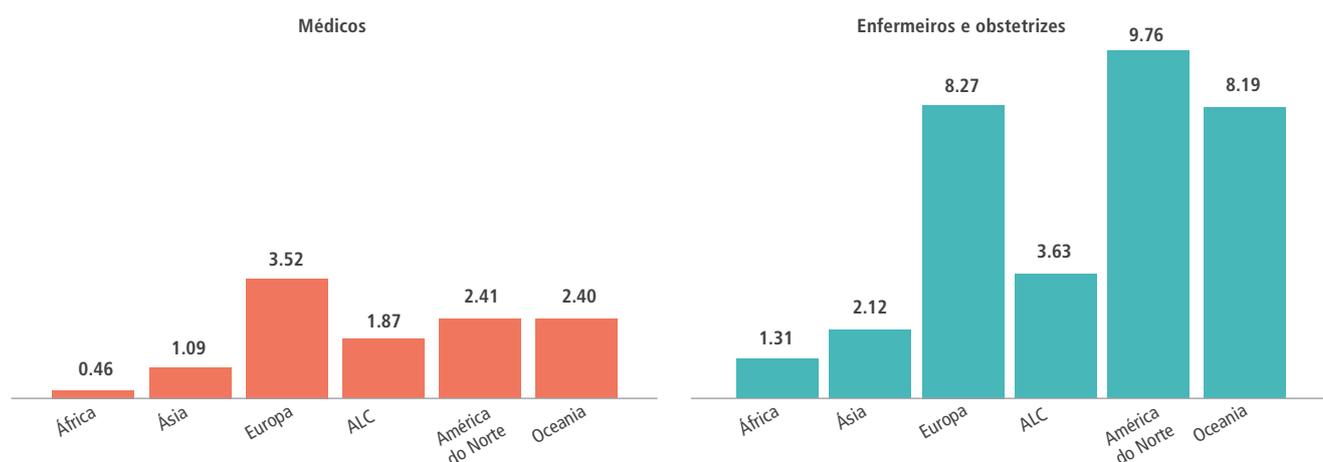
FIGURA 6.5 TENDÊNCIAS DA MATRÍCULA FEMININA NO ENSINO SECUNDÁRIO



Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (2014).

Nota: Os dados indicam a matrícula feminina no ensino secundário, independentemente da idade, expressa como porcentagem da população feminina em idade de educação secundária oficial. A razão pode exceder 100% devido à inclusão de estudantes em idade acima e abaixo da idade escolar oficial e devido a entrada tardia ou precoce na escola e repetição de ano. Os dados mais recentes são do período entre 2011 e 2013. Os dados são médias ponderadas da população.

FIGURA 6.6 DENSIDADE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR 1.000 PESSOAS



Fonte: OMS (2014k).

Nota: Os dados são médias ponderadas regionais da população e referem-se ao período entre 1992 e 2013. ALC = América Latina e Caribe.

TABELA 6.1 NÚMERO DE PAÍSES QUE SÃO VULNERÁVEIS AOS DETERMINANTES SUBJACENTES PARA A SUBNUTRIÇÃO

Relativamente vulneráveis a:	Número de países	Países de grande dimensão em cada grupo	População total (milhões)
0 indicadores subjacentes	43	China, Filipinas, Irã	2.005
1 indicador subjacente	14	Índia, Indonésia, Paquistão	1.858
2 indicadores subjacentes	8	Gana, Iraque, Nepal	100
3 indicadores subjacentes	8	Angola, Burkina Fasso, Nigéria	253
4 indicadores subjacentes	14	Camarões, Iêmen, Quênia	183
5 indicadores subjacentes	13	Etiópia, República Unida da Tanzânia, Uganda	276
Total	100		
Número de países com falta de dados	93		

Fonte: Dados sobre a subalimentação: FAO (2014a); água e saneamento: OMS e UNICEF (2014); matrícula escolar: Instituto de Estatística da UNESCO (2014); profissionais de saúde: OMS e UNICEF (2014k). Os dados das populações são da ONU (2013b).

Nota: Os cinco determinantes subjacentes para a subnutrição analisados nesta tabela são (1) subalimentação, (2) cobertura melhorada de água potável, (3) cobertura melhorada do saneamento, (4) matrícula feminina no ensino secundário e (5) densidade populacional de médicos. Os países são classificados como relativamente vulneráveis se estão abaixo do 25º percentil para os indicadores de água potável, saneamento, matrícula feminina no ensino secundário e densidade de médicos e acima do 75º percentil para o indicador de subalimentação.

PAINEL 6.2 COMO BANGLADESH REDUZIU TÃO RAPIDAMENTE O ATRASO NO CRESCIMENTO?

DEREK HEADEY

Entre 1997 e 2011, a percentagem de atraso no crescimento de crianças de Bangladesh menores de cinco anos reduziu de 59% para 40%, quase 1,4% ao ano. Isto representa uma taxa anual média de redução de 2,7% (seria necessária uma taxa de 3,3% para Bangladesh cumprir a meta da AMS relativa ao atraso no crescimento). Entre os bebês de 0-6 meses de idade a redução no atraso no crescimento ainda foi maior: de 28% para 16%. De fato, a redução do atraso no crescimento de crianças menores de cinco anos em Bangladesh foi quase o dobro da verificada na Índia durante um período de tempo semelhante. 1 O que levou a esta redução sustentada?

Uma análise recente usa rodadas repetidas da Demographic and Health Surveys de Bangladesh (DHS de 1997, 2000, 2004, 2007 e 2011) para explicar cerca de 55% das mudanças nas taxas de atraso no crescimento (Headey et al., 2014). A análise mostra que os motores da redução do atraso no crescimento

são multidimensionais: melhoria dos bens da unidade familiar, educação parental, cobertura de saneamento, utilização de cuidados de saúde e fatores demográficos, todos tem uma contribuição importante.

O aumento nos bens da unidade familiar está associado a quase um quarto das mudanças explicadas para o atraso no crescimento. O aumento da educação de mães e pais é responsável por outro quarto. Portanto, as mudanças nos determinantes subjacentes e básicos são importantes. Mas os determinantes mais imediatos também são importantes, como a redução das taxas de defecação ao ar livre (que contribui com 12%) e as intervenções relacionadas com a nutrição no setor da saúde, como cuidados pré-natais e nascimento em instalação médica (que em conjunto representam 18% da redução). Finalmente, reduções na fertilidade são motores importantes, mas frequentemente ignorados (maior intervalo entre nascimentos

e mais baixa ordem de nascimentos representam 12%).

A experiência de Bangladesh demonstra que os países de baixa renda podem reduzir rapidamente o atraso no crescimento – a um ritmo que se aproxima do necessário para cumprir a meta da AMS de 2025 – por meio de uma abordagem multidimensional. Todos os setores, níveis e atores necessitam de colaborar entre si. A experiência de Bangladesh também mostra o valor da coleta periódica de dados. As pesquisas a grande escala, sobre tópicos múltiplos e com base na população, como a pesquisa DHS efetuada todos os três a quatro anos, permitem realizar análises que podem ajudar as pessoas a responsabilizar os governos, identificar os motores chave da redução da subnutrição e moldar futuros investimentos para sustentar e acelerar o ritmo da redução do atraso do crescimento.

EM QUE ÁREAS OS PAÍSES SÃO MAIS VULNERÁVEIS A BAIXOS NÍVEIS DE DETERMINANTES SUBJACENTES?

Quantos países são relativamente vulneráveis a baixos níveis de mais de um destes motores subjacentes e a quais destes são mais vulneráveis? Estas são questões importantes que são necessárias de serem abordadas porque potencialmente podem contribuir para acelerar a melhoria na nutrição (como o Painel 6.2 indica para Bangladesh).

Para explorar as vulnerabilidades dos países aos determinantes subjacentes, classificamos os países de acordo com cada um dos seguintes: prevalência de subalimentação, melhor acesso à água potável e saneamento, matrícula feminina no ensino secundário e taxa de densidade populacional de médicos. Os países foram classificados como vulneráveis se estavam abaixo

do 25º percentil em todos os 100 países que possuem dados das cinco variáveis, um limite relativamente baixo. Isto significa que as vulnerabilidades são relativas e não absolutas.

Concluiu-se que 43 países não eram vulneráveis a nenhum dos cinco indicadores dos determinantes subjacentes (Tabela 6.1). Treze países foram classificados como vulneráveis para os cinco indicadores. Este resultado indica uma necessidade genuína de atingir o equilíbrio correto, em nível de país, entre investimentos em intervenções específicas e relevantes para a nutrição e os motores subjacentes gerais da subnutrição. Muitos países provavelmente terão necessidade de investir nas três áreas para reduzir mais rapidamente a subnutrição.

Para os 59 países com pelo menos uma vulnerabilidade, a Tabela 6.2 sugere quais são os motores subjacentes mais importantes. Por exemplo, a análise sugere que para a Índia

TABELA 6.2 PAÍSES MAIS VULNERÁVEIS PARA CADA DETERMINANTE SUBJACENTE

Mais relativamente vulneráveis (classificação mais baixa do país entre os cinco indicadores)	Número de países	População total (milhões)	Três países de maior dimensão em cada categoria
Para a subalimentação	13	83	Bolívia, Guatemala, Zimbábue
Para cobertura melhorada de saneamento	12	1.379	Gana, Índia, Nepal
Para cobertura melhorada de água potável	9	317	Moçambique, Nigéria, Quênia
Para taxas de matrícula feminina no ensino secundário	12	539	Bangladesh, Etiópia, Paquistão
Para a densidade populacional de médicos	13	383	Camarões, Indonésia, Rep. Unida da Tanzânia
Total	57 (59)^a		

Fonte: Dados sobre a subalimentação: FAO (2014a); água e saneamento: OMS e UNICEF (2014); matrícula escolar: Instituto de Estatística da UNESCO (2014); profissionais de saúde: OMS e UNICEF (2014k). Os dados das populações são da ONU (2013b).

^a Maláui possui a menor classificação tanto em saneamento como em densidade populacional de médicos, portanto é contado duas vezes. Burkina Fasso possui a menor classificação tanto em taxas de matrícula feminina no ensino secundário como de densidade populacional de médicos, portanto é contado duas vezes.

o saneamento é o indicador para o qual o país possui a menor classificação entre os 100 países, enquanto para a Nigéria é a cobertura melhorada de água potável. Este tipo de análise pode ajudar a identificar as principais limitações a um melhor nível de nutrição em cada país.

DESPESAS GOVERNAMENTAIS EM SETORES RELACIONADOS COM A NUTRIÇÃO

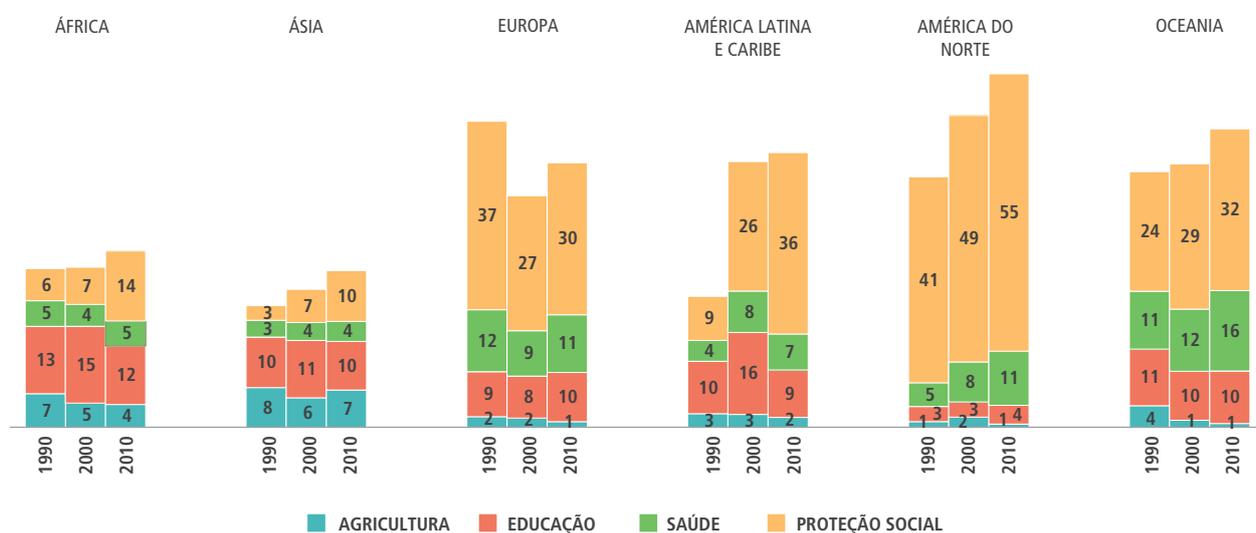
Quanto os países estão gastando em setores que potencialmente poderiam se tornar mais relevantes para a nutrição? A Figura 6.7 indica a proporção das despesas governamentais totais em quatro categorias amplas relacionadas com a nutrição (Ruel e Alderman, 2013): agricultura, saúde, educação e proteção social. (A base de dados em que está baseada a Figura 6.7 inclui dados relativos

à água, saneamento e higiene.⁷⁾

A proporção das despesas governamentais no conjunto destas quatro categorias está aumentando (Figura 6.7). A despesa com a proteção social é a que está aumentando mais rapidamente em quase todas as regiões e especialmente na África e Ásia. Esta situação apresenta oportunidades para a integração da nutrição nestes fluxos de despesas. Pode haver oportunidades específicas para tornar as despesas com a proteção social mais sensíveis à nutrição, de acordo com o sugerido pelas evidências em Ruel e Alderman (2013).

Estas tendências das despesas são simplesmente impulsionadas por diferenças entre as regiões ou existem diferenças dentro das próprias regiões? Para explorar esta questão comparamos alguns países na África (Figura 6.8). Estes países variam, naturalmente, em muitos aspectos, mas mesmo

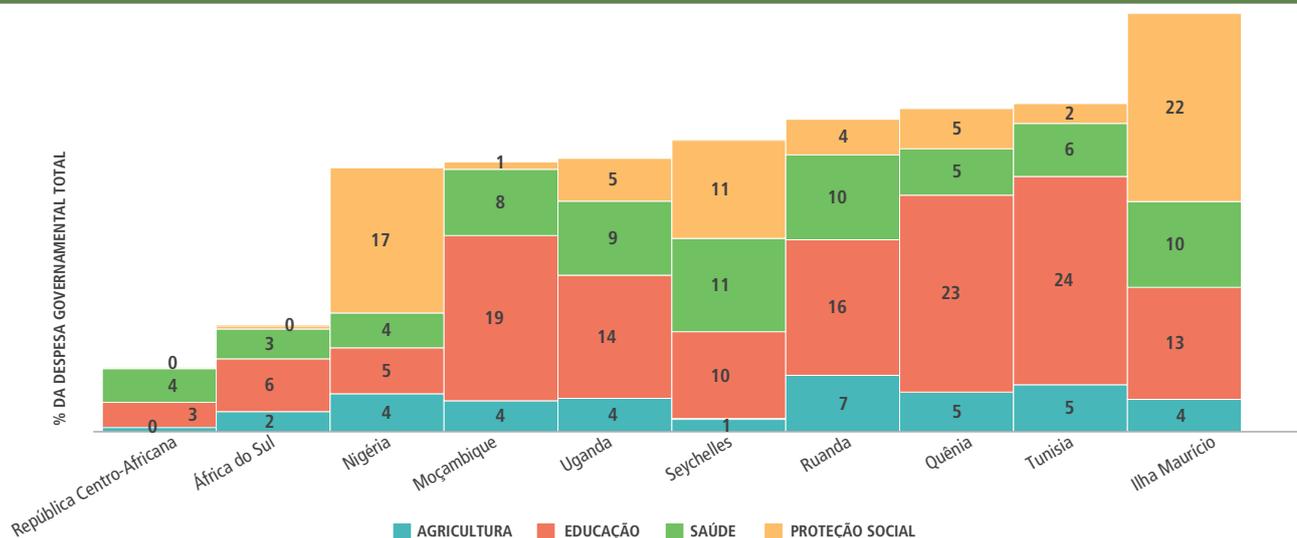
FIGURA 6.7 PROPORÇÃO DE DESPESAS GOVERNAMENTAIS EM QUATRO SETORES RELACIONADOS COM A NUTRIÇÃO (%)



Fonte: IFPRI (2014).

Nota: Os dados são percentagens médias ponderadas da população. A base de dados SPEED usa definições padrão e amplas do FMI para os diferentes setores.

FIGURA 6.8 PROPORÇÃO DE DESPESAS GOVERNAMENTAIS EM QUATRO SETORES RELACIONADOS COM A NUTRIÇÃO EM PAÍSES AFRICANOS SELECIONADOS (%), 2010



Fonte: IFPRI (2014).

PAINEL 6.3 USO DE UMA PLATAFORMA AGRÍCOLA EM BURKINA FASSO PARA MELHORAR A NUTRIÇÃO DURANTE OS PRIMEIROS 1.000 DIAS

DEANNA KELLY OLNEY, ANDREW DILLON, ABDOULAYE PEDEHOMBGA, MARCELLIN OUÉDRAOGO E MARIE RUEL

A integração de programas de nutrição nos programas agrícolas tem grande potencial para melhorar os resultados de nutrição, mas a existência de pontos fracos na definição dos objetivos, concepção e implementação dos programas, assim como fraca concepção da avaliação, limitaram as evidências disponíveis sobre o impacto real de tais programas.

Um tipo de programa de agricultura/nutrição integradas é a produção doméstica de alimentos (PDA). O modelo padrão de PDA inclui jardinagem e criação de pequenos animais e uma estratégia de comunicação de mudança comportamental concebida em torno das chamadas atividades de nutrição essenciais. O modelo normalmente visa as unidades familiares vulneráveis com crianças menores de cinco anos. Em Burkina Fasso, a Helen Keller International (HKI) introduziu em 2010 um programa de Produção Doméstica de Alimentos Reforçada (R-PDA). Em vez de terem como objetivo as unidades familiares com crianças menores de cinco anos, o programa visou mulheres com crianças entre 3–12 meses para assegurar que ele beneficiaria diretamente crianças na janela de oportunidade “primeiros 1.000 dias”. O R-PDA também mudou o modo como o programa era concebido e implementado. Em vez de ensinar as mães apenas sobre nutrição, ele modificou a estratégia de comunicação de mudança comportamental para promover a adoção de práticas de nutrição importantes. Também empoderou

as mulheres proporcionando-lhes educação sobre as melhores práticas agrícolas e de nutrição, transferindo pequenos bens agrícolas e galinhas para as mulheres beneficiárias e dando a liderança de fazendas-modelo de povoados às mulheres beneficiárias (em vez de aos homens agricultores que vivem no povoado).

Para tratar a questão de concepções de avaliação fracas, concebemos uma abordagem de avaliação abrangente. Isto incluiu um ensaio longitudinal controlado de grupos aleatorizados (o primeiro de seu tipo para um programa de agricultura e nutrição, que não de biofortificação) assim como duas rodadas de avaliação do processo qualitativo. As crianças beneficiárias do programa mostraram maior diversidade alimentar e menor prevalência de emaciação, anemia e diarreia, em comparação com pessoas vivendo nos povoados de controle. As mulheres beneficiárias do programa tinham maior consumo de alimentos ricos em nutrientes e menor prevalência de magreza.

Estas mudanças positivas estavam provavelmente relacionadas com os impactos positivos do programa R-PDA nos resultados intermediários observados ao longo dos principais caminhos dos impactos do programa. Estes resultados intermediários incluíam:

- aumento dos bens de produção pertencentes a mulheres, incluindo bens agrícolas e pequenos animais,
- aumento da produção de alimentos ricos em nutrientes pelas mulheres,
- melhoramento dos conhecimentos das mulheres sobre práticas importantes de cuidados e alimentação de bebês e crianças pequenas,
- aumento da diversidade alimentar e do consumo de alimentos ricos em nutrientes nas unidades familiares, e
- melhoramento dos indicadores do status das mulheres, como sua capacidade de decisão nas compras.

Este estudo é um dos primeiros que usa uma avaliação rigorosa para fornecer provas convincentes de que o uso de uma plataforma agrícola pode melhorar a nutrição materna e infantil (Olney et al., 2014). Ele mostra como um programa de agricultura e nutrição integradas bem desenhado, bem visado e bem implementado, incluindo uma forte estratégia de comunicação de mudança comportamental sobre a nutrição e a saúde e atividades de empoderamento das mulheres, pode ter um impacto significativo, e possivelmente duradouro, na nutrição e na saúde de mães e crianças durante os primeiros 1.000 dias.

quando os países possuem níveis de renda semelhantes – como o caso do Quênia, Ruanda e Uganda – aparecem diferenças no modo como as despesas são dotadas. Estas dotações são motivadas não só pelos recursos disponíveis, mas também por opções políticas.

COMO É POSSÍVEL TORNAR OS PROGRAMAS E DESPESAS COM DETERMINANTES SUBJACENTES MAIS RELEVANTES PARA A NUTRIÇÃO?

Como Ruel e Alderman observaram (2013, 1), “As intervenções e programas relevantes para a nutrição na agricultura, redes de segurança social, desenvolvimento na primeira infância e educação têm enorme potencial para ampliar a escala e a eficácia das intervenções específicas de nutrição”.

A base de evidências para atingir esse potencial é fraca, mas está se tornando cada vez mais forte. Muitas organizações apresentaram documentos que propõem diretrizes de boas práticas aos profissionais. A maior parte destas diretrizes foram propostas para a agricultura, proteção social e saúde (consultar

o excelente resumo do Banco Mundial, 2013), não conseguimos encontrar nenhuma para a educação ou água, saneamento e higiene.⁸

A Tabela 6.3 resume as principais diretrizes para a agricultura, proteção social e saúde e apresenta sugestões para a água, saneamento e educação.

A base de evidências ainda é fraca, mas está se tornando cada vez mais forte. O Painel 6.3 oferece um novo e excelente exemplo de Burkina Fasso, de uma intervenção agrícola concebida para melhorar o nível nutricional. A intervenção parece ter sido bem sucedida, visando os primeiros 1.000 dias das crianças e focando na mudança de comportamentos específicos de nutrição e tentando deliberadamente empoderar as mulheres na agricultura.

TABELA 6.3 EXEMPLOS DE COMO TORNAR OS INVESTIMENTOS SETORIAIS MAIS RELEVANTES PARA A NUTRIÇÃO

Exemplos de:	Agricultura	Proteção social	Água, saneamento e higiene	Sistemas de saúde	Educação
Grupos alvo	Famílias produtoras e mulheres agricultoras	Mulheres e meninas Crianças durante os primeiros 1.000 dias	Crianças menores de dois anos e mulheres grávidas e lactantes	Crianças durante os primeiros 1.000 dias	Meninas adolescentes
Tipos de intervenções	Mudanças de comportamento relacionadas com práticas de nutrição específicas Opções de culturas: fator para o valor nutritivo das culturas Opções de melhoramento de culturas: fator para o conteúdo de nutrientes (por exemplo, biofortificação) Opções pós-colheitas: fator para a nutrição no armazenamento, processamento e conservação Práticas de segurança alimentar: minimizar a contaminação (por exemplo, por aflatoxinas e <i>E. coli</i>)	Transferências monetárias condicionais Refeições escolares e rações condicionais para levar para casa (frequência feminina na escola) Suplementos alimentares: suplementos nutricionais (proteína e energia), micronutrientes em pó e alimentos fortificados	Prevenção de ingestão de fezes Eliminação segura de fezes Programas de saneamento total para focar a minimização da defecação ao ar livre Armazenamento e manuseamento adequado de alimentos complementares Kits de tratamento de água	Tantas intervenções específicas da nutrição integradas nos sistemas de saúde quanto possível Aconselhamento por pares e promoção nas instalações para aceitação do aleitamento materno exclusivo Posição melhorada da nutrição nos currículos da saúde e treinamento de profissionais de saúde	Planejamento familiar Refeições escolares e rações para levar para casa Instalações sanitárias separadas para as meninas nas escolas Instrução sobre habilidades de cuidados infantis nas escolas
Canais de distribuição	Extensão agrícola e serviços de aconselhamento rurais Escolas de campo para agricultores Centros de distribuição para tecnologias e insumos Microcrédito e mecanismos de seguros Abordagens baseadas no mercado	Bens alimentares em troca de trabalho/ numerário/cupons (programas de ativos) Escolas Serviços de clínicas de saúde	Programas de água, saneamento e higiene Extensão agrícola para segurança alimentar Campanhas comunitárias de comunicação social e de mudança de comportamento Gestão comunitária de programas de desnutrição aguda	Profissionais de saúde comunitária Campanhas comunitárias de comunicação social e de mudança de comportamento	Educação formal (primária, secundária e seguintes) Workshops de alfabetização Campanhas da mídia Educação baseada na comunidade
Impactos esperados	Melhoramentos na diversidade alimentar e na qualidade da alimentação da unidade familiar	Melhor diversidade alimentar e potencialmente do nível de nutrição de crianças menores de dois anos, mulheres em idade reprodutiva e mulheres grávidas e lactantes	Potencialmente, melhor nível de nutrição de crianças menores de dois anos	Potencialmente, melhor nível de nutrição de mulheres grávidas e crianças menores de dois anos	Potencialmente, resultados de nascimentos: redução de nascimentos com baixo peso para a idade gestacional e nascimentos prematuros
Considerações	O tempo e a energia das mulheres são recursos escassos. Um maior controle das mulheres pode levar a recriminações contra elas.	Garantir que as redes de segurança não neguem os objetivos nutricionais, por exemplo, promovendo inadvertidamente a obesidade.	As normas sociais devem ser compreendidas, respeitadas e consideradas.	Rastrear os primeiros indícios de fatores de risco da obesidade e de doenças não transmissíveis.	Adotar intervenções interdisciplinares nas escolas para reduzir o risco de sobrepeso e obesidade (incluindo atividade física e alimentação saudável).
O que todos os setores podem fazer para reforçar os resultados de nutrição	Defender a posição perante os outros setores de que estes podem desenvolver mais seus objetivos setoriais usando a perspectiva da nutrição; incluir objetivos, indicadores e metas da nutrição. Trabalhar com parceiros para usar a perspectiva da nutrição para desenvolver práticas e medidas específicas de aumento da nutrição em suas intervenções. Trabalhar em áreas de alta desnutrição; envolver as mulheres na concepção e implementação; focar as etapas chave do ciclo de vida; incorporar intervenções específicas de nutrição em plataformas mais abrangentes.				

Fonte: Para a agricultura: UNSCN (2013); Visão Mundial Internacional (2014); Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (2014); Kurz (2013); ACF Internacional (2013); Ruel e Alderman (2013); Herforth et al. (2012). Para a proteção social: Ruel e Alderman (2013); Alderman (2014); UNICEF (2014d). Para a água, saneamento e higiene: Dangour et al. (2013); Guerrant et al. (2008); Humphrey (2009); Spears et al. (2013). Para a saúde: Fanzo et al. (2014); Tappenden et al. (2013). Para a educação: Fanzo et al. (2014); Alderman (2014); Gortmaker et al. (1999); Gonzalez-Suarez et al. (2009). Para a agricultura, proteção social e saúde: Banco Mundial (2013).

LACUNAS DE DADOS

- Os dados sobre o consumo de alimentos e a qualidade alimentar em nível nacional e subnacional são escassos.
- São necessários dados de despesas com a água, saneamento e higiene e estes devem ser adicionados à base de dados *Statistics of Public Expenditure for Economic Development* (SPEED – Estatísticas da Despesa Pública para o Desenvolvimento Econômico).
- São necessárias mais evidências sobre o modo de tornar os programas e políticas que abordam os motores subjacentes da desnutrição mais relevantes para a nutrição.
- São necessárias mais evidências sobre como diferentes classes de água e saneamento melhorados afetam os resultados nutricionais.

7 O AMBIENTE PROPÍCIO ESTÁ MELHORANDO, MAS NÃO COM RAPIDEZ SUFICIENTE

AMBIENTES PROPÍCIOS OU QUE AJUDAM A MELHORAR A NUTRIÇÃO POSSUEM UM GRANDE LEQUE DE CARACTERÍSTICAS E ESTÃO RELACIONADOS A QUESTÕES GERAIS

de governança.¹ aqui focamos questões como a identificação e acompanhamento de recursos financeiros para a nutrição, onde é absolutamente essencial a melhoria das medições. Focamos também os fatores que podem ser cada vez mais medidos de maneira comparável para um grande número de países, como a legislação, políticas e transformação institucional.

O DESAFIO DO ACOMPANHAMENTO DE RECURSOS FINANCEIROS PARA A NUTRIÇÃO

Embora os doadores e alguns países estejam progredindo no acompanhamento de recursos financeiros para a nutrição, esta tarefa tem sido um desafio para todos os atores do setor de nutrição. Há desafios de ordem técnica (quais os componentes e itens de linha deve-se incluir ou excluir), desafios apresentados pela coleta de dados (como fazer da coleta de dados uma rotina), desafios de coordenação (pode ser politicamente difícil atingir um consenso sobre o que deve ser incluído ou excluído), e questões de planejamento (qual o calendário das comunicações).

PONTOS CHAVE

1. A maior parte dos países atualmente não é capaz de identificar e acompanhar seus compromissos financeiros com a nutrição. Existem diversas ferramentas para conseguir isso e serão necessários investimentos para construir a capacidade organizacional para fazê-lo. A Guatemala oferece um estudo de caso inspirador.
2. Entre 2010 e 2012 os compromissos e desembolsos com intervenções específicas de nutrição de 13 doadores aumentou 39% e 30%, respectivamente. Os compromissos relevantes para a nutrição diminuíram 14%, mas os desembolsos relevantes para a nutrição pelos 10 doadores que apresentaram dados aumentou 19%. Os relatos dos doadores sobre a nutrição estão ficando mais harmonizados, mas ainda há muito a fazer devido a diferenças de definições e de calendários.
3. Não é possível comentar sobre os compromissos financeiros para Nutrição para o Crescimento dos doadores, porque os dados para 2013–2014 ainda não estão disponíveis. A proporção de desembolso da ajuda pública ao desenvolvimento para a nutrição foi apenas ligeiramente superior a 1% em 2012.
4. Uma meta de gastos com a nutrição para os governos e para a ajuda pública ao desenvolvimento poderia ajudar a dar mais atenção a esta questão. Essa meta teria de ser complementada por melhores dados de acompanhamento das despesas para assegurar a melhoria da qualidade e quantidade das despesas.
5. As políticas, leis e instituições são importantes para ampliar a escala da nutrição e podem ser medidas. A abordagem de escores do processo Ampliação da Nutrição (SUN) é notável por ser um processo de medição participativa que estimula a reflexão e a ação.
6. As avaliações de políticas, leis e instituições podem identificar faltas de relacionamento capazes de serem corrigidas, como a coexistência de fracos ambientes de políticas sobre a diabetes e de populações com altas taxas de níveis elevados de glicose no sangue.

PAINEL 7.1 EXISTE UMA FORMA MELHOR DE ACOMPANHAR AS DESPESAS COM A NUTRIÇÃO?

CLARA PICANYOL

A capacidade de acompanhar os fluxos de recursos financeiros é essencial para melhorar a responsabilização perante os cidadãos – no entanto é algo difícil de conseguir para os países, doadores, organizações da ONU e ONGs. Uma análise do nível de acompanhamento de recursos financeiros de 51 dos países do movimento para Ampliação da Nutrição (SUN) concluiu que as informações gerais sobre a dotação orçamental nacional estavam publicamente acessíveis para apenas 32 dos 51 países e que em 4 dos 32 as informações estavam desatualizadas ou insuficientemente detalhadas (Picanyol e Fracassi, 2014). Também mostrou que diferentes países usam métodos diferentes para acompanhar as dotações orçamentais e despesas com a saúde, incluindo as avaliações da despesa pública (ADP), as contas da saúde nacional, a ferramenta Clinton Health Access Initiative Resource Map e as pesquisas de acompanhamento da despesa pública. A cobertura, frequência da coleta de dados e os recursos financeiros e temporais necessários para usar estas ferramentas variam (Picanyol, 2014).

A Tanzânia, por exemplo, está finalizando uma ADP sobre a nutrição. As ADPs, que foram largamente utilizadas em outros setores na

Tanzânia, avaliam o nível e composição das próprias despesas públicas ao longo de um período (em geral três a cinco anos) face a um conjunto predeterminado de objetivos e resultados de políticas no plano nacional e apresentam recomendações. O processo da ADP fez surgir vários desafios. A natureza integrada de programas com componentes de nutrição, aliada a despesas insuficientemente desagregadas, significou que foi extremamente difícil isolar as despesas de nutrição sem a ajuda de suposições importantes. Além disso, o governo teve dificuldade de obter dos doadores e ONGs informações sobre as despesas.

Madagascar desenvolveu um mecanismo de acompanhamento de investimentos em nutrição com o objetivo de estimar os recursos existentes e adicionais necessários para financiar o National Plan of Action for Nutrition (NPAN II – Plano Nacional de Ação para a Nutrição). O Gabinete Nacional de Nutrição realizou uma pesquisa em linha com as estratégias, intervenções e atividades do NPAN II e enviou-a para todas as partes interessadas. Os principais desafios incluíram os conhecimentos limitados dos ministérios sobre investimentos relacionados com a nutrição e a transparência limitada de

algumas agências ou a discriminação de orçamentos. Além disso, foram coletadas poucas informações das organizações da sociedade civil e do setor privado.

Com base na análise dos dados publicados de orçamentos nacionais, parece ser mais viável para os países realizarem um exercício básico de coleta de dados sobre dotações orçamentais relevantes para a nutrição com o auxílio de um modelo de planilhas. Em seguida os dados podem ser classificados nas categorias específicas e relevantes para a nutrição, usando definições nacionais ou internacionais. A categorização e atribuição provavelmente exigirão consultas com partes interessadas na nutrição no país. Embora esta abordagem possa ter limitações iniciais em termos de precisão, quando todas as informações tiverem sido coletadas, os países poderão optar por redefinir seu sistema de acompanhamento, melhorando a precisão ao longo do tempo. O exercício de coleta de dados deve ser transparente e todas as etapas devem ser detalhadamente documentadas, indicando as fontes de dados específicas. Esta abordagem permite a comparação dentro de um país ao longo do tempo e pode promover a responsabilização.

Países

O aumento dos recursos domésticos de nutrição representa a única maneira sustentável de melhorar o nível de nutrição. Embora os recursos de doadores sejam essenciais, eles não podem – e não devem – preencher por si mesmos a lacuna de recursos da subnutrição. Por exemplo, seriam necessários aproximadamente US\$ 70 bilhões para ampliar as intervenções específicas de nutrição para 90% de cobertura no período de compromisso de sete anos da Nutrição para o Crescimento (N4G), de 2013–2020.² Na cúpula N4G os doadores assumiram um compromisso de financiamento adicional de US\$ 4 bilhões. Este montante é considerável, mas é apenas 6% do que é requerido. É necessário mobilizar mais recursos domésticos.

A primeira etapa da mobilização de recursos adicionais é avaliar os níveis atuais de distribuição de recursos domésticos. Contudo, somente alguns países começaram a acompanhar os investimentos na nutrição – entre eles Madagascar e Tanzânia (Painel 7.1). A Guatemala foi provavelmente o país que mais fez para

estabelecer um sistema funcional para o monitoramento de suas despesas com a nutrição (Painel 7.2).³ Como mostra a experiência da Guatemala, um melhor acompanhamento de recursos depende de melhor planejamento e avaliação mais realista dos custos de opções de investimento na nutrição. Também depende da criação de um contexto de apoio no qual a capacidade de acompanhar os recursos seja integrada e do desenvolvimento de incentivos governamentais para melhor identificar e acompanhar os recursos.

Doadores

Os doadores e fundações bilaterais e multilaterais são motores fundamentais na base dos compromissos mundiais e nacionais com a nutrição, devido a seu poder de convocar outros atores, seus ativos de conhecimentos e seus recursos financeiros.

Para 2014 os objetivos de comunicação do *Relatório sobre a Nutrição Mundial* relativamente ao financiamento de doadores são modestos por várias razões. Primeiro, este relatório não deve ser considerado como um relatório do progresso financeiro face aos compromissos do pacto N4G. No mínimo, a resposta

PAINEL 7.2 ACOMPANHAMENTO DE DOTAÇÕES FINANCEIRAS PARA A NUTRIÇÃO: EXPERIÊNCIA DA GUATEMALA

JESÚS BULUX, OTTO VELASQUEZ, CECIBEL JUÁREZ, CARLA GUILLÉN E FERNANDO ARRIOLA

A desnutrição crônica na Guatemala, que afeta 49,8% das crianças menores de cinco anos (Guatemala, Ministério da Saúde, 2009), é um dos principais fatores de limitação do desenvolvimento social e econômico do país. A eliminação da fome é um objetivo chave da Agenda para a Mudança do governo atual e este objetivo é concretizado no Zero Hunger Pact Plan (PPH0 – Plano Pacto Fome Zero). O PPH0 liga entre si as intervenções, programas, planos e projetos de várias instituições públicas no domínio da segurança alimentar e da nutrição, com ênfase especial nas capacidades dos governos locais. Para avaliar se os recursos financeiros estão sendo focados em atividades de alta prioridade, a Guatemala desenvolveu um sistema de monitoramento que funciona bem.

O monitoramento dos recursos financeiros começa com o planejamento. Isto requer a ligação dos recursos financeiros às mercadorias e serviços fornecidos. Em 2014 a Segurança Alimentar Nacional e o Secretariado da Nutrição, juntamente com o Ministério das Finanças, desenvolveram uma ferramenta para permitir que os ministros, secretários e gerentes compreendam a conexão entre seus orçamentos e as metas que suas respectivas instituições são responsáveis por alcançar. Os ministérios relevantes são responsáveis

perante a Segurança Alimentar Nacional e o Conselho de Nutrição.

O Conselho tem abordado ativamente questões de coordenação e planejamento conjunto, que há muito tempo eram tratados passivamente. Ele organiza sessões especiais com os vários departamentos para verificar o cumprimento das metas. A coordenação entre instituições ajudou a definir melhor as metas e esclareceu os investimentos efetuados a nível local. O requisito do Conselho, de verificação a nível local, reforçou a participação de organizações locais.

Foram vários os fatores que contribuíram para o sucesso do sistema de acompanhamento:

- forte compromisso político de todas as partes interessadas, e especialmente do governo, aumentando as probabilidades de continuidade através dos ciclos eleitorais;
- forte coordenação dentro das e entre as instituições governamentais, o setor privado e os parceiros de desenvolvimento;
- um plano de implementação ligando claramente as metas e dotações orçamentais;
- monitoramento contínuo da implementação a níveis local e nacional;
- criação de grupos técnicos de apoio à gestão técnica e financeira em instituições chave;

- monitoramento local (municipal) do progresso para alcançar os objetivos; e
- medidas para assegurar maior abertura nas despesas públicas, como o site www.guatecompras.gt.

Agora a Guatemala possui (1) um orçamento para a segurança alimentar e da nutrição, discriminado por instituição, componente do programa e atividade; (2) responsabilidades claras, com determinados funcionários responsáveis por suas respectivas metas e orçamentos associados a estas; (3) uma ferramenta de implementação simples que possibilita compreender as despesas públicas a diferentes níveis; e (4) boa coordenação entre as instituições (em 2003 o governo trabalhou com 11 instituições sobre o monitoramento e acompanhamento financeiros).

O estabelecimento de um sistema de monitoramento funcional na Guatemala foi concebido para superar os desafios técnicos da conexão entre diferentes sistemas de acompanhamento e exigiu um período sustentado de investimento, inovação, fortalecimento de relações e compromisso. A resolução de problemas técnicos foi importante, assim como também foram o foco, paciência e diplomacia.

a estes compromissos de sete anos só seria implementada nos anos fiscais 2013–2014 ou 2014–2015, e o relato destes anos só começará a surgir em 2015. Portanto, o *Relatório sobre a Nutrição Mundial* de 2014 deve ser visto como uma linha de base para o período do pacto N4G.

Segundo, os signatários do N4G não incluem todos os doadores. Outros doadores, por exemplo, incluem a Coreia do Sul, Espanha e Suíça; as potências emergentes como a China, Índia e os Estados do Golfo; e fundações como a Wellcome Trust e Tata Trusts. Os futuros *Relatórios sobre a Nutrição Mundial* lançarão a rede mais amplamente para acompanhar estes recursos.

Terceiro, os ciclos de vida dos projetos, normas de documentação, nomenclatura, e acompanhamento financeiro e sistema

de comunicação de todos os doadores incluídos neste relatório são muito diferentes. Isto complica qualquer tentativa de comparação direta dos doadores. Por exemplo, poder-se-ia esperar que o relatório focasse apenas os desembolsos, mas para vários doadores os compromissos são um indicador mais preciso do comprometimento organizacional com a nutrição, representando novos investimentos na nutrição aprovados todos os anos, que serão desembolsados ao longo dos cinco ou mais anos seguintes.

Quarto, o protocolo (desenvolvido e testado pela Rede de Parceiros Doadores da SUN) para a estimativa dos investimentos relevantes para a nutrição foi descrito por vários doadores como oneroso (especialmente para os maiores doadores, realizando a maior parte do trabalho relevante para a nutrição) e altamente subjetivo.⁴ De um modo geral, não há sistemas implementados

para acompanhar facilmente os compromissos relevantes para a nutrição e seu estabelecimento levará tempo. Suspeitamos que é este o caso de todos os investidores em nutrição. A Rede de Parceiros Doadores da SUN está trabalhando com o fim de chegar a uma abordagem com custos de transação mais baixos (SUN Donor Network, 2013).

Quinto, com um pequeno número de doadores e apenas dois pontos de dados, 2010 e 2012, é fácil interpretar os dados por excesso.

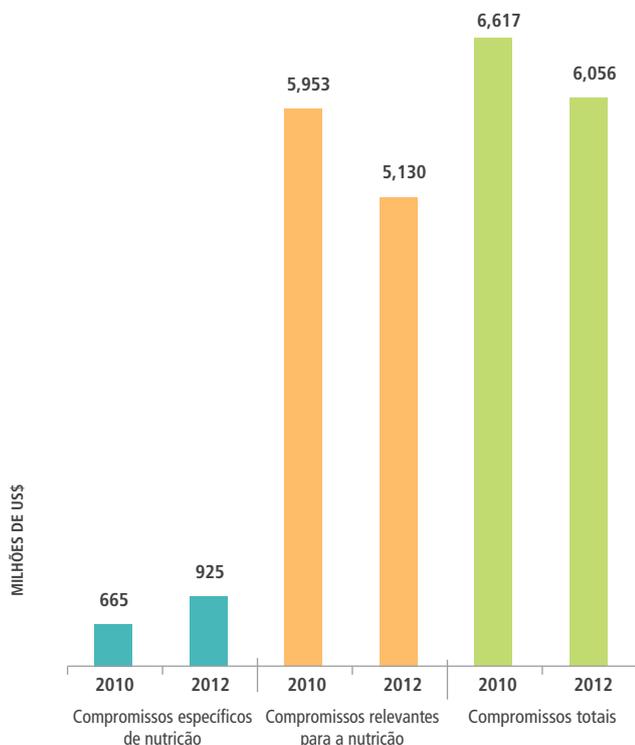
Finalmente, há lacunas nos métodos. Por exemplo, é necessário acompanhar os fluxos de recursos para as intervenções de sobrepeso e obesidade e é necessário identificar uma metodologia que facilite o relato destes dados.

Os Dados

O relatório recorre aos dados de compromissos e desembolsos financeiros estimados por 13 doadores para 2010 e 2012, para categorias de despesas específicas e relevantes para a nutrição. Os 13 doadores são a Austrália, Canadá, União Europeia, França, Alemanha, Irlanda, Holanda, Suíça,⁵ Reino Unido, Estados Unidos, Fundação Bill e Melinda Gates, Fundação *Children's Investment Fund* e o Grupo do Banco Mundial.⁶ Os dados estão apresentados no Apêndice 4 e resumidos nas Figuras 7.1 e 7.2.

Compromissos e desembolsos específicos de nutrição

FIGURA 7.1 COMPROMISSOS DE GASTOS RELACIONADOS COM A NUTRIÇÃO, DE 13 DOADORES



Fonte: Autores.

Nota: Os 13 doadores são a Alemanha, Austrália, Canadá, Estados Unidos, França, Holanda, Irlanda, Reino Unido, Suíça, União Europeia, a Fundação Bill e Melinda Gates, a Fundação *Children's Investment Fund* e o Banco Mundial.

Os Estados Unidos, Banco Mundial e Canadá foram os que assumiram os maiores compromissos específicos de nutrição em 2012.

Para os 13 doadores, os compromissos com intervenções específicas de nutrição aumentaram de US\$ 665 milhões em 2010 para US\$ 925 milhões em 2012, uma mudança de 39%, liderada por aumentos substanciais do Banco Mundial (mais de 450% entre 2010 e 2012), Canadá e Fundação Bill e Melinda Gates.

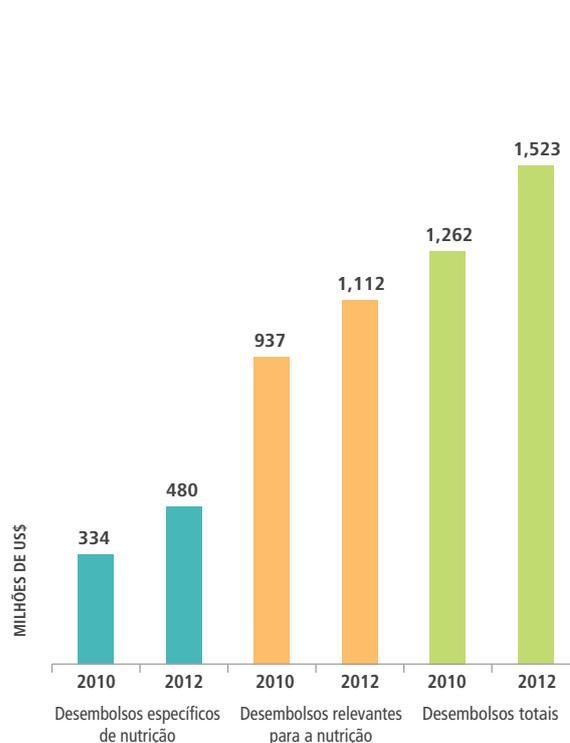
Os desembolsos específicos de nutrição foram muito mais baixos do que os compromissos, mas aumentaram de US\$ 334 milhões em 2010 para US\$ 480 milhões em 2012, um aumento de 44%.

Compromissos e desembolsos relevantes para a nutrição

Os Estados Unidos, Banco Mundial e UE foram os que assumiram os maiores compromissos relevantes para a nutrição em 2012.

Os compromissos relevantes para a nutrição diminuiriam 14%, de US\$ 5,95 bilhões em 2010 para US\$ 5,13 bilhões em 2012. Esta mudança é relatada pelo Banco Mundial como devido quase na totalidade a um pico extraordinário nos seus compromissos relevantes para a nutrição em 2010, quando foram aprovados grandes projetos para apoiar o programa de proteção social do México, "Oportunidades".

FIGURA 7.2 DESEMBOLSOS RELACIONADOS COM A NUTRIÇÃO, DE 10 DOADORES



Fonte: Autores.

Nota: Os dados excluem os Estados Unidos, Banco Mundial e a Fundação *Children's Investment Fund* para os desembolsos relevantes para a nutrição.

PAINEL 7.3 UMA FERRAMENTA PARA AVALIAR O PROGRESSO DOS GOVERNOS NA CRIAÇÃO DE AMBIENTES ALIMENTARES SAUDÁVEIS

BOYD SWINBURN

Os governos tem uma responsabilidade crítica de proteger e promover a sanidade dos ambientes alimentares, mas as tentativas de implementação de políticas alimentares que atinjam este objetivo geralmente enfrentam oposição forte e bem sucedida por parte da indústria alimentícia. Com exceção de alguns exemplos notáveis (WCRF, 2013) o progresso conseguido em 10 anos de implementação das políticas alimentares da Estratégia Mundial sobre Regime Alimentar, Atividade Física e Saúde da OMS de 2004 (OMS, 2004) tem sido, quando muito, irregular. Como responsabilizar os governos por conseguirem melhor progresso relativamente ao último plano mundial 2013–2020 da OMS para doenças não transmissíveis (OMS, 2013b)?

Uma tentativa de aumentar a responsabilização é através de uma colaboração internacional de universidades e organizações não governamentais mundiais designada INFORMAS (Swinburn et al., 2013). Esta rede pretende monitorar, referenciar e apoiar medidas para a criação de ambientes alimentares saudáveis e reduzir a obesidade, as doenças não transmissíveis relacionadas com a alimentação e suas desigualdades relacionadas. INFORMAS desenvolveu uma ferramenta

– designada Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI) – para o monitoramento das atividades dos governos na criação de ambientes alimentares mais saudáveis. Esta ferramenta inclui dois componentes. Um componente de política incorporando sete domínios de ambiente alimentar (composição dos alimentos, rotulagem, preço, marketing, fornecimento em escolas e outras instalações do setor público, disponibilidade no setor de varejo e alimentos em acordos de comércio e investimento). Um componente de apoio à infraestrutura incorporando seis domínios (governança, liderança, financiamento e recursos, monitoramento e inteligência, plataformas para interação e saúde, em todas as políticas). Os funcionários relevantes do governo cotejam e verificam provas do grau de implementação de modelos das melhores práticas internacionais para cerca de 40 indicadores. São realizados workshops de peritos do meio acadêmico, organizações não governamentais e sociedade civil com observadores do governo para classificar o grau de implementação e estabelecer recomendações de prioridades para medidas governamentais.

Foi realizado um teste piloto da ferramenta Food-EPI e implementado primeiro

na Nova Zelândia (os resultados estão disponíveis em www.informas.org).

O governo da Nova Zelândia foi classificado como cumprindo as melhores práticas internacionais para apenas 14% dos indicadores. Para 74% dos indicadores de políticas e 48% dos indicadores de apoio à infraestrutura, a Nova Zelândia foi classificada como tendo “pouca” ou “muito pouca, ou nenhuma” implementação – muito aquém do seu potencial. Seguindo o processo de classificação da implementação, os peritos participantes analisaram as lacunas de implementação e criaram uma série de recomendações práticas e atingíveis para as medidas do governo, que em seguida foram priorizadas. Para a Nova Zelândia, sete das 34 recomendações foram priorizadas para implementação nos próximos três anos, época para a qual está planejada uma repetição da avaliação Food-EPI, imediatamente antes das eleições gerais.

Portanto, Food-EPI pode se tornar uma ferramenta baseada em evidências para a sociedade civil se envolver em sistemas de responsabilização para o progresso das políticas de ambientes alimentares mais saudáveis.

Também houve uma redução de 3% nos compromissos relevantes para a nutrição do governo dos Estados Unidos, entre 2010 e 2012. O governo dos EUA relata que seus números flutuam substancialmente de ano para ano devido ao componente de emergência significativo de suas despesas. O governo dos EUA também nota que algumas reduções relevantes para a nutrição são determinadas por apropriações do congresso, refletindo reduções em áreas como a programação de HIV e a infraestrutura da água e saneamento.

Os desembolsos relevantes para a nutrição não foram relatados pelo governo dos Estados Unidos, Banco Mundial ou pela Fundação *Children's Investment Fund* para 2010 ou 2012. Consequentemente, os desembolsos totais relevantes para a nutrição dos 13 doadores são muito menores que seus compromissos. Para os 10 doadores que relatam desembolsos relevantes para a nutrição, esses valores aumentaram de US\$ 937 milhões para US\$ 1,112 bilhões, ou 19%.

Compromissos e desembolsos totais

Com as consideráveis reduções nos valores dos compromissos dos Estados Unidos e do Banco Mundial, o valor total dos compromissos diminuiu de US\$ 6,62 bilhões para US\$ 6,06 bilhões, uma redução de 9%.

Os desembolsos totais excluem a categoria “relevantes para a nutrição” do governo dos Estados Unidos e do Banco Mundial, mas aumentaram de US\$ 1,262 bilhões para US\$ 1,532 bilhões, um aumento de 21%.

Conclusão

Estas tendências causam algum otimismo. Quase todos os doadores reforçaram seus compromissos e desembolsos. Houve aumentos consideráveis nos compromissos totais do Canadá, União Europeia, Holanda e Reino Unido e aumentos consideráveis nos desembolsos totais do Canadá, Reino Unido e da Fundação Bill e Melinda Gates. A Fundação *Children's Investment Fund* prometeu adicionar ao total aproximadamente US\$ 100 milhões por ano,

PAINEL 7.4 ENVOLVER AS EMPRESAS DE ALIMENTOS E BEBIDAS ATRAVÉS DO ÍNDICE DE ACESSO À NUTRIÇÃO

INGE KAUER

O Access to Nutrition Index (ATNI – Índice de Acesso à Nutrição) proporciona uma estrutura abrangente para monitorar os 25 maiores produtores mundiais de alimentos e bebidas usando 170 indicadores baseados em diretrizes internacionais, normas e melhores práticas aceitas. O ATNI, atribuindo escores e classificando publicamente as empresas, destina-se a enfatizar onde suas políticas, práticas e divulgações não cumprem as melhores práticas e, portanto, a incentivar o melhoramento. Além disso, este índice oferece informações independentes, exaustivas e comparativas para partes interessadas em monitorar ou envolver-se com a indústria de alimentos e bebidas sobre questões de nutrição.

O Índice Mundial de 2013 concluiu que todas as empresas podem se esforçar mais para melhorar o acesso do consumidor a alimentos e bebidas saudáveis e apropriados, como contribuição para fazer face à obesidade e subnutrição. O escore da principal empresa foi apenas 6,3 em 10, demonstrando que há melhoramentos significativos a fazer. Apenas três empresas se classificaram acima

de 5. O ATNI concluiu que as práticas das empresas frequentemente não estão ao nível de seus compromissos, especialmente em áreas como formular produtos saudáveis, torná-los mais acessíveis aos consumidores e comercializá-los adequadamente. A falta de transparência também dificulta a avaliação das práticas de nutrição das empresas por partes interessadas, incluindo os formuladores de políticas, sociedade civil e investidores.

O ATNI apresentou os resultados a 16 das 25 empresas no índice. Essas empresas reconheceram o valor de poder comparar suas práticas com outras e de compreender como elas podem ser melhoradas. Várias empresas comprometeram-se com o ATNI para efetuar mudanças que, se implementadas, determinarão escores mais altos no próximo índice. Estes compromissos incluem a publicação de mais informações para melhorar a transparência e a responsabilização, o estabelecimento de metas adicionais ou mais robustas em determinadas áreas, a revisão das políticas existentes e o melhoramento da participação das partes interessadas. O ATNI é apoiado por mais de 40

investidores de todo o mundo, que receberam bem o índice e estão usando os resultados em seu envolvimento com as empresas.

O ATNI continuará a avaliar as ações das empresas nesta área e a incentivá-las a desempenhar um papel mais ativo e mais apropriado no combate à desnutrição em todas as suas formas. O ATNI pretende melhorar a metodologia para o Índice Global de 2015, assegurando, em especial, que suas métricas de medição estejam alinhadas com as prioridades e objetivos de outras importantes iniciativas de subnutrição, como a Nutrição para o Crescimento, Rede de Empresas de Ampliação da Nutrição, o desafio da ONU Fome Zero, o Every Newborn Action Plan (Plano de Ação para todo Recém-Nascido) e Transform Nutrition (Transformar a Nutrição). O ATNI, continuando a monitorar e relatar o progresso das empresas em todas as áreas, incluindo a subnutrição, espera fornecer um mecanismo adicional de monitoramento e responsabilização para todas as partes interessadas na nutrição.

de 2013 a 2020. A União Europeia prometeu US\$ 533 milhões adicionais na cúpula N4G,⁷ que ainda têm que ser totalmente incluídos nos dados relatados aqui.

Contudo, os números relatados aqui parecem pequenos no contexto da ajuda pública ao desenvolvimento total (APD). O total da APD foi US\$ 135 bilhões em 2013 (OCDE, 2014). Os compromissos totais com a nutrição em 2012 foram de US\$ 6,1 bilhões, ou 4,5% da APD e os desembolsos totais com a nutrição em 2012 atingiram US\$ 1,5 bilhão, ou um pouco mais de 1% da APD.

O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* de 2015 trabalhará com a comunidade do setor de nutrição para tentar desenvolver uma lógica convincente para as metas de despesas com a nutrição – para a APD e também para a mobilização de recursos domésticos.

QUE APOIO PROPORCIONA O AMBIENTE PROPÍCIO? POLÍTICAS, LEIS E INSTITUIÇÕES

As políticas, leis e organizações institucionais moldam o ambiente para a melhoria sustentável da nutrição. Estão disponíveis várias ferramentas para acompanhar estes esforços. Todas são relativamente novas e não foi feita nenhuma tentativa de associá-las a mudanças nos resultados de nutrição, principalmente

porque elas não podem ou não foram construídas retrospectivamente e então associadas a resultados de nutrição atuais.

Uma destas ferramentas é o índice *Healthy Food Environment Policy Index* (Food-EPI – Índice de Política Ambiental para a Alimentação Saudável) que foca o sobrepeso e a obesidade (Painel 7.3). O índice *Hunger and Nutrition Commitment Index* (HANCI – Índice de Compromisso com a Fome e a Nutrição) avalia o compromisso de governos e parceiros externos com a redução da subnutrição (te Lintelo et al., 2014). O índice *Access to Nutrition Index* (ATNI – Índice de Acesso à Nutrição) classifica grandes empresas em termos de seu apoio a práticas de boa nutrição relacionadas com o combate à subnutrição, sobrepeso e obesidade (Painel 7.4). Finalmente, o Movimento SUN classifica o progresso dos países relativamente à transformação institucional. Alguns índices usam principalmente a autorrelato (ATNI, SUN), alguns usam a coleta de dados primários por uma vasta gama de partes interessadas (Food-EPI, HANCI) e outros usam dados secundários (HANCI). Estes indicadores potencialmente podem aumentar a conscientização sobre os compromissos e atividades para reduzir a desnutrição e, portanto, têm o potencial de reforçar a responsabilização. Mesmo assim, ainda precisam ser avaliados para determinar se realmente resultaram em atividades relevantes para a nutrição mais eficazes.

Os Dados

Os perfis de nutrição dos países, de duas páginas, produzidos juntamente com este relatório (disponíveis em www.globalnutritionreport.org) incluem oito indicadores deste domínio de políticas, legislativo e institucional: seis para a subnutrição (implementação nacional do Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno, proteção da maternidade na força de trabalho, fortificação do trigo, se a nutrição é mencionada nos planos de desenvolvimento econômico ou estratégias de crescimento econômico nacionais, a robustez do direito à alimentação na constituição e o escore de transformação institucional da SUN) e dois para doenças não transmissíveis relacionadas com a alimentação (disponibilidade e fase das políticas sobre hipertensão e diabetes).

Os países tiveram melhor desempenho em termos da implementação do Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno e da legislação referente à maternidade e pior desempenho na definição de políticas sobre doenças não transmissíveis relacionadas com a alimentação e em mencionar a subnutrição em documentos de políticas de desenvolvimento (Figura 7.3).

Setenta e sete países possuem dados para cinco dos seis indicadores de políticas e legislação da subnutrição (os indicadores SUN para a transformação institucional, que estão disponíveis apenas para um conjunto menor de países, são considerados na

seção seguinte). O Brasil é o único país com alto escore nos cinco indicadores. É interessante notar que a China e a Tailândia, ambas reconhecidas por seu forte desempenho na redução da subnutrição nos últimos 20 anos, estão entre os seis países que não têm um alto escore em nenhum dos indicadores (os outros são Angola, Burundi, Lesoto e Qatar).

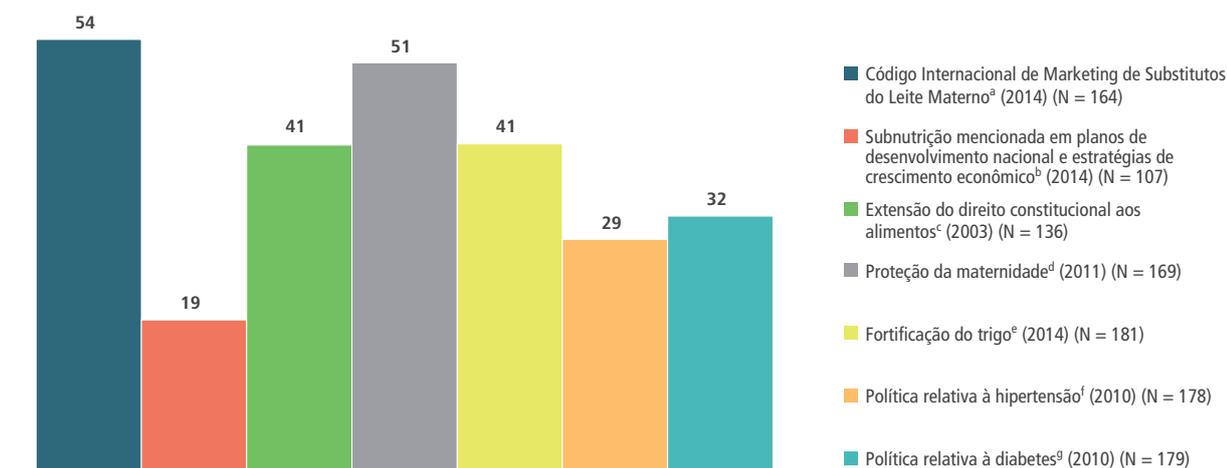
Qual é a importância de políticas, leis e instituições relacionadas com a nutrição para alcançar um verdadeiro progresso na nutrição? É óbvio que existem muitas vias para melhorar a nutrição. Ter políticas e leis não significa que serão implementadas. Contudo, isso indica um compromisso público do governo, portanto, oferece um ponto de entrada para o envolvimento da sociedade civil em questões relativas à nutrição. O Painel 7.5 enfatiza o importante papel desempenhado pelo Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno – no contexto de outras mudanças propícias – no aumento dramático das práticas de aleitamento materno no Brasil.

Indicadores de transformação institucional do Movimento SUN

A Ampliação para a Nutrição (www.scalingupnutrition.org) é um movimento mundial liderado por 54 países membros. Estes países membros, que procuram priorizar os esforços para abordar a desnutrição, são apoiados por uma vasta gama de parceiros de desenvolvimento desde a sociedade civil à ONU, doadores, institutos de pesquisa e empresas.

Uma das premissas do movimento SUN é que os esforços de

FIGURA 7.3 PERCENTAGEM DE PAÍSES COM ESCORE MÁXIMO PARA CADA INDICADOR DE AMBIENTE PROPÍCIO



Fonte: Consultar a Nota Técnica 1 em www.globalnutritionreport.org.

Notas: Os anos entre parênteses são anos para os quais existem dados disponíveis. N = Número de países com dados.

^a Países que aprovaram leis englobando todas ou muitas das disposições do código.

^b Países classificados 1–20 entre 107 países classificados de acordo com o número de vezes que “subnutrição” é mencionada nos planos de desenvolvimento nacional.

^c Países cujas constituições outorgam explicitamente o direito aos alimentos.

^d Países que ratificaram a Convenção da Organização Internacional do Trabalho 183.

^e Países que determinaram a fortificação do trigo com pelo menos ferro ou ácido fólico.

^f Países com políticas disponíveis e totalmente implementadas sobre o controle da hipertensão.

^g Países com políticas disponíveis e totalmente implementadas sobre o controle da diabetes.

PAINEL 7.5 COMO O BRASIL REDUZIU O ATRASO NO CRESCIMENTO DAS CRIANÇAS E MELHOROU AS PRÁTICAS DE ALEITAMENTO MATERNO

JENNIFER REQUEJO

Nas quatro últimas décadas, o Brasil passou por rápidas mudanças em determinantes sociais importantes da saúde e nutrição e por reformas importantes do sistema de cuidados de saúde (Victora, Aquino, et al., 2011). Estas mudanças estão refletidas nos impressionantes resultados conseguidos pelo Brasil na redução do atraso no crescimento das crianças e na melhoria das práticas de aleitamento materno, desde meados dos anos 70. A prevalência do atraso no crescimento, por exemplo, reduziu de 37% em 1974–1975 para 7% em 2006–2007. Durante o mesmo período, a mediana da duração do aleitamento materno aumentou de cerca de 2,5 meses para 14 meses. As taxas de aleitamento materno exclusivo de crianças menores de 4 meses de idade aumentaram imensamente de modo semelhante, de um valor baixo de cerca de 4% em 1986 para 48% em 2006–2007 (Victora, Aquino, et al., 2011).

O Brasil conseguiu estes avanços através de uma vasta expansão do acesso à saúde maternal e infantil e a serviços de nutrição conjugados com mudanças sociais, econômicas e políticas de grande escala. As mudanças mais notáveis incluíram reduções constantes da pobreza, desigualdade e fertilidade; uma transição de uma ditadura militar para uma democracia estável que introduziu muitas reformas sociais; enormes investimentos na educação primária e secundária que levaram

a melhoramentos substanciais na educação das mulheres; programas de suplementação alimentar visando mães e crianças; programas extensos de abastecimento de água e de saneamento; e programas de transferências monetárias para os grupos populacionais mais pobres (Pérez-Escamilla et al., 2012; Victora, Aquino, et al., 2011).

Em seu esforço para reduzir as altas taxas de mortalidade infantil e de atraso no crescimento, principalmente em comparação com outros países com um nível de renda semelhante, o Brasil ampliou programas verticais robustos de sobrevivência infantil, que começaram nos anos 80, integrando-os eventualmente no sistema de cuidados de saúde primários (Pérez-Escamilla et al., 2012). Estes programas incluíram ações altamente coordenadas para promover práticas de aleitamento materno ótimas, como o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, de 1981. Este programa envolveu uma avaliação das necessidades de linha de base, campanhas de defesa e da mídia para sensibilizar os decisores e o público para a necessidade urgente de aumentar as taxas de aleitamento materno, formação dos profissionais de saúde sobre aconselhamento das mulheres sobre o aleitamento e o desenvolvimento de grupos de apoio mãe a mãe. Também envolveu organizações da sociedade civil, como a Rede Internacional em Defesa do Direito de

Amamentar, para aumentar a conscientização da comunidade para a relação entre o aleitamento materno e a saúde materna e infantil.

Em nível de políticas, o Brasil fez cumprir o Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno desde 1988 e gradualmente aumentou a licença de maternidade de dois para seis meses em 2006. Mais de 300 maternidades foram certificadas pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança. O Brasil também possui mais de 200 bancos de leite materno, possibilitando às mulheres darem leite materno a seus bebês, se não puderem amamentá-los.

O sucesso do Brasil na redução drástica do atraso no crescimento e na melhoria das práticas de aleitamento materno mostra que, através de ações coordenadas e sustentadas em múltiplos setores que aumentam o acesso a serviços relacionados com a nutrição materna e infantil, é possível melhorar o nível educacional e social das mulheres, aumentar a vontade política de abordar a nutrição das crianças pobres mediante programas eficazes e criar um ambiente legal de apoio que permite que as mulheres optem pelo aleitamento materno.

redução da desnutrição precisam ser mais coordenados entre os setores e partes interessadas e mais alinhados com os quadros de resultados. Deste modo, os membros da SUN estão descobrindo uma nova maneira de avaliar a transformação institucional para a melhoria da nutrição. Trinta e sete países⁸ realizaram autoavaliações de seu progresso anual em relação a quatro processos definidos na Estratégia do Movimento SUN 2012–2015:

- Reunir as pessoas num local compartilhado para ação,
- Garantir uma política coerente e uma estrutura legal,
- Alinhar ações em torno de um quadro de resultados comuns, e
- Acompanhar as finanças e mobilizar recursos.

Nestas autoavaliações pediu-se aos participantes de várias partes interessadas para acordarem coletivamente escores conjuntos para vários “marcadores do progresso” que constituem

os quatro processos (Figura 7.4). Os países relatam avanços significativos para reunir as pessoas (processo 1) e para desenvolver uma política coerente e estruturas legislativas (processo 2). Contudo, progrediram relativamente pouco no alinhamento de ações em torno de resultados comuns (processo 3) e no acompanhamento de investimentos para a nutrição (processo 4).

Os escores mostram que os enormes esforços em curso para coordenar múltiplas partes interessadas, desenvolver políticas e legislação e mobilizar recursos para a nutrição ainda têm de ser totalmente traduzidos em atividades adequadamente geridas e monitoradas e em investimentos ampliados, alinhados e corretamente justificados.

Este trabalho inovador imita o trabalho do índice Food-EPI relativamente ao sobrepeso e obesidade e salienta as lacunas

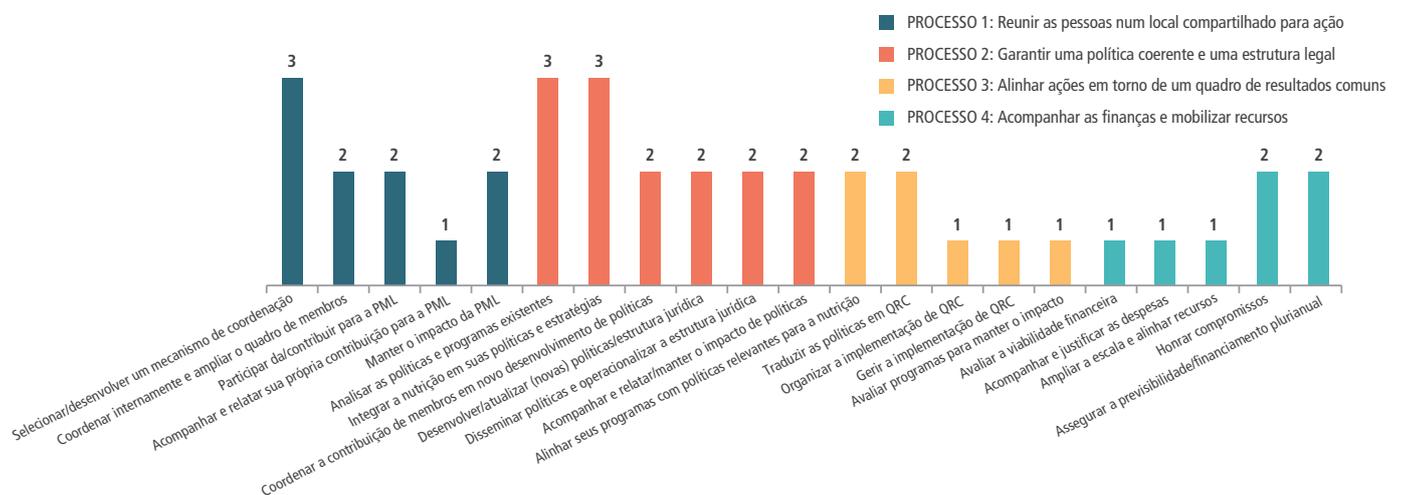
entre as políticas e medidas, e também o ímpeto do avanço dos países envolvidos.

Fatores de risco relacionados com a alimentação para doenças não transmissíveis e o ambiente de políticas

As doenças não transmissíveis, como a hipertensão e a diabetes, são problemas mundiais de nutrição que estão aumentando rapidamente e, na maior parte das regiões, as políticas relativas a estas áreas da nutrição continuam sendo fracas. A Tabela 7.1 apresenta o número de pessoas em cada região da ONU que

vivem em países com alta prevalência de fatores de risco para a hipertensão e a diabetes e escores fracos para as políticas. Estes dados mostram uma separação regional – a África é vulnerável à hipertensão e a Ásia à diabetes – e também assinalam o grande número de populações vulneráveis na Europa. A inclusão conjunta destes tipos diferentes de indicadores em análises descritivas simples pode desencadear novos diálogos e ajudar a sociedade civil, num sentido geral, a exercer pressão sobre os governos para atuarem de forma mais abrangente.

FIGURA 7.4 ESCORES DE MODOS PARA MARCADORES DE PROGRESSO DE TRANSFORMAÇÃO INSTITUCIONAL NOS PAÍSES SUN



Fonte: Dados fornecidos por PatrizaFracassi, Ampliação da Nutrição (SUN), 24 de julho de 2014.

Nota: Os dados são de 37 países para 2014. Classificação usando uma escala de cinco pontos (0 = resultado ausente/não se aplica, 1 = iniciado, 2 = em curso, 3 = quase completado, 4 = completado. PML = plataforma multilateral. QRC = quadro de resultados comuns.

TABELA 7.1 REGIÕES COM ALTO RISCO E FRACAS POLÍTICAS DE HIPERTENSÃO E DIABETES

Região (mais países com as maiores populações)	População total dos países (milhões)
A prevalência de pressão arterial alta é elevada e a política da hipertensão é fraca	
África (incluindo a Rep. Dem. do Congo, Uganda, Rep. Unida da Tanzânia, Quênia)	586,0
Ásia (incluindo Mianmar)	92,0
Europa (incluindo a Federação Russa, Polônia, Ucrânia)	297,0
América Latina e Caribe (incluindo a República Dominicana)	28,0
Oceania	0,4
A prevalência de altos valores de glicose no sangue é alta e a política da diabetes é fraca	
África (incluindo Gana, Camarões, Marrocos)	119,0
Ásia (incluindo o Paquistão)	427,0
Europa (incluindo a Federação Russa, Turquia, Ucrânia)	220,0
América Latina e Caribe (incluindo a Argentina)	106,0
Oceania	9,0

Fonte: Os dados sobre políticas são da OMS (2014h; os dados são de 2010); os dados sobre a pressão arterial e a glicose no sangue são da OMS (2014i, 2014j; os dados são de 2008). Os dados das populações são da ONU (2013b).

Nota: Política fraca significa que a política não está totalmente implementada (ausente, não implementada ou parcialmente implementada). Alta prevalência significa escores acima da mediana nos países para os quais existem dados disponíveis.

LACUNAS DE DADOS

1. Os dados de identificação e acompanhamento de recursos domésticos financeiros para a nutrição necessitam de ser coletados, comparados e organizados.
2. As diferenças entre diferentes sistemas de comunicação de doadores das despesas com a nutrição precisam ser mais bem compreendidas e os sistemas de comunicação necessitam de ser mais harmonizados.
3. Os dados existentes sobre políticas, leis e compromissos precisam ser associados ao nível de nutrição para ajudar a determinar se têm um efeito independente no nível de nutrição.

8 A NECESSIDADE DE REFORÇAR A RESPONSABILIZAÇÃO PELA NUTRIÇÃO

NA CÚPULA NUTRIÇÃO PARA O CRESCIMENTO (N4G) DE 2013 EM LONDRES, MAIS DE 90 SIGNATÁRIOS ASSUMIRAM COMPROMISSOS PÚBLICOS E SIGNIFICATIVOS COM medidas relacionadas com a nutrição, com a ambição coletiva de, até 2020:

1. Assegurar que pelo menos 500 milhões de mulheres grávidas e crianças menores de dois anos recebam intervenções de nutrição eficazes,
2. Impedir o atraso no crescimento de pelo menos 20 milhões de crianças menores de cinco anos, e
3. Salvar pelo menos 1,7 milhões de vidas através da redução do atraso no crescimento, do aumento do aleitamento materno e do tratamento da desnutrição aguda grave.

O acompanhamento dos compromissos pelos signatários da cúpula N4G é intrinsecamente importante e a ausência desse acompanhamento geraria cinismo e complacência. Este relatório, um resultado do evento N4G, tem a finalidade de possibilitar que os parceiros se responsabilizem mutuamente por seus compromissos e demonstrem a obtenção de resultados.

PONTOS

CHAVE

1. Para que o processo de preparação deste relatório fosse tão responsável quanto possível, foram realizados, entre outras coisas, estudos externos e declarações de conflitos de interesses; fornecemos acesso livre aos dados, fomos inclusivos na solicitação de contribuições e focamos as perspectivas dos países.
2. O relato dos compromissos com a Nutrição para o Crescimento (N4G) 2013 foi difícil para todos os grupos de signatários. Aprendemos lições valiosas neste “ano de base”.
3. Mais de 90% dos signatários responderam aos pedidos de atualização das informações sobre seus compromissos N4G. Muito poucos signatários não estavam em vias de cumprir seus compromissos, embora houvesse muitas avaliações “não está claro” devido a compromissos e respostas vagos.
4. Em termos de progresso nas metas N4G, não houve nenhuma razão óbvia para preocupação da parte de nenhum dos grupos, pelo menos nesta fase inicial do período de relato de 2013–2020. A avaliação será reforçada em 2015 com mais dados, mais processos simplificados e mais participantes motivados.
5. A responsabilização pode ser desenvolvida. Os atores da sociedade civil são especialmente importantes, embora necessitem de apoio para poderem ser mais eficazes. As plataformas de avaliação nacionais e os mecanismos de feedback da comunidade são vias promissoras para aumentar a responsabilização pela nutrição, mas necessitam ser testados e avaliados.
6. Os sistemas nacionais e internacionais de pesquisa sobre a nutrição impulsionados pelos próprios países provavelmente promoverão mais responsabilização em nível nacional.

Este capítulo relata o processo que seguimos para identificar e acompanhar os compromissos N4G e apresenta os resultados, desafios e ideias para reforçar o processo no *Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015*. A melhoria do processo de acompanhamento será importante, pois o Brasil está se preparando para hospedar a próxima Cúpula Nutrição para o Crescimento, no Rio de Janeiro, em 2016. Nossas tentativas de acompanhar estes compromissos enfatizam os desafios que se enfrentam para melhorar a responsabilização pela nutrição e, assim, o capítulo também sugere como reforçar a responsabilização pela nutrição, recorrendo a vários painéis apresentados ao longo do capítulo.¹

ACOMPANHAMENTO DOS COMPROMISSOS DE NUTRIÇÃO PARA O CRESCIMENTO

Noventa partes interessadas foram signatárias do Pacto N4G e mais 20 partes interessadas assumiram compromissos depois de o Pacto ser formulado. Ao descrever nossas tentativas de acompanhamento destes compromissos, é importante notar duas coisas: primeiro, os signatários do pacto N4G assumiram compromissos com a nutrição que não são declarados especificamente em seus compromissos N4G. Se os signatários não comunicarem estes outros compromissos, eles não aparecerão nas tabelas online. Segundo, nem todos os que trabalham no setor de nutrição assumiram compromissos N4G, mas sua falta de envolvimento não reduz a sua importância. A experiência com a identificação e o acompanhamento dos compromissos N4G pode trazer lições para o acompanhamento de outros compromissos semelhantes que não sejam N4G e o *Relatório sobre a Nutrição Mundial* de 2015 explorará maneiras de fazer isso.

Dividimos as 110 partes interessadas em seis grupos: governos nacionais, agências da ONU, organizações da sociedade civil (OSC), empresas, doadores e um grupo de organizações que não se encaixa facilmente em nenhuma das primeiras cinco categorias. Auxiliados pelo Secretariado do Movimento para Ampliação da Nutrição (SUN) e SUN ONU, Empresas, Doadores e Redes de OSC, acompanhamos todos os signatários do Pacto. Os compromissos foram divididos em promessas financeiras (para aumentar o financiamento) e promessas não financeiras (que não envolviam promessas financeiras explícitas para aumentar o financiamento, mas incluíam novas atribuições de recursos), que poderiam ser categorizadas

em compromissos de impacto, de programas ou de políticas. A cronologia para os compromissos foi de 2013 a 2020.

O processo para identificação e acompanhamento dos compromissos foi o seguinte: (1) identificar o compromisso específico no documento do Pacto, (2) lembrar este compromisso ao signatário e pedir-lhe para relatar o progresso por meio de um modelo adaptado para cada grupo, (3) esclarecer questões com os que não responderam, (4) introduzir as respostas finais em um conjunto de tabelas de acompanhamento de compromissos N4G detalhadas online e (5) avaliar o progresso.

As tabelas de acompanhamento de N4G completas estão disponíveis online (em www.globalnutritionreport.org). Elas mostram as respostas de cada signatário, com apenas um mínimo de edição da redação, dando uma ideia da rica variedade de respostas das diferentes organizações e países.

Para avaliar o progresso, dois membros da equipe de redação analisaram as tabelas de acompanhamento de N4G detalhadas para cada signatário, fazendo avaliações independentes e depois revendo e reconciliando – duas vezes – cada uma das duas avaliações independentes.² A avaliação do progresso dos compromissos financeiros foi relativamente simples. Se o progresso comunicado para 2014 alcançava ou excedia o compromisso, classificávamos como “em vias de cumprir”; se era óbvio que não atingiria, classificávamos como “não em vias de cumprir”; e se não estava claro, classificávamos como “não está claro”. A avaliação dos compromissos não financeiros foi mais difícil. Analisamos novamente características específicas. Alguma das promessas foi realmente comunicada como cumprida ou quase cumprida? Sempre que uma situação “em vias/não em vias de cumprir” não estava clara para nenhum dos dois revisores, independentemente e depois de duas revisões conjuntas, classificávamos “não está claro”. Nesta base criamos uma série de tabelas resumindo o progresso de cada signatário. Nestas tabelas também esclarecemos quais signatários não nos enviaram os dados pedidos até a data solicitada e quais signatários não assumiram compromissos em certas áreas. Nestas tabelas de acompanhamento os leitores podem ver as evidências nas quais se baseou nossa avaliação e fazer suas próprias avaliações de progresso.

A Tabela 8.1 mostra a taxa de resposta a nossos pedidos, que foram enviados em colaboração com o Instituto de Estudos

TABELA 8.1 TAXAS DE RESPOSTAS A PEDIDOS DE INFORMAÇÕES DE PROGRESSO NO CUMPRIMENTO DOS COMPROMISSOS N4G

Grupo signatário do pacto N4G	Número de pedidos de progresso emitidos	Número de respostas	Taxa de resposta (%)
Países	25	24	96
Agências da ONU	7	6	86
Organizações da sociedade civil	15	14	93
Empresas	29	24	83
Financiadores – financeiros	11	11	100
Financiadores – não financeiros	18	18	100
Outras organizações	5	4	80
Total	110	101	92

Fonte: Autores.

para o Desenvolvimento (IDS) a partir de março de 2014. Para este relatório aceitamos respostas até 15 de setembro de 2014.

Compromissos dos países

Vinte e cinco governos signatários comprometeram-se a dar alta prioridade à subnutrição, aumentar os orçamentos domésticos para melhorar a nutrição e ampliar a escala de implementação dos planos de nutrição nacionais. Dos 25 governos, 15 comprometeram-se a aumentar os recursos domésticos investidos na ampliação dos planos de nutrição nacionais e 12 anunciaram metas nacionais para a redução do atraso no crescimento (alguns assumiram os dois compromissos). Dos 25 países que estão sendo acompanhados, 24 responderam dentro do prazo.

Os compromissos N4G foram classificados nas seguintes categorias: compromissos de impacto/resultados (relacionados, por exemplo, com as metas da AMS como o aleitamento materno exclusivo, atraso no crescimento ou taxas de desnutrição aguda), compromissos financeiros, compromissos de políticas e compromissos de programas. A Tabela 8.2 mostra se os 25 países estão ou não em vias de cumprir as metas, com base em seus relatos de progresso em relação às metas.

Para os 24 países que responderam, muitos estão em vias de cumprir as metas, especialmente no que se refere a compromissos de políticas. Para os compromissos de impacto é difícil fazer comparações significativas com os dados de linha de base dos países, porque foram coletados poucos conjuntos de dados novos. Nos casos em que novos dados estavam disponíveis, dois países estavam em vias de cumprir as metas e dois não estavam. Para os compromissos financeiros, três países estavam em vias de cumprir as metas e um não estava, sendo o resto dos compromissos assumidos e respostas muito vagas para que se pudesse tirar alguma conclusão.

Compromissos das organizações da sociedade civil

As organizações da sociedade civil assumiram compromissos financeiros e de políticas/programas e este relatório acompanhou ambos. Das 15 organizações da sociedade civil abordadas, 14 responderam. A maior parte conseguiu algum progresso nos compromissos assumidos (Tabela 8.3). Os compromissos financeiros das organizações da sociedade civil estão categorizados em investimentos específicos de nutrição, investimentos relevantes para a nutrição ou ambos. Uma proporção significativa

TABELA 8.2 PROGRESSO DOS PAÍSES NO CUMPRIMENTO DOS COMPROMISSOS N4G

País	Compromissos de impacto	Compromissos de políticas	Compromissos de programas	Compromissos financeiros
Bangladesh	Não está claro	Em vias de cumprir	Em vias de cumprir	Em vias de cumprir
Benin	Não está claro	Não está claro	Não está claro	Nenhum
Burkina Fasso	Não está claro	Em vias de cumprir	Não está claro	Nenhum
Burundi	Não está claro	Em vias de cumprir	Não em vias de cumprir	Nenhum
Costa do Marfim	Não está claro	Nenhum	Em vias de cumprir	Não está claro
Etiópia	Não está claro	Nenhum	Em vias de cumprir	Em vias de cumprir
Gâmbia	Não em vias de cumprir	Nenhum	Nenhum	Nenhum
Guatemala	Não está claro	Em vias de cumprir	Não está claro	Não está claro
Iêmen	Nenhum	Não está claro	Não está claro	Não está claro
Indonésia	Não em vias de cumprir	Em vias de cumprir	Não está claro	Nenhum
Libéria	Nenhum	Não em vias de cumprir	Nenhum	Não está claro
Maláui	Nenhum	Em vias de cumprir	Não está claro	Não está claro
Mali	Nenhum	Em vias de cumprir	Nenhum	Nenhum
Mauritânia	Não está claro	Não está claro	Nenhum	Nenhum
Namíbia	Em vias de cumprir	Nenhum	Não em vias de cumprir	Nenhum
Níger	Não está claro	Em vias de cumprir	Em vias de cumprir	Não está claro
Nigéria	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta
Rep. Dem. do Congo	Nenhum	Em vias de cumprir	Não está claro	Não está claro
Rep. Unida da Tanzânia	Não está claro	Em vias de cumprir	Nenhum	Nenhum
Senegal	Em vias de cumprir	Em vias de cumprir	Não está claro	Em vias de cumprir
Serra Leoa	Não está claro	Não está claro	Em vias de cumprir	Não está claro
Sri Lanka	Não está claro	Nenhum	Nenhum	Não está claro
Uganda	Não está claro	Em vias de cumprir	Não está claro	Nenhum
Zâmbia	Não está claro	Não está claro	Em vias de cumprir	Não está claro
Zimbábue	Nenhum	Não está claro	Não está claro	Não em vias de cumprir

Fonte: Autores.

Nota: Em vias de cumprir = o progresso atingido está a caminho de cumprir os compromissos N4G. Não em vias de cumprir = não houve progresso suficiente no cumprimento dos compromissos N4G. Nenhum = não foi feito nenhum compromisso com N4G. Não está claro = o compromisso foi vago demais para se poder avaliar se foi cumprido, ou as evidências relatadas sobre o progresso foram vagas demais ou apenas parcialmente relatadas. Nenhuma resposta = o país não respondeu aos pedidos de informações.

do investimento em trabalho relevante para a nutrição foca os elos entre a nutrição e a agricultura. Muitas das atualizações do progresso de políticas/programas fornecidas por organizações da sociedade civil focam países específicos e os grupos-alvo abrangidos. Estas informações detalhadas oferecem uma imagem completa do alcance das organizações da sociedade civil em seus próprios programas e dentro dos países.

Compromissos das empresas

Vinte e nove empresas se comprometeram a colocar a boa nutrição no centro de suas práticas empresariais. Especificamente, elas declararam que até junho de 2016 iriam (1) introduzir uma

política de nutrição para uma força de trabalho saudável e produtiva e (2) melhorar as políticas para a saúde materna, incluindo apoio para as mães lactantes da sua força de trabalho. Espera-se que estas medidas resultem em melhor nutrição e, consequentemente, em melhor saúde e produtividade para mais de 1,2 milhão de membros da força de trabalho em mais de 80 países.

Para 2014 trabalhamos com a *SUN Business Network* (Rede de Empresas SUN) para enviar pedidos e receber os relatórios sobre estes compromissos das empresas.³ Pediu-se a estas empresas para atribuírem a si mesmas uma classificação entre 1 e 6, em que 1 = pouco ou nenhum progresso; 2 =

TABELA 8.3 PROGRESSO DAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL NO CUMPRIMENTO DOS COMPROMISSOS N4G

Organizações da sociedade civil (OSC)	Compromissos financeiros	Compromissos de políticas/programas
<i>Action Against Hunger</i> (Ação Contra a Fome) (ACF International)	Em vias de cumprir	Em vias de cumprir
Aliança SUN OSC Zâmbia	Nenhum	Não está claro
Biotechnology and Biological Sciences Research Council do Reino Unido	Nenhum	Em vias de cumprir
CAFOD	Nenhum	Não está claro
Comic Relief	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta
Concern Worldwide	Não em vias de cumprir ^a	Nenhum
Helen Keller International	Nenhum	Em vias de cumprir
Interaction	Em vias de cumprir	Nenhum
MercyCorps	Nenhum	Não está claro
Micronutrient Initiative	Em vias de cumprir	Em vias de cumprir
OneCampaign	Nenhum	Em vias de cumprir
Oxfam	Nenhum	Não em vias de cumprir
Save the Children International	Em vias de cumprir	Em vias de cumprir
VeganSociety	Nenhum	Em vias de cumprir
World Vision	Em vias de cumprir	Nenhum

Fonte: Autores.

Nota: Em vias de cumprir = o progresso atingido está a caminho de cumprir os compromissos N4G. Não em vias de cumprir = não houve progresso suficiente no cumprimento dos compromissos N4G. Nenhum = não foi feito nenhum compromisso com N4G. Não está claro = o compromisso foi vago demais para se poder avaliar se foi cumprido, ou as evidências relatadas sobre o progresso foram vagas demais ou apenas parcialmente relatadas. Nenhuma resposta = a OSC não respondeu aos pedidos de informações.

^a Concern Worldwide relatou enorme progresso relativamente a seus próprios compromissos substanciais, mas não conseguiu cumprir as metas, por uma margem pequena, portanto a razão desta avaliação.

TABELA 8.4 AUTOAVALIAÇÕES DE COMPROMISSOS N4G DAS EMPRESAS SOBRE A NUTRIÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO

Respostas	Número de empresas que apresentaram respostas sobre o progresso	
	Introduzir uma política de nutrição para uma força de trabalho saudável e produtiva	Melhorar as políticas para a saúde materna da força de trabalho, incluindo apoio às mães lactantes
1 = pouco ou nenhum progresso	2	3
2 = algum progresso	11	12
3 = bom progresso	6	3
4 = etapa de desenvolvimento final	0	2
5 = implementação parcial	3	2
6 = totalmente implementado	0	0
Respostas totais	22	22
Nenhuma resposta ^e	7	7
Número total de empresass	29	29

Fonte: Autores.

algum progresso; 3 = bom progresso; 4 = etapa de desenvolvimento final; 5 = implementação parcial; 6 = totalmente implementado.

Das 29 empresas que acompanhamos, 24 comunicaram seus compromissos (Tabela 8.4). Não foi possível detectar um

padrão nas respostas por região, tamanho ou setor. A Tabela 8.5 lista as respostas por empresa. As empresas que comunicaram bom progresso em uma dimensão da força de trabalho mostraram tendência a fazê-lo em ambas. O modo e a mediana de ambas as dimensões é 2. Depois demos mais um passo para

TABELA 8.5 PROGRESSO DAS EMPRESAS NO CUMPRIMENTO DOS COMPROMISSOS N4G

Empresa	Introduzir uma política de nutrição para uma força de trabalho saudável e produtiva	Tamanho da força de trabalho afetada (força de trabalho saudável)	Melhorar as políticas para a saúde materna incluindo apoio às mães lactantes	Tamanho da força de trabalho afetada (aleitamento materno)
Acciona	Em vias de cumprir (5)	33.000	Em vias de cumprir (5)	4.200
Ajinomoto	Em vias de cumprir (3)	Não se aplica	Em vias de cumprir (3)	Não se aplica
Anglo American	Não em vias de cumprir (iniciar acompanhamento em 2015)	Não se aplica	Não em vias de cumprir (iniciar acompanhamento em 2015)	Não se aplica
Aslan Group	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta
Associated British Foods	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta
Barclays	Em vias de cumprir (3)	Não se aplica	Em vias de cumprir (3)	Não se aplica
BASF	Não está claro (2)	Não se aplica	Em vias de cumprir (4)	Não se aplica
Bayer Crop Science	Não está claro (2)	Não se aplica	Não está claro (2)	Não se aplica
BP	Não está claro (2)	Não se aplica	Não está claro (2)	Não se aplica
Britannia Industries	Não está claro (2)	Não se aplica	Não está claro (2)	Não se aplica
Cargill	Não está claro (2)	Não se aplica	Não está claro (2)	Não se aplica
DSM	Em vias de cumprir (3)	Não se aplica	Não está claro (2)	Não se aplica
Gallup	Em vias de cumprir (5)	670	Em vias de cumprir (5)	670
Glaxo Smith Kline	Não está claro (2)	Não se aplica	Em vias de cumprir (4)	Não se aplica
Gujarat Cooperative Milk Marketing Federation Ltd (Amul)	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta
GUTS Agro Industry	Em vias de cumprir (5)	25	Em vias de cumprir (3)	2
Indofood	Não está claro (2)	Não se aplica	Não está claro (2)	Não se aplica
Infosys	Não em vias de cumprir (1)	Não se aplica	Não em vias de cumprir (1)	Não se aplica
KPMG	Em vias de cumprir (3)	Não se aplica	Não está claro (2)	Não se aplica
Lozane Farms	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta
Malawi Mangoes	Em vias de cumprir (3)	Não se aplica	Não está claro (2)	Não se aplica
M&S	Não está claro (2)	Não se aplica	Não está claro (2)	Não se aplica
Netafim	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta
RAB Processors	Não em vias de cumprir (1)	Não se aplica	Não em vias de cumprir (1)	Não se aplica
Shambani	Não está claro (2)	Não se aplica	Em vias de cumprir (3)	3 mães receberam 30 dias extra de licença maternidade e podiam trabalhar meio dia durante 4 meses após a licença maternidade
Syngenta	Não está claro (2)	Não se aplica	Não está claro (2)	Não se aplica
Tanseed	Não está claro (2)	Não se aplica	Não em vias de cumprir (1)	Não se aplica
Unilever	Em vias de cumprir (3)	A política estará disponível em todos os locais de trabalho, atingindo cerca de 174.000	Não está claro (2)	A política estará disponível para todas as mulheres trabalhadoras em idade reprodutiva, cerca de 44.000
Waitrose	Em vias de cumprir (3)	Não se aplica	Não está claro (2)	Não se aplica

Fonte: Autores.

Nota: Os códigos são os seguintes: 1 = pouco ou nenhum progresso; 2 = algum progresso; 3 = bom progresso; 4 = etapa de desenvolvimento final; 5 = implementação parcial; 6 = totalmente implementado. Não se aplica = não se pedi a estas empresas para responder sobre o número da força de trabalho afetada se sua classificação estava entre 1 e 4. Nenhuma resposta = a empresa não respondeu. Os autores do relatório classificaram a resposta 1 como "não em vias de cumprir", a resposta 2 como "não está claro" e as respostas 3 e acima de 3 como "em vias de cumprir".

PAINEL 8.1 AUMENTAR A ESCALA DA NUTRIÇÃO ATRAVÉS DE EMPRESAS

JONATHAN TENCH

Apesar do envolvimento das empresas em mais de 20 plataformas multilaterais de países signatários da Ampliação da Nutrição (SUN), os planos estratégicos e de implementação desses países manifestam pouca compreensão ou articulação do papel da empresa. As estratégias de países analisadas pela SUN Business Network normalmente incluíam os seguintes objetivos: acesso a serviços diretos de nutrição, comunicação de mudança de comportamento, maior capacidade técnica e institucional, mobilização de recursos, pesquisa, coleta e análise de dados e monitoramento e avaliação. Os planos para cumprir estes objetivos raramente identificavam o papel da empresa.

Além disto, os planos de implementação dos países revelam alta dependência dos

recursos e capacidades do setor público, mas há poucas informações sobre os recursos disponíveis no setor privado. Um plano até observa que "não inclui investimentos empresariais que, por natureza, não podem ser planejados" (SUN 2014a, 29). Outro plano afirma que a empresa pode desempenhar um papel na fortificação dos alimentos, mas restringe este envolvimento a doações tradicionais de responsabilidade social corporativa das empresas para esquemas do setor público, sem reconhecer a proposta de negócios fundamental que os produtores de alimentos podem oferecer.

Quando interrogados, os líderes empresariais dos países SUN manifestaram forte interesse em se associarem a iniciativas multilaterais e diálogos nacionais sobre

incentivos de políticas públicas relacionados com a aplicação dos regulamentos, impostos e infraestrutura, que podem estimular maior investimento. Para alavancar totalmente os investimentos empresariais, os países necessitam de integrar estes tipos de incentivos em seus planos nacionais. Os esforços nacionais e mundiais de melhoramento da transparência e dos mecanismos de monitoramento, como o Índice de Acesso à Nutrição (ATNI), trabalham com as maiores empresas de alimentos e bebidas. O trabalho do Movimento SUN, desenvolvendo uma sólida compreensão de como os conflitos de interesse podem ser discutidos e como os riscos podem ser minimizados, pode apoiar um envolvimento responsável e regulado.

alinhar as avaliações das empresas com outras partes interessadas do pacto N4G, classificando o progresso das empresas como "em vias de cumprir" (uma classificação igual ou superior a 3), "não em vias de cumprir" (uma classificação de 1) ou "não está claro" (uma classificação de 2).

O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* de 2015 aumentará seu foco na responsabilização empresarial (consultar o Painel 8.1 em relação a algumas das iniciativas em curso). Também vai tentar acompanhar um conjunto mais amplo de compromissos das empresas.

Compromissos da ONU

Sete agências da ONU assumiram compromissos N4G; estes eram menos compromissos financeiros do que compromissos de programas e políticas. Até 4 de setembro de 2014 tínhamos re-

cebido resposta de seis agências. As respostas eram substanciais e estavam bem associadas aos compromissos originais assumidos. Todas as agências que responderam estavam "em vias de cumprir" as metas (Tabela 8.6).

A maior parte dos compromissos focaram em reforçar mais os compromissos das agências da ONU em países onde estava em curso trabalho significativo. Algumas agências da ONU também estavam desenvolvendo e melhorando indicadores da força de trabalho, para poderem avaliar melhor o nível de nutrição e de alimentação das populações e melhorar a coordenação com os governos.

Compromissos dos doadores

Dezoito doadores assumiram compromissos na cúpula N4G. Sete assumiram compromissos financeiros e de políticas/programas, seis assumiram apenas compromissos financeiros e

TABELA 8.6 PROGRESSO DA ONU NO CUMPRIMENTO DOS COMPROMISSOS N4G

Agências da ONU	Compromissos de políticas/programas
Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)	Em vias de cumprir
Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (FIDA)	Em vias de cumprir
Gabinete de Coordenação dos Assuntos Humanitários (OCHA)	Nenhuma resposta
Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO)	Em vias de cumprir
Organização Mundial da Saúde (OMS)	Em vias de cumprir
Programa Alimentar Mundial (PAM)	Em vias de cumprir
SUN UN SystemNetwork	Em vias de cumprir

Fonte: Autores.

Nota: Em vias de cumprir = o progresso atingido está a caminho de cumprir os compromissos N4G. Nenhuma resposta = a agência não respondeu aos pedidos de informações sobre o progresso.

PAINEL 8.2 COMO AS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DESENVOLVEM O COMPROMISSO COM A NUTRIÇÃO

CLAIRE BLANCHARD

Nos países signatários da Ampliação da Nutrição (SUN), e nos não signatários, a sociedade civil desempenhou um papel fundamental no desenvolvimento e manutenção dos compromissos com a nutrição. Por que as organizações da sociedade civil (OSCs) são tão importantes para se alcançar os objetivos de nutrição e como podem sustentar sua eficácia?

Em primeiro lugar está a escala. Há mais de 1,500 OSCs envolvidas no Movimento SUN e existem alianças coordenadas de sociedades civis (ASCs) em 30 países.

Segundo, as OSCs envolvem-se com sucesso em esforços de mobilização social e conscientização, colaborando com a mídia e através de Dias de Ação Global (SUN, 2014b). O recente Dia Nacional da Nutrição em Madagascar, em junho de 2014, ofereceu uma oportunidade para a aliança das sociedades civis se encontrar com o primeiro-ministro, que se comprometeu a organizar uma reunião com todos os seus ministros para discutir um maior investimento na nutrição e participação dos setores.

Terceiro, as OSCs podem agregar esforços. O alinhamento coordenado de objetivos identificados por meio de exercícios de mapeamento interno e definição de escopo conduzidos, por exemplo, pela Aliança das Organizações da Sociedade Civil para Ampliação da Nutrição, de Gana, a Aliança da Sociedade Civil para a Nutrição, no Nepal, e a Parceria para a Nutrição na Tanzânia, ajuda a influenciar as medidas dos governos. Com artigos definindo sua posição, mobilização da opinião pública, participação em reuniões estratégicas e apoio construtivo aos objetivos do governo, as ASCs podem influenciar as políticas, como foi o caso da ASC SUN do Quênia, que recentemente influenciou mudanças na política de saúde do Quênia.

Quarto, as OSCs podem transcender os ciclos políticos. Em Gana, o trabalho da OSC com membros do Parlamento ajuda a priorizar a nutrição, independentemente do partido que detém o poder. Em 2014, inspirada pelo exemplo do Peru, a Aliança da Organização da Sociedade Civil para a Nutrição (CSONA) do Maláui obteve dos candidatos à presidência

compromissos assinados para melhoramentos da nutrição, assegurando assim que a nutrição continue sendo uma prioridade.

Quinto, com tantos países descentralizando suas políticas relativas à saúde e nutrição, a sociedade civil está bem posicionada para energizar e até mesmo moldar os esforços subnacionais. Por exemplo, as alianças da sociedade civil começaram a desenvolver ativamente esforços em nível de distrito e região, por exemplo, criando ASCs em nível de distrito, como foi o caso de Maláui e Moçambique.

No entanto os desafios continuam. As OSCs necessitam de apoio em seus esforços de desenvolvimento da capacidade para implementar programas em parceria com outras partes interessadas, influenciar as políticas, demonstrar resultados e garantir a responsabilização dos governos, de outras partes interessadas e delas próprias.

TABELA 8.7 PROGRESSO DOS DOADORES NO CUMPRIMENTO DOS COMPROMISSOS N4G NÃO FINANCEIROS

Doadores	Políticas/programas
Alemanha	Nenhum
Austrália	Em vias de cumprir
Banco Mundial	Em vias de cumprir
Brasil	Em vias de cumprir
Canadá	Nenhum
Emirados Árabes Unidos	Nenhum
Estados Unidos	Em vias de cumprir
Finlândia	Nenhum
França	Em vias de cumprir
Fundação Bill e Melinda Gates	Em vias de cumprir
Fundação <i>Children's Investment Fund</i>	Em vias de cumprir
Fundação <i>Children's Investment Fund</i> e <i>Save the Children</i>	Em vias de cumprir
Holanda	Nenhum
Irlanda	Em vias de cumprir
Japão	Não está claro
Reino Unido	Em vias de cumprir
<i>UK Food Standards Agency</i> (Agência de Normas Alimentares do Reino Unido)	Em vias de cumprir
União Europeia	Nenhum

Fonte: Autores.

Nota: Em vias de cumprir = o progresso atingido está a caminho de cumprir os compromissos N4G. Não em vias de cumprir = não houve progresso suficiente no cumprimento dos compromissos N4G. Nenhum = não foi feito nenhum compromisso não financeiro para N4G. Não está claro = o compromisso foi vago demais para se poder avaliar se foi cumprido, ou as evidências relatadas sobre o progresso foram vagas demais ou apenas parcialmente relatadas. Nenhuma resposta = o doador não respondeu aos pedidos de informações sobre o progresso.

PAINEL 8.3 DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DAS SOCIEDADES CIVIS PARA INSISTIR EM POLÍTICAS SOBRE A OBESIDADE E DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

CORINNA HAWKES

Em 2011 os 193 governos membros da ONU assumiram uma série de compromissos para prevenir e controlar doenças não transmissíveis (DNTs) (Assembleia Geral da ONU, 2011). Os governos comprometeram-se, entre outras coisas, a avançar as políticas para uma alimentação saudável, melhorar a governança da obesidade envolvendo múltiplos setores e desenvolver a capacidade das organizações não governamentais (ONGs). A OMS definiu um roteiro para a implementação e monitoramento destes compromissos em seu Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle de DNTs, 2013–2020 (OMS, 2013b) e sua Estrutura de Monitoramento Global (OMS, 2013a).

As organizações da sociedade civil (OSCs), em sua função de vigilantes dos interesses públicos, tem um papel único a desempenhar no monitoramento da implementação destes compromissos. No entanto – como estes documentos reconhecem – para fazê-lo eficazmente necessitam de maior capacidade. Investimentos significativos podem preparar o caminho para esse fim. Por exemplo, a agência de cooperação para o desenvolvimento Danida financia desde 2010 uma série de alianças DNT na África Oriental (Quênia, Ruanda, Tanzânia, Uganda e Zanzibar) (NCD Alliance, 2014a). As organizações cujos moldes se baseiam na NCD Alliance mundial reúnem grupos preocupados com doenças coronárias, câncer, diabetes e doenças pulmonares, com o objetivo de tornar mais visível o perfil político das DNTs, aumentar a conscientização do público e dar apoio à educação, ao

tratamento e às preocupações dos pacientes (Ministério dos Negócios Estrangeiros da Dinamarca [DANIDA], 2008). Outro exemplo é o Programa de Prevenção da Obesidade, da Bloomberg Philanthropies (2014), que proporcionou um subsídio de três anos, de US\$ 10 milhões, a organizações da sociedade civil e institutos de pesquisa mexicanos para integrarem a prevenção da obesidade em seu trabalho.

Com a ajuda de financiamento e de ferramentas de monitoramento internacional, estas OSCs trabalham para assegurar a responsabilização por parte dos governos. A Aliança para a Saúde no Caribe (2014b) – uma aliança de mais de 40 ONGs fundamentadas na saúde – publicou uma avaliação do progresso em 2014, guiada pela ferramenta de referência desenvolvida pela NCD Alliance mundial (2014b). A avaliação identificou a nutrição como a área de menor progresso; nenhum país declarou possuir estratégias de nutrição ou políticas sobre o marketing de alimentos para crianças, apesar de terem se comprometido a implementar as recomendações da OMS sobre o marketing dirigido a crianças (Healthy Caribbean Coalition, 2014a).

São necessários investimentos no monitoramento à escala mundial para reunir dados em nível de país. A OMS possui vários instrumentos para avaliar o progresso dos compromissos internacionais sobre a obesidade e as DNTs, incluindo uma pesquisa de 2010 sobre a capacidade de os países prevenirem e controlarem as

DNTs (OMS, 2010c) e a Global Database on the Implementation of Nutrition Action (GINA – Base de Dados Mundial sobre a Implementação de Iniciativas de Nutrição) (OMS, 2014d). As OSCs desenvolveram ferramentas mais detalhadas. Por exemplo, o Quadro NOURISHING do Fundo Mundial de Pesquisa contra o Câncer inclui um repositório de políticas sobre a alimentação saudável do mundo inteiro, que é atualizado periodicamente (WCRF, 2013).

A Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (2014) e a UNICEF estão monitorando as atividades de 198 governos sobre a implementação do Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno da OMS.

Para aumentar a responsabilização, os financiadores devem investir no aumento da capacidade do pessoal das OSCs nacionais. Também devem financiar o moroso processo de coleta e organização de informações sobre a implementação de políticas de DNT e indicadores de boa governança da nutrição. As OSCs também devem participar deste processo com a comunidade de pesquisadores e desenvolver projetos e propostas para monitoramento de políticas e governança, para responsabilizarem seus governos.

cinco apenas de políticas/programas. Como se observou no Capítulo 7, não podemos relatar os compromissos financeiros dos doadores do N4G devido ao atraso no processo de comunicação para ajuda oficial ao desenvolvimento. Contudo, os 13 doadores que fizeram promessas financeiras na cúpula N4G forneceram-nos dados financeiros relatados naquele capítulo. Também recebemos respostas de todos os doadores que assumiram compromissos de políticas e programas (Tabela 8.7). De um modo geral os doadores comunicaram um progresso positivo, com muitos deles criando colaborações exclusivas e parcerias inovadoras que determinarão o modo como será feita a implementação dos programas.

Compromissos N4G de outras organizações

Recebemos quatro respostas das cinco organizações restantes (“Outras”), que são difíceis de classificar. As respostas recebidas são abrangentes e algumas vezes bem mapeadas nos compromissos N4G assumidos (Tabela 8.8).

Conclusões

- Uma taxa de respostas de 92% é um valor respeitável. Contudo, levando em consideração os repetidos pedidos e ofertas de ajuda para completarem os modelos ao longo de um período de cinco meses, é decepcionante o fato de 8% dos signatários não ter respondido.

PAINEL 8.4 O MONITORAMENTO PELA COMUNIDADE PODE AUMENTAR A RESPONSABILIZAÇÃO PELA NUTRIÇÃO?

NICK NISBETT E DOLF TE LINTELO

A responsabilização pública pode atuar por meio de vias curtas (entre os cidadãos e os prestadores de serviços de nutrição) e vias longas (entre os cidadãos e os funcionários eleitos) (Banco Mundial, 2003). O reforço de ambos as vias pode, potencialmente

- melhorar a qualidade dos resultados dos serviços de nutrição;
- aumentar a motivação do pessoal da linha de frente e burocratas de nível médio e aumentar sua capacidade de defender a causa de recursos apropriados;
- facilitar a integração da nutrição entre setores como a agricultura, saúde, proteção social, água e saneamento;
- aumentar a visibilidade da subnutrição nas comunidades afetadas, dando-lhes uma voz mais forte e ampliando suas demandas sobre esta questão; e
- aumentar a receptividade dos formuladores de políticas públicas e dos

líderes políticos para a nutrição, como matéria de desenvolvimento nacional.

As iniciativas mundiais de compromisso com a nutrição sofrem inevitavelmente com vias curtas e longas de responsabilização que são prolongadas e pouco definidas (te Lintelo, 2014). Por exemplo, os contribuintes de impostos nos países doadores não desfrutam diretamente dos serviços de nutrição para os quais contribuem e raramente votam no desempenho da ajuda dos doadores. Por outro lado, os cidadãos dos países que recebem ajuda, como contribuintes, podem ter menos incentivos para responsabilizar seus governos pelo desempenho dos serviços de nutrição, a não ser que esteja claro que eles cofinanciam esses serviços.

Os mecanismos de feedback a nível da comunidade podem reforçar a responsabilização através de vias curtas e longas? O potencial de mecanismos como as auditorias sociais e o monitoramento da comunidade na promoção da responsabilização e melhoramento da

prestação de serviços públicos diretos é claro (Gillespie et al., 2013; Haddad et al., 2010; Mansuri e Rao, 2013). A experiência na saúde tem sido mista (consultar, por exemplo, Joshi, 2013) com alguns resultados extraordinariamente positivos (por exemplo, Björkman e Svensson, 2009). Contudo, além de algum trabalho de avaliação (Swain e Sen, 2009), o impacto de tais mecanismos na prestação de serviços de nutrição não foi empiricamente avaliado. É necessário mais trabalho nesta área para identificar os modelos que funcionam melhor quando aplicados à prestação de serviços de nutrição. Esse trabalho pode ter o potencial de se combinar com o uso crescente de tecnologias da informação e comunicação e de tecnologias móveis para ligar os cidadãos à defesa das políticas e fornecer dados em tempo real sobre indicadores a nível da comunidade aos mecanismos nacionais de responsabilização.

TABELA 8.8 PROGRESSO DE OUTRAS ORGANIZAÇÕES NO CUMPRIMENTO DOS COMPROMISSOS N4G

Outras organizações	Compromissos de políticas/ programas
Aliança Global para Melhor Nutrição (GAIN)	Em vias de cumprir
CABI	Não está claro
CGIAR	Em vias de cumprir
Fundação Naandi	Nenhuma resposta
Grand Challenges Canada	Não está claro

Fonte: Autores.

Nota: Em vias de cumprir = o progresso atingido está a caminho de cumprir os compromissos N4G. Não está claro = o compromisso foi vago demais para se poder avaliar se foi cumprido, ou as evidências relatadas sobre o progresso foram vagas demais ou apenas parcialmente relatadas. Nenhuma resposta = a organização não respondeu aos pedidos de informação sobre o progresso.

- Há mais classificações “em vias de cumprir” do que “não em vias de cumprir”, o que é encorajante.
- A categoria “não está claro” é dominante. Isto reflete a dificuldade de identificar compromissos claros (o que querem dizer na realidade? quem assumiu os compromissos? eles têm limites de tempo?), de acompanhar o progresso e de identificar a responsabilização (os compromissos assumidos foram cumpridos?).

- Uma classificação de “em vias de cumprir” pode ser alcançada assumindo e cumprindo um compromisso muito modesto, enquanto uma classificação “não em vias de cumprir” pode ser resultado de assumir um compromisso difícil que ficou apenas um pouco aquém da meta (como aconteceu, por exemplo, com Concern Worldwide). Observamos estas tendências em várias ocasiões. Estas ocorrências parecem contradizer o espírito do exercício de responsabilização e vamos explorar várias maneiras de resolver esta questão no Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015.

- São necessários alguns melhoramentos na preparação para o Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2015.4

Em resumo, a experiência adquirida em 2014 com a preparação de um mecanismo de responsabilização de N4G deve ser considerada como uma aprendizagem. Tal como é o caso de qualquer linha de base, os dados comunicados devem se tornar mais úteis à medida que são acumulados dados dos anos subsequentes.

REFORÇAR A RESPONSABILIZAÇÃO PARA MELHORAR A NUTRIÇÃO

O Capítulo 9 foca o preenchimento de lacunas de dados chave

PAINEL 8.5 PLATAFORMAS DE AVALIAÇÃO NACIONAIS: POTENCIAL PARA A NUTRIÇÃO

JENNIFER BRYCE E COLEGAS

Os governos necessitam de dados consistentes e confiáveis para comunicar progresso ao abrigo de estruturas de responsabilização nacionais, regionais e internacionais para a nutrição, como as Metas Globais da Assembleia Mundial da Saúde 2015 (OMS, 2012b). A Plataforma de Avaliação Nacional (PAN) é uma abordagem sistemática que está sendo usada no Maláui, Mali, Moçambique e Tanzânia para identificar, compilar e analisar dados existentes de alta qualidade provenientes de fontes diversas de vários setores, para avaliar a eficácia e o impacto dos programas de saúde e nutrição (Victora, Black, et al., 2011). A abordagem PAN, dirigida e inerente a cada país, oferece um conjunto fundamental de métodos de avaliação e constrói uma capacidade nacional sustentável para desenvolver respostas comprovadas a questões importantes relacionadas com programas e políticas, e acompanhar o progresso no alcance de metas ampliadas nacionais e mundiais.

A PAN, com o auxílio do governo do Canadá, reúne dados relevantes e de alta qualidade em nível de distrito, originários de várias fontes, incluindo pesquisas nacionais, sistemas de comunicação de rotina e bases de dados. Ela é atualizada à medida que

ficam disponíveis dados adicionais. Também suporta abordagens analíticas que tratam das contribuições das intervenções de nutrição e saúde em conjunturas onde não são possíveis as concepções de avaliação tradicionais. Por exemplo, a PAN pode abordar a integração multissetorial avaliando em conjunto vários programas ao longo do tempo (como a gestão da desnutrição aguda; suplementação de vitamina A; água, saneamento e higiene; e imunizações). Finalmente capacita os países para desenvolverem capacidade doméstica sustentável para responder a questões complexas de programas e políticas e para se autorresponsabilizarem. Uma parte interessada do setor público serve como a "instituição doméstica da PAN", que guarda os dados e desenvolve a capacidade de outras partes interessadas de monitoramento e avaliação do setor público, para desenvolver e usar a PAN.

A eficácia da PAN será julgada pela extensão da incorporação das evidências produzidas nos processos de tomada de decisões. Um ano de utilização nos quatro países já produziu lições importantes:

- **Os governos acolhem bem o foco na avaliação de programas.** Os líderes dos

programas de nutrição e saúde dos quatro países acolheram bem a PAN como meio de (1) reunir os dados existentes para conseguir ir além de um monitoramento de rotina, (2) abordar questões sobre a eficácia relativa das estratégias de implementação, e (3) reforçar o cenário da agenda no país relativamente ao cenário da agenda do doador.

- **Os dados sobre programas de nutrição são escassos.** É necessário um mecanismo que reúna os dados disponíveis dos vários setores, avalie sua qualidade e promova seu uso para responder a questões sobre as necessidades dos programas ou a eficácia da implementação.
- **A capacidade de avaliação e análise de dados dos países é limitada.** Na maior parte dos casos as análises de dados antropométricos e de mortalidade infantil são realizadas por instituições externas. As instituições nacionais responsáveis pela saúde, nutrição e estatísticas comunicaram que o aumento da capacidade nestas áreas tem prioridade máxima.

para melhorar a responsabilização, mas os dados são apenas um componente importante dos sistemas de responsabilização. Os sistemas de responsabilização evoluem através de uma série de compromissos públicos, do acompanhamento desses compromissos, da comparação do progresso com as metas, da utilização da avaliação do progresso e em seguida da criação de uma estratégia para responder a essa responsabilização. Além dos dados, este ciclo de reforço da responsabilização exige atores e mecanismos. Esta seção apresenta inovações da comunidade mais ampla do setor de nutrição nestas duas áreas.

Atores

Quando a sociedade civil e as comunidades exercem pressão sobre as partes interessadas, a mudança social acontece mais depressa (Gaventa e Barrett, 2012), porque este tipo de pressão reforça a responsabilização. O Painel 8.2 descreve as experiências das alianças das sociedades civis nacionais dentro do movimento SUN. Elas provaram ser eficazes porque podem ampliar seus esforços, mobilizar comunidades, formar alianças, transcender

ciclos políticos e chegar às unidades administrativas em nível de distrito, que são tão importantes para uma descentralização eficaz. Até agora a experiência da sociedade civil do movimento SUN se situa no contexto da subnutrição. O Painel 8.3 foca o papel da sociedade civil em influenciar medidas de políticas e de governança em doenças não transmissíveis e obesidade.

E o que acontece com as próprias comunidades? Como podem ser mais eficazes a fechar os círculos "curtos" entre os cidadãos e os prestadores de serviços e os círculos "longos" entre os cidadãos e os governos? O Painel 8.4 foca a execução do programa num contexto de subnutrição e realça algumas experiências de monitoramento da comunidade de um grupo de setores.

Mecanismos

Os atores dedicados necessitam de um mecanismo através do qual possam exercer sua ação em nome da nutrição. O Painel 8.5 resume as experiências adquiridas até agora com Plata-

PAINEL 8.6 O NÍVEL DOS DADOS DE NUTRIÇÃO AFRICANOS PARA RESPONSABILIZAÇÃO E APRENDIZAGEM

CARL LACHAT, JOYCE KINABO, EUNICE NAGO, ANNAMARIE KRUGER E PATRICK KOLSTEREN

Décadas de investimento e desenvolvimento de capacidade na pesquisa de nutrição na África produziram uma comunidade de pesquisa de nutrição ativa. A produção de trabalhos de pesquisa no continente é considerável e está crescendo continuamente (Lachat et al., 2014). Contudo, estudos e eventos recentes assinalaram áreas em que a organização da pesquisa de nutrição pode ser melhorada na África:

- A agenda da pesquisa de nutrição, impulsionada em grande medida por financiadores de pesquisa e por corpos acadêmicos em países de alta renda, tem de voltar a focar as prioridades africanas (Holdsworth et al., 2014; van Royen et al., 2013).
- O número de avaliações de intervenções é pequeno demais (Lachat et al., 2014).
- Está faltando pesquisa sobre a criação de ambientes propícios que impeçam a desnutrição (Masset et al., 2012).
- A disponibilidade de dados produzidos por pesquisadores e outros, como as organizações não governamentais, as agências da ONU e os governos, é altamente variável. Eles poderiam ser menos dispersos e usados mais eficazmente (Chalmers et al., 2014).

O recente crescimento econômico da África oferece uma janela de oportunidade para desenvolver um sistema de pesquisa africano que é "adequado para seus

objetivos", para apresentar respostas aos decisores africanos sobre como lidar com os desafios nutricionais do futuro. Esse sistema de pesquisa deve responsabilizar os diferentes atores neste sistema das seguintes maneiras:

- Os que produzem informações (corpo acadêmico da África, parceiros de países de alta renda, governo e agências de desenvolvimento que coletam dados) devem produzir as melhores informações utilizando os mais altos padrões de qualidade. Os conhecimentos e os dados devem ser compartilhados e ser facilmente acessíveis, tanto quanto possível.
- Os financiadores de trabalhos de pesquisa precisam maximizar a aceitação das evidências em programas e políticas na África. Isto exigirá maior apropriação africana da pesquisa. O corpo acadêmico (predominantemente da América do Norte e da Europa) precisa estabelecer parcerias equitativas com pesquisadores africanos (Chu et al., 2014) e os financiadores de trabalhos de pesquisa precisam se alinhar com as prioridades de pesquisa identificadas por africanos (Lachat et al., 2014). Seria útil desenvolver um código de conduta, definir considerações de natureza ética na definição da agenda de pesquisa e estabelecer registros de dados. Os conselhos de pesquisa nacionais podem desempenhar um papel importante conectando os pesquisadores com os

financiadores e usuários.

- Os usuários da pesquisa sobre a nutrição tem de articular necessidades de pesquisa claras. Deve ser desenvolvido um processo transparente para definir sistematicamente as prioridades de pesquisa. Iniciativas como as redes africanas de conhecimentos de nutrição criadas recentemente (EVIDENT) são um primeiro passo nessa direção. Os financiadores devem aceitar as prioridades resultantes e os dados gerados devem ser registrados num depósito de dados em código aberto para apoiar o compartilhamento.

Está havendo uma revolução de dados em desenvolvimento (ONU, 2013a) e a comunidade africana do setor de nutrição pode desempenhar um papel de liderança. São necessários repositórios de dados e sistemas de dados interoperacionais para os dados de nutrição para guardar, selecionar e recatálogo os dados de nutrição da África. As partes interessadas na pesquisa sobre nutrição na África necessitam de aproveitar os compromissos assumidos por financiadores de trabalhos de pesquisa e organizações internacionais com dados de acesso livre. Tornar os dados acessíveis é apenas o primeiro passo. É necessário mais trabalho para transformar estas informações em conhecimentos, para melhores políticas e medidas de nutrição.

formas de Avaliação Nacionais, que estão sendo testadas por quatro países africanos. Estas plataformas estão ajudando a desenvolver a capacidade nos países para usarem os dados existentes para promover a responsabilização mais eficazmente.

Da mesma forma, a pesquisa pode ser um mecanismo para gerentes de dados, analistas e cientistas promoverem a respons-

abilização pela nutrição. O Painel 8.6 afirma que as prioridades de pesquisa africanas não estão suficientemente orientadas para soluções ou dirigidas pelas necessidades africanas e que os dados criados são dispersos e frequentemente inacessíveis. Os autores propõem vários investimentos em sistemas de pesquisa para orientar as atividades e reforçar a responsabilização por melhor nutrição.

LACUNAS DE DADOS

1. Muitos compromissos N4G são vagos e as atualizações sobre o progresso frequentemente também são vagas.
2. Os dados N4G estão dispersos e sua coleta está associada a um alto custo de transação.
3. Não existem dados e pesquisas de nutrição suficientes que sejam propriedade do país e resultado de sua iniciativa, e esta lacuna corre o risco de enfraquecer a responsabilização pela nutrição.

9 QUAIS SÃO AS PRIORIDADES PARA INVESTIMENTO EM DADOS DE NUTRIÇÃO MELHORADOS?

PARA MELHORAR A RESPONSABILIZAÇÃO É NECESSÁRIO TER ACESSO AOS DADOS CORRETOS, NO MOMENTO CERTO E NO LOCAL CORRETO, MAS ISTO NÃO É SUFICIENTE.

Este capítulo faz o mapeamento das lacunas, sugere critérios para a priorização dos esforços de coleta de dados e identifica algumas abordagens promissoras para lidar com as lacunas.

LACUNAS E MELHORAMENTOS NECESSÁRIOS

Para identificar as lacunas de dados seguimos várias etapas. Primeiro, à medida que fomos desenvolvendo perfis de nutrição dos países, passamos da identificação dos indicadores ideais para a avaliação dos indicadores disponíveis e desenvolvemos uma compreensão de quais dados estavam ausentes mas eram necessários. Segundo, analisamos os 82 indicadores nos 193 perfis de nutrição dos países e mapeamos as lacunas destes dados por grupo de indicador.¹ Terceiro, anotamos as lacunas de dados realçadas pelas análises deste relatório; estas estão indicadas no fim de cada capítulo. Finalmente, paramos para refletir e perguntamo-nos: Quais questões devem ser priorizadas e quais medidas devem ser tomadas para reduzir a desnutrição, mas que não são devido a lacunas de dados? Concluímos que foram realizados poucos estudos sobre a limitação que a falta de dados impõe às medidas de nutrição, e em um futuro relatório faremos uma análise mais detalhada da literatura.

PONTOS CHAVE

1. Há muitas lacunas nos dados dos resultados, produtos e recursos de nutrição. Por exemplo, 40% dos 193 países membros da ONU não conseguem acompanhar mais de dois dos quatro indicadores da Assembleia Mundial da Saúde (AMS) incluídos neste relatório. Apoiar a capacidade de todos os países para relatar os indicadores da AMS é uma prioridade.
2. Para identificar as lacunas de dados além dos indicadores AMS perguntamos: Quais questões devem ser priorizadas e quais medidas devem ser tomadas para reduzir a desnutrição, mas que não são devido a lacunas de dados? Identificamos quatro indicadores do nível de nutrição – anemia, sobrepeso e obesidade, emaciação e baixo peso ao nascer – onde o progresso é lento e as lacunas de dados podem estar impedindo as iniciativas. Também identificamos lacunas de dados que acreditamos estarem impedindo a ampliação da escala e a combinação de intervenções específicas e relevantes para a nutrição e de ambientes propícios para a nutrição, para um contexto específico.
3. Nem todas as lacunas de dados exigem a coleta de novos dados. As lacunas de dados podem ser preenchidas: (1) utilizando melhor os dados existentes, (2) melhorando a coleta dos dados existentes, (3) melhorando a comparabilidade dos dados entre vários países, (4) coletando dados com mais frequência e (5) coletando novos dados onde não há dados suficientes para boa responsabilização. Cada uma destas abordagens oferece escopo para preencher várias lacunas de dados.
4. As decisões sobre as lacunas de dados que são mais importantes de serem preenchidas devem ser tomadas em nível nacional e baseadas em políticas, planos e estratégias de nutrição. As respostas às perguntas a seguir ajudarão a priorizar estas lacunas: A disponibilidade dos dados levará a iniciativas melhores ou mais intensivas para a nutrição? A coleta de dados é prática? Existe procura para os dados ou essa procura pode ser criada?

A Tabela 9.1 resume as principais questões e medidas para as quais o progresso parece ter parado, assim como as lacunas de dados que, pressupomos, estão limitando a ação. Por exemplo, sabemos que o progresso na redução da anemia é lento. Isto deve-se ao fato de não estarem sendo testadas intervenções suficientes baseadas em alimentos? E, por sua vez, isto é porque os dados de consumo alimentar não são suficientemente detalhados para identificar os padrões de consumo das pessoas de alimentos locais ricos em ferro biodisponível?

Nem todas estas lacunas de dados necessitam de ser preenchidas coletando novos dados. Identificamos cinco maneiras de preencher estas lacunas: (1) utilizando melhor os dados existentes, (2) melhorando a coleta dos dados existentes, (3) melhorando a comparabilidade dos dados entre vários

países, (4) coletando dados com mais frequência e (5) coletando novos dados onde não há dados suficientes para boa responsabilização.

Utilizar melhor os dados existentes

- **Identificar e monitorar as despesas com a nutrição.** Tipicamente estes dados financeiros existem, mas precisam ser identificados, classificados e integrados nos sistemas de monitoramento e comunicação. É importante aumentar a capacidade das pessoas para a realização destas tarefas (consultar, por exemplo, a descrição da experiência da Guatemala com o acompanhamento financeiro no Painel 7.2).
- **Usar dados administrativos existentes, especialmente em níveis subnacionais, para mobilizar interesse na nutrição e desenvolver estratégias.** Os perfis de nutrição a nível de distrito na Índia, descritos no Painel 4.3, enfatizam

TABELA 9.1 LACUNAS DE DADOS QUE SÃO LIMITAÇÕES PARA AS MEDIDAS NECESSÁRIAS

Resultado de nutrição em que o progresso parou	Lacuna de dados limitante	Valor potencial acrescentado do preenchimento de lacuna de dados
Anemia	Dados detalhados de consumo alimentar identificando os componentes da alimentação local ricos em ferro	As intervenções baseadas em alimentos poderiam ser melhor concebidas para tratar a anemia.
Emaciação e baixo peso ao nascer	Solução para questões de ajuste de estimativas de baixo peso ao nascer	Os recursos para programas destinados a meninas adolescentes poderiam ser distribuídos mais eficazmente.
Sobrepeso e obesidade	Dados detalhados de consumo alimentar identificando os componentes saudáveis e não saudáveis da alimentação, por exemplo, certos tipos de gorduras, alimentos consumidos fora de casa	As intervenções poderiam ser melhor concebidas para ajustar o ambiente dos alimentos, para apoiar opções saudáveis.
	Mais dados de pesquisas sobre a obesidade	Poderiam ser identificados subgrupos correndo risco especial; as estimativas baseadas em modelos não podem fazer isto.
Medida principal que pode estar parada	Lacuna de dados limitante	Valor acrescentado potencial do preenchimento de lacuna de dados
Ampliação da escala de programas específicos de nutrição	Dados de cobertura	Poderiam ser identificados os grupos que não estão recebendo cobertura eficaz.
	Dados de acompanhamento financeiro	Seria mais fácil ver se os recursos estão sendo dotados para as intervenções mais eficazes e econômicas para os mais vulneráveis.
	Dados de capacidade	Poderia ser avaliada a viabilidade dos planos de ampliação da escala.
	Dados de custos	Poderia ser avaliada a facilidade de implementação prática dos planos propostos, considerando os recursos disponíveis.
	Dados desagregados	Os dados ajudariam os profissionais a ampliar a escala dos programas de nutrição a níveis subnacionais.
Ampliação da escala de programas específicos de nutrição	Dados de acompanhamento financeiro	Poderia ser avaliado o escopo para o aumento dos programas relevantes para a nutrição.
	Dados de capacidade	Poderia ser avaliado o potencial para um maior número de programas relevantes para a nutrição.
	Dados de custos	Poderiam ser desenvolvidas razões custo:benefício para os programas relevantes para a nutrição que refletem os benefícios marginais e os custos de maior relevância para a nutrição.
	Dados desagregados	O potencial geográfico da sobreposição de abordagens específicas e relevantes para a nutrição poderia ser melhor compreendido.
Melhor mistura, priorização e sequenciamento de diferentes medidas de nutrição	Ferramentas e abordagens para medidas de nutrição mistas	Estas informações ajudariam a prevenir o risco de "fazer tudo". Poderiam ser identificadas sobreposições entre os maiores impactos potenciais e os maiores compromissos políticos.
	Estudos de caso a níveis nacional e subnacional	Poderiam ser aprendidas lições com os sucessos e insucessos de outros países e regiões. Poderiam ser evitadas medidas não eficazes.
	Dados sobre opções contraditórias entre as estratégias de melhoramento da nutrição e o uso de recursos naturais	As medidas relevantes para a nutrição poderiam ser mais sustentáveis e poderiam ser evitadas opções contraditórias desnecessárias com os objetivos de outros setores.

Fonte: Autores.

as possíveis surpresas em termos do que está disponível. Os ensaios piloto da Plataforma de Avaliação Nacional em quatro países africanos, descritos no Painel 8.5, também representam uma abordagem promissora da utilização máxima possível dos dados existentes.

- **Incluir os dados existentes na legislação, políticas e despesas.** O *Hunger and Nutrition Commitment Index* (HANCI – Índice de Compromisso com a Fome e a Nutrição) é um bom exemplo de como os dados existentes podem ser usados para criar novas perspectivas.²
- **Usar melhor os dados de monitoramento e avaliação existentes.** Embora seja frequentemente necessária a coleta de novos dados para avaliação do impacto, a área em rápido crescimento de pesquisa e avaliação da implementação tende a usar sistemas de monitoramento e avaliação que ainda poderiam ser mais úteis implementando algumas mudanças modestas (Menon et al., 2014).

Melhorar a coleta dos dados existentes

- **Resolver problemas com a coleta de dados de baixo peso ao nascer.** Existem problemas substanciais com a coleta de dados de baixo peso ao nascer, incluindo definições não padronizadas, falta de dados e evidência de acúmulo de relatos em torno dos valores limite. Dado o crescente foco na boa nutrição durante os primeiros 1.000 dias de uma criança após a concepção, é fundamental melhorar o modo como os dados são coletados, relatados e ajustados.
- **Coletar mais dados sobre biomarcadores de micronutrientes.** Devido ao lento progresso geral em se abordar a desnutrição por deficiência de micronutrientes, necessitamos de melhores dados sobre as tendências do nível de micronutrientes para podermos identificar áreas de progresso e aprender com elas. Atualmente muito poucas pesquisas representativas em nível nacional tem dados sobre biomarcadores de micronutrientes múltiplos, coletados usando métodos padronizados. Em parte esta lacuna é devido à ausência de dispositivos não invasivos e de fácil utilização em campo, que permitam avaliações rápidas e de baixo custo de biomarcadores em pequenas amostras de sangue.
- **Coletar dados sobre custos de diferentes tipos de programas.** As avaliações rigorosas de programas estão cada vez mais coletando dados sobre custos e a relação custo/eficácia. Além disto, certos tipos de dados de custos são coletados de maneira rotineira durante a implementação da maioria dos programas. Mas para que estes dados sejam mais úteis, por exemplo, para a priorização das intervenções de nutrição, é importante definir os custos unitários, custos de participação, custos de oportunidade e custos recorrentes, desenvolver métodos de coleta de dados sobre estes custos e disponibilizá-los amplamente.

Melhorar a comparabilidade dos dados entre vários países

- **Fazer com que os dados dos países de alta renda sejam mais**

comparáveis em termos internacionais. Quase metade das lacunas no relato de dados da AMS são de países da Europa e América do Norte. Isto é devido a estes países usarem diferentes métodos de comunicação ou não concederem à OMS e à UNICEF acesso aos dados brutos.

- **Harmonizar a coleta de dados sobre a obesidade adulta.** Diferentes subpopulações são cobertas por diferentes pesquisas (por exemplo, pesquisas de mulheres em idade reprodutiva ou pesquisas de todos os adultos), usando métodos diferentes (e.g. relato pelo pesquisador ou autorrelato). Dado o aumento da obesidade adulta, é urgente harmonizar a coleta de dados.

Coletar dados com mais frequência

Comparada com áreas de políticas como o crescimento econômico, emprego e redução da pobreza, a política de nutrição está mal servida por pesquisas nacionais e sistemas de vigilância. Num mundo que está mais incerto devido às mudanças climáticas e à degradação ambiental, será importante ter dados de pesquisas mais frequentes sobre o nível de nutrição e a cobertura dos programas de nutrição.

A base de dados da AMS atualmente contém pesquisas de 125 países sobre a antropometria de crianças menores de cinco anos. A base de dados exclui pesquisas anteriores a 2005, mas grande número das pesquisas incluídas são muito antigas. Quase 40% das pesquisas são do período 2005–2009 (Tabela 9.2). Parece ser muito difícil criar políticas públicas com base em dados de há cinco ou nove anos. Outras áreas de políticas públicas exigiriam melhores dados. Todos os países deveriam realizar uma pesquisa nacional sobre a nutrição, pelo menos, de três em três ou de quatro em quatro anos.

Coletar novos dados

- **Coletar mais dados sobre a cobertura das intervenções de nutrição.** Nosso conhecimento sobre o que funciona em

TABELA 9.2 ANO DA PESQUISA MAIS RECENTE CONTENDO DADOS ANTROPOMÉTRICOS DE MENORES DE CINCO ANOS NA BASE DE DADOS DA AMS

Ano da pesquisa mais recente na base de dados da AMS	Número de países para os quais esta é a pesquisa mais recente	Porcentagem cumulativa
2005	7	5,6
2006	8	12,0
2007	11	20,8
2008	8	27,2
2009	14	38,4
2010	28	60,8
2011	18	75,2
2012	25	95,2
2013	6	100,0
Total	125	

Fonte: Autores.

nutrição aumentou imensamente nos últimos cinco anos, mas nosso conhecimento do número de pessoas abrangidas pelas intervenções é fraco. À medida que a escala dos programas vai sendo ampliada, a coleta dos dados de cobertura também precisa ser aumentada.

- **Coletar dados de cobertura de programas de desnutrição aguda moderada (DAM) e desnutrição aguda grave (DAG).** Face à inflexibilidade das taxas de emaciação infantil e à crescente volatilidade causada pelas mudanças climáticas, é importante obter mais dados da cobertura dos programas de DAM e DAG. O Painel 5.1 sugere algumas maneiras de fazer isso.
- **Melhorar a coleta de dados sobre o consumo alimentar.** A ausência de dados sobre o consumo alimentar é uma das lacunas mais flagrantes entre os indicadores de resultados de nutrição. Para crianças de 6 a 23 meses, a coleta de dados está melhorando através de medição da alimentação suplementar que inclui dados sobre a alimentação mínima aceitável (AMA) e a diversidade alimentar mínima (DAMn). Para os casos de insegurança alimentar grave em níveis

nacional e subnacional, os novos esforços de coleta anual de dados incluem o projeto Vozes da Fome, uma parceria da Gallup e da FAO que relata as percepções da fome. Mas dada a importância do consumo alimentar na anemia, sobrepeso e obesidade, deve-se aumentar os esforços de coleta de novos dados, baseados em pesquisas, sobre a qualidade e quantidade do consumo de alimentos.

- **Coletar dados sobre a capacidade para conceber, implementar e avaliar medidas relevantes para a nutrição.** Os dados existentes sobre a disponibilidade de recursos humanos podem ser mobilizados, mas são necessários novos dados sobre o desempenho da linha da frente (por exemplo, dos profissionais de saúde comunitária), da organização (por exemplo, Ministério da Saúde), e dos níveis de sistemas (por exemplo, sobre salários, perspectivas de carreira profissional e certificação) para que se possa ampliar a escala de intervenções específicas de nutrição, desenvolver programas relevantes para a nutrição³ e criar ambientes propícios (Sodjinou et al., 2014).
- **Coletar dados sobre a intensidade de utilização de recursos**

TABELA 9.3 ALGUNS PONTOS CHAVE DAS NOTAS TÉCNICAS 4–12 SOBRE MANEIRAS DE PROGREDIR O PREENCHIMENTO DE ALGUMAS LACUNAS DE DADOS

Lacuna de dados	Como progredir
Uso de recursos naturais	Explorar e testar métodos científicos inovadores, estudos piloto, métricas e boas práticas para ligar os resultados dos recursos humanos e naturais. (Nota Técnica 4)
Custos de medidas de nutrição	Desenvolver orientação padronizada sobre o que constitui medida relevante para a nutrição. Abordar como incluir custos não governamentais. Desenvolver ferramentas para ajudar a priorizar e ordenar a sequência das medidas. (Nota Técnica 5)
Segurança alimentar	Investir na criação, manutenção e validação de um sistema de coleta de dados de todo o mundo que permita a incorporação de medidas padronizadas de indicadores chave de segurança alimentar, incluindo indicadores simples de acesso a alimentos medidos a nível individual e das unidades familiares, nas plataformas de pesquisa existentes. Aumentar a quantidade de dados de pesquisa sobre consumo alimentar representativos a nível nacional e coletados por meio de métodos padronizados. (Nota Técnica 6)
Gravidade da insegurança alimentar	Em vez de medir as consequências da insegurança alimentar em termos do que as pessoas comem (análise de dados de consumo alimentar), medir a gravidade da insegurança alimentar perguntando diretamente às pessoas sobre seus comportamentos relacionados com os alimentos face a um acesso restrito a alimentos. Embora a insegurança alimentar não possa ser observada diretamente, sua extensão pode ser inferida a partir das vivências das pessoas com insegurança alimentar. (Nota Técnica 7)
Capacidade de implementação	É necessária uma avaliação sistêmica das lacunas de capacidade, porque a capacidade é a combinação de muitos fatores interligados a níveis individual, organizacional e sistêmico. Uma análise exaustiva das lacunas de capacidade fornecerá a base do desenvolvimento de uma estrutura abrangente para reforçar a implementação e ampliação da escala de intervenções de nutrição. Vários autores forneceram indicações claras para guiar a medição das lacunas de capacidade para a nutrição de maneira sistemática. Contudo, houve poucas tentativas de ligar estas estruturas propostas a estudos de caso concretos em países ou regiões com um elevado ônus de desnutrição. (Nota Técnica 8)
Medição de baixo peso ao nascer	Analisar os métodos atuais para ajustar as inconsistências da coleta de dados e os relatórios e explorar métodos alternativos (em curso). (Nota Técnica 9)
Obesidade adulta	Conseguir chegar a um consenso sobre as vantagens e desvantagens de usar fontes de dados diferentes sobre a obesidade adulta, com uma recomendação das fontes a ser usadas em futuros <i>Relatórios sobre a Nutrição Mundial</i> e em outros lugares. (Nota Técnica 10)
Transformação institucional	O indicador SUN sobre a transformação institucional (descrito no Capítulo 7) aumentou a consciência para as lacunas significativas na implementação de medidas em torno de resultados comuns e no alinhamento e acompanhamento de investimentos para a nutrição. Esses exercícios futuros podem ser uma maneira de priorizar e estimular a mudança. (Nota Técnica 11)
Vitaminas e sais minerais	Atribuir recursos a países onde não existem dados e onde há interesse na realização de pesquisas. Coletar dados de pesquisas mais representativas a nível nacional sobre biomarcadores de micronutrientes múltiplos usando métodos padronizados. Desenvolver dispositivos de utilização fácil em campo que permitam uma avaliação rápida e de baixo custo de biomarcadores múltiplos em pequenas amostras de sangue. Integrar biomarcadores de micronutrientes nos sistemas de informação de saúde nacional. Padronizar as definições de cobertura, coletar dados de cobertura e organizá-los numa base de dados global para acompanhar o progresso das intervenções de micronutrientes. (Nota Técnica 12)

Fonte: Autores.

pelos programas de nutrição. Esta questão ficará cada vez mais urgente no período pós-2015, mas existem alguns dados. Qual é a intensidade de utilização de recursos em intervenções de nutrição e que abordagens são mais sustentáveis do ponto de vista do ambiente?

COMO PREENCHER ALGUMAS DAS LACUNAS

O relatório já assinalou algumas maneiras de preencher as lacunas de acompanhamento financeiro (Painel 7.1), as lacunas de cobertura da DAG (Painel 5.1) e as lacunas de capacidade para a utilização de dados existentes (Painel 8.5). A Tabela 9.3 resume algumas maneiras de progredir em nove áreas adicionais: medição do uso de recursos naturais na nutrição, avaliação dos custos das iniciativas de nutrição, desenvolvimento de indicadores do consumo alimentar, utilização de avaliações experimentais sobre a fome grave, avaliação de capacidade, medição de baixo peso ao nascer, relato sobre a obesidade adulta, autorrelato sobre transformações institucionais da SUN e coleta de dados sobre vitaminas e sais minerais. O trabalho detalhado por trás de

cada fileira da Tabela 9.3 está descrito nas Notas Técnicas 4–12.

Este relatório evita a priorização adicional das lacunas de dados a serem preenchidas. Provavelmente seria necessário apresentar decisões mais detalhadas sobre as prioridades dos dados em vários fóruns internacionais, regionais, nacionais e subnacionais e incluir os usuários e produtores desses dados. Os critérios para tais decisões devem ser adequados ao contexto, mas devem incluir questões como as seguintes: O preenchimento da lacuna tem o potencial de estimular e guiar as medidas que reduzem a desnutrição mais rapidamente? É viável preencher a lacuna? Existe procura para o preenchimento da lacuna?

As prioridades finais sem dúvida refletirão uma combinação de considerações técnicas, capacidade e políticas. Do mesmo modo que informação é sinônimo de poder, o poder também dá forma à informação: os dados selecionados para coleta, o modo como são usados e as conclusões atingidas são todos influenciados por quem está usando-os.

10 MENSAGENS E RECOMENDAÇÕES CHAVE

ESTE RELATÓRIO SOBRE A NUTRIÇÃO MUNDIAL DESTINA-SE AOS CAMPEÕES DA NUTRIÇÃO E SEUS ALIADOS ATUAIS E POTENCIAIS – PESSOAS E ORGANIZAÇÕES QUE podem constituir parcerias produtivas para acelerar os melhoramentos nos resultados de nutrição. Recorrendo aos resultados do relatório, este capítulo oferece mensagens e recomendações para os que procuram acelerar a redução da desnutrição através de políticas, programas, pesquisa e defesa mais robustas. As mensagens devem ser adaptadas a cada uma destas audiências em níveis mundial, regional, nacional e subnacional, de acordo com o contexto.

MENSAGEM Nº 1: Para um desenvolvimento sustentável são essenciais pessoas com boa nutrição.

O relatório mostra que a desnutrição afeta quase todos os países do mundo. Os melhoramentos no nível de nutrição contribuem para muitos dos propostos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que serão o principal mecanismo global de responsabilização para os próximos 15 anos. Portanto, a nutrição deve ser o foco proeminente da estrutura dos ODS. Atualmente apenas uma das 169 metas dos ODS está explicitamente relacionada à nutrição.

Recomendações

- A comunidade do setor de nutrição continua a defender fortemente a causa da nutrição na estrutura dos ODS. Recomendamos que se procurem maneiras de integrar todos os seis indicadores de nutrição da Assembleia Mundial da Saúde (AMS) na estrutura dos ODS, mas não necessariamente todos eles no ODS de alimentos e nutrição. Além disto, recomendamos a identificação e defesa de indicadores e metas em todos os ODS que são claramente importantes para o acompanhamento dos resultados, motores e consequências da nutrição, mesmo quando não estão classificados como indicadores de nutrição.
- Nos próximos meses os intervenientes influentes na comunidade do setor de nutrição devem intensificar seu envolvimento com a nutrição no processo dos ODS. Estes intervenientes incluem governos chave, fundações, organizações não governamentais (ONGs) de relevo e organizações da sociedade civil, a ONU e outras importantes agências multilaterais, empresas e pesquisadores e o mundo acadêmico.

MENSAGEM Nº 2: Temos de nos comprometer a melhorar a nutrição mais rapidamente e incluir este objetivo nas metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030.

Usando novos dados, experiências e análises, defendemos o argumento de que as metas dos ODS para 2030 precisam ser mais ambiciosas do que simples extrapolações de tendências para as metas da AMS para 2025. Os consideráveis compromissos e esforços envolvidos estão patentes no Movimento SUN, no Pacto e Cúpula Nutrição para o Crescimento, na Segunda Conferência Internacional sobre Nutrição em novembro de 2014 e na Cúpula Rio Olympic de 2016. Novas evidências do estado indiano de Maharashtra, novos dados nacionais preliminares e promissores da Índia, nova análise de dados de tendências de Bangladesh e novas evidências comparativas de países nos dão uma base para definirmos objetivos mais ambiciosos dentro do que pode ser alcançado.

Recomendações

- As agências da ONU devem realizar um processo consultivo breve mas aberto para estabelecer um consenso sobre as metas de nutrição dos ODS para 2030. Este processo deve ser concluído até o fim do primeiro trimestre de 2015.
- É necessário tomar uma decisão sobre como alinhar as metas da AMS para 2025 com novas metas para 2030.

MENSAGEM Nº 3: Atualmente o mundo não está em vias de cumprir as metas de nutrição mundiais definidas pela Assembleia Mundial da Saúde, mas muitos países estão progredindo bem nos indicadores das metas.

Embora o mundo não esteja em vias de cumprir as metas globais da AMS, há muitos países individuais que estão. Dos 99 países para os quais podemos avaliar quatro das seis

metas da AMS, 68 estão em vias de cumprir uma ou mais dessas metas. Precisamos compreender melhor as razões do sucesso destes países e do insucesso de outros. Os estudos de caso de Bangladesh, Brasil, Maharashtra e dos Estados Unidos, bem como da Europa, ilustram os amplos esforços necessários para melhorar a nutrição das pessoas de uma forma sustentada.

Recomendação

- Os financiadores de trabalhos de pesquisa e os jornais de pesquisa devem comissionar uma série de estudos de caso de alta qualidade de países para compreender por que foi ou não foi atingido progresso, para identificar estrangulamentos, guiar iniciativas adicionais, informar e inspirar esforços relacionados em outros países. Estes devem ser dirigidos por pesquisadores dos países dos estudos de caso, incluir países de todo o mundo e ser concluídos em conformidade com padrões de qualidade acordados.

MENSAGEM Nº 4: O tratamento de formas diferentes e sobrepostas de desnutrição é o “novo normal”.

A desnutrição de um único tipo está desaparecendo e os dias em que se separava a subnutrição do sobrepeso e da obesidade estão chegando ao fim, se isso já não aconteceu. Os países estão cada vez mais enfrentando combinações complexas de desnutrição. Por exemplo, dos 122 países com dados sobre o atraso no crescimento em crianças menores de cinco anos, anemia em mulheres em idade reprodutiva e obesidade em adultos, menos de 20 apresentam apenas um tipo de desnutrição. Esta complexidade não deve ser desculpa para a inatividade, mas sim uma chamada urgente para mais esforços para definir estratégias, prioridades e sequência de iniciativas. A complexidade deve provocar foco na ação, e não sufocá-la.

Todos os atores do setor de nutrição necessitam estar mais conscientizados para os riscos – nutricionais, financeiros e políticos – da abordagem isolada de cada ônus. Dados estes ônus múltiplos e a tendência para a descentralização dos programas de nutrição, a produção de análises subnacionais e de outras análises desagregadas dos resultados da nutrição é mais importante do que nunca.

Recomendações

- As instituições relacionadas com a nutrição – nacionais e internacionais, públicas e privadas – precisam alinhar melhor suas capacidades e competências com a natureza evolutiva da desnutrição. Os grupos que trabalham com questões de subnutrição têm que se comunicar com os grupos que em suas organizações estão trabalhando com o sobrepeso, obesidade e doenças não transmissíveis.
- Os parceiros internacionais que trabalham com uma única dimensão da desnutrição devem considerar se sua abordagem reflete um foco estratégico deliberado ou é simplesmente a via mais fácil.

- Para o desembolso de dotações, os financiadores devem incentivar o desenvolvimento de ferramentas simples para ajudar a desenvolver e atualizar planos nacionais e subnacionais para o melhoramento do nível de nutrição, focando a priorização, sequência e opções contraditórias.

MENSAGEM Nº 5: Precisamos ampliar a cobertura de programas específicos de nutrição para alcançar mais pessoas que necessitam deles.

Somente três programas específicos de nutrição – suplementação de vitamina A, iodação universal do sal e tratamento da diarreia com zinco – possuem dados de cobertura nacional comparáveis para muitos países. Em parte, isto é devido a serem poucas as intervenções específicas de nutrição cuja escala foi ampliada. Os fracos dados de cobertura de intervenções para o tratamento da desnutrição aguda moderada e grave são uma preocupação particular porque os níveis de emaciação infantil moderada e grave são altos e persistentes.

Uma cobertura de programa ampliada só tem valor se resultar em maior impacto. Por isso é importante focar na manutenção e melhoramento da eficácia dos programas. A pesquisa da implementação tem um papel importante a desempenhar na melhoria da qualidade dos programas.

Recomendações

- O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* de 2015 ajudará as agências relevantes a se esforçarem mais para documentar e analisar os estoques de dados disponíveis sobre a cobertura de programas. Pretendemos aumentar o foco do relatório em programas que abordam o sobrepeso e a obesidade.
- À medida que a escala dos programas é ampliada para níveis nacionais, os dados de cobertura devem ser ampliados de modo a promoverem comparações internacionais.
- Nos planos de pesquisas futuras deve ser dada maior ênfase à pesquisa da implementação.

MENSAGEM Nº 6: A proporção dos investimentos para melhorar os determinantes subjacentes da nutrição deve ser ampliada para que se tenha maior impacto nos resultados nutricionais.

Este relatório realçou a relação estável de longo prazo entre melhoramentos dos motores subjacentes do atraso no crescimento (como a oferta de alimentos, cobertura de água potável e saneamento e matrícula das mulheres no ensino secundário) e as reduções das taxas de atraso no crescimento. Tendo em conta as despesas orçamentais nacionais relativamente grandes com a agricultura, proteção social, saúde e educação, existe uma lógica clara para o aumento da proporção dessas despesas que são relevantes para a nutrição. Além disto, a necessidade de se faça isso parece ser urgente.

Por exemplo, os desembolsos relevantes para a nutrição dos doadores citados no relatório foram apenas o dobro de seus desembolsos específicos de nutrição. A base de evidências sobre como aumentar a relevância da nutrição está se tornando cada vez mais forte na agricultura e proteção social, mas menos forte em outros setores.

Recomendações

- Mesmo que seja difícil, os investidores na nutrição – quer sejam governos, organizações da sociedade civil, empresas ou parceiros internacionais – tem de continuar seus esforços para avaliar as despesas relevantes para a nutrição.
- É necessário comissionar uma análise de evidências sobre como tornar os sistemas e intervenções de saúde referentes à água, saneamento e higiene mais relevantes para a nutrição.
- A relativa ausência de evidências sobre os impactos na nutrição de programas e abordagens relevantes para a nutrição significa que os esforços para melhorar a relevância da nutrição devem ser rigorosamente avaliados.

MENSAGEM Nº 7: É necessário fazer mais para responsabilizar os países, doadores e agências pelo cumprimento de seus compromissos para melhorar a nutrição.

A responsabilização é, para a maior parte das atividades humanas, um incentivo constante à ação. Mas as principais características do nível de nutrição – a necessidade de trabalhar em alianças para melhorá-lo, os benefícios de longo prazo resultantes desse melhoramento e a invisibilidade das consequências da falha em atingi-lo – operam contra a responsabilização. Um maior foco na responsabilização não tem o objetivo de “denunciar e divulgar”; seu objetivo é focar nos recursos escassos que possuem usos alternativos.

Atualmente a responsabilização de todas as partes interessadas pela nutrição é fraca. O processo de acompanhamento da Nutrição para o Crescimento (N4G) revelou uma comunidade com capacidades altamente variáveis para responder a pedidos de responsabilização. Além disto, existem poucos dados nacionais sobre fluxos de recursos domésticos concebidos para melhorar o nível de nutrição. Atualmente, o progresso em termos de países só pode ser avaliado para quatro dos seis indicadores da AMS. A comunidade do setor de nutrição necessita adotar uma atitude mais deliberada para o desenvolvimento da responsabilização. Provavelmente é essencial investir na sociedade civil, como foi enfatizado em vários painéis do relatório.

Recomendações

- Como prioridade máxima, o *Joint Child Malnutrition Monitoring Group* (Grupo Conjunto de Monitoramento da Desnutrição Infantil) que inclui a UNICEF, OMS e o Banco Mundial, deve definir regras para determinar se os países

estão ou não em vias de cumprir os objetivos globais relativos ao baixo peso ao nascer e ao aleitamento materno exclusivo.

- Tanto os orçamentos domésticos como os de doadores devem integrar e desenvolver metas para as despesas com a nutrição e ser acompanhados de melhores dados de acompanhamento das despesas, para assegurar que a qualidade e a quantidade delas sejam melhoradas. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* de 2015 incluirá novo trabalho realizado nesta área.
- Os signatários do pacto N4G tem que se considerar campeões da responsabilização – investindo em mecanismos de responsabilização dentro de suas próprias organizações e ajudando outros a se tornarem mais responsáveis.
- É necessário incentivar e apoiar o desenvolvimento, realizar ensaios piloto e avaliar novos mecanismos de responsabilização por todos os atores do setor de nutrição. São especialmente importantes abordagens com a participação dos cidadãos e de organizações da sociedade civil.
- O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* de 2014 dá ênfase insuficiente à responsabilização das empresas e do setor privado. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* de 2015 irá corrigir esta falha.

MENSAGEM Nº 8: Atualmente é difícil acompanhar as despesas com a nutrição, o que dificulta a responsabilização das partes responsáveis.

São poucos os países que possuem sistemas transparentes e exaustivos para o acompanhamento das despesas, a Guatemala parece ser uma exceção notável. O acompanhamento dos recursos de doadores está melhorando, mas continuam existindo muitas diferenças na comunicação. As organizações da sociedade civil, agências multilaterais e empresas também necessitam fazer mais para acompanhar os recursos da nutrição.

Recomendações

- Os países devem ser apoiados por uma grande variedade de partes interessadas em realizar exercícios básicos de coleta de dados sobre a dotação orçamental relevante para a nutrição. Em seguida os dados podem ser classificados nas categorias específicas e relevantes para a nutrição, usando definições nacionais ou internacionais, e publicados em formato aberto. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* de 2015 terá como objetivo fornecer uma plataforma para os países, para realçar seu trabalho neste domínio.
- Deve-se encorajar outros atores do setor de nutrição – como as agências da ONU, grandes organizações da sociedade civil, organizações intergovernamentais e grandes empresas – a realizarem exercícios de acompanhamento financeiro semelhante e a disponibilizarem os dados gratuitamente.

MENSAGEM Nº 9: A nutrição necessita de uma revolução de dados.

O mundo comprometeu-se a cumprir seis metas globais de nutrição da AMS, no entanto mais de metade dos países do mundo não possuem os dados para avaliar seu progresso. Este é, além disso, um problema de todas as regiões: dos 94 países que têm falta de dados de acompanhamento das metas da AMS, 38 ficam na Europa e 1 na América do Norte. Além disso, quase 40% dos países que possuem dados de acompanhamento para quatro das seis metas da AMS estão usando dados de pesquisas de há cinco a nove anos.

Além das lacunas de dados sobre o progresso da AMS, cobertura das intervenções e acompanhamento financeiro, existem lacunas importantes nos dados de consumo alimentar, custos dos programas, baixo peso ao nascer, nível de micronutrientes, capacidade de ampliar a escala das intervenções e impacto. Também temos poucos dados sobre a intensidade de utilização dos recursos naturais de diferentes iniciativas de nutrição.

Recomendações

- Uma vez que há muitas lacunas de dados, é essencial priorizar as lacunas a preencher. Como a finalização dos ODS está iminente, temos que estar preparados para um possível aumento de despesas com a coleta de dados. Nos próximos 12 meses devem ser realizados vários workshops regionais para identificar as principais lacunas de dados que precisam ser preenchidas.
- Os investidores na nutrição – tanto domésticos como internacionais – devem estar preparados para investir na capacidade de realização de pesquisas nacionais sobre nutrição consistentes e comparáveis, para que estes dados estejam disponíveis a cada três a quatro anos.
- Os países de alta renda necessitam fazer mais para que seus dados da AMS sejam comparáveis em termos internacionais. Os futuros *Relatórios sobre a Nutrição Mundial* acompanharão as taxas de inclusão de dados destes países, que se situam principalmente na Europa.
- Foi gasto muito pouco na atualização e manutenção das bases de dados nacionais sobre a nutrição. Os governos e doadores devem começar a investir mais neste componente essencial da responsabilização. O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* de 2015 tentará analisar os níveis atuais de investimento relativamente às necessidades.

MENSAGEM Nº 10: Os campeões nacionais da nutrição devem ser reconhecidos, apoiados e seu número deve ser aumentado.

Iniciativas eficazes e de grande escala referentes à nutrição precisam de um número suficiente de indivíduos dedicados, treinados e bem motivados, com recursos adequados

e trabalhando em condições que apoiem seus esforços. Há inúmeros exemplos da importância destes campeões: o estudo de caso de Maharashtra no Painel 2.3, por exemplo, mostra a importância de preencher as vagas de pessoal de nutrição da linha da frente, enquanto os Painéis 8.2 e 8.3 sobre as redes da sociedade civil africana salientam a importância da escala e alcance do seu quadro de membros. Para que a nutrição melhore rapidamente e de maneira sustentável até 2030, ela deve ser impulsionada pelos esforços de campeões nacionais. A comunidade mundial, então, necessita defender estes indivíduos e suas organizações.

Recomendações

Os governos, parceiros internacionais e empresas necessitam investir de forma estratégica, sistemática e sustentada em:

- Programas de liderança de nutrição, para ampliar os números e o alcance dos campeões da nutrição (o Programa Africano de Liderança da Nutrição é um bom exemplo de um programa com potencial para expansão);
- Preencher vagas da linha da frente de profissionais de nutrição em níveis de comunidade, distrito e nacional e reforçar os incentivos e motivação dos trabalhadores da linha da frente existentes; e
- Programas de pesquisa dirigidos pelos países, incluindo não só a pesquisa das ferramentas de sequenciamento e priorização de que os campeões da nutrição necessitam, mas também o apoio a seus esforços de avaliação das intervenções.

PODEMOS MELHORAR A NUTRIÇÃO MAIS RAPIDAMENTE. É FUNDAMENTAL UMA RESPONSABILIZAÇÃO MAIS FORTE

Este relatório, com o apoio de um grupo muito variado de partes interessadas e executado por um Grupo de Peritos Independentes em parceria com um grande número de colaboradores, tem por objetivo marcar o progresso na melhoria do nível de nutrição, salientar as áreas para ação e contribuir para uma responsabilização reforçada da nutrição. O relatório procura fornecer uma nova perspectiva sobre a distribuição da desnutrição, os esforços para reduzi-la e as capacidades e dados necessários para impulsionar esses esforços. Ele tenta elucidar várias questões com novas perspectivas, iniciar novos diálogos e identificar novas oportunidades de ação. Os autores do relatório consideram-no uma intervenção para reformular o modo como pensamos sobre a desnutrição, as perspectivas sobre a rapidez com que pode ser reduzida e estimular medidas para sua redução.

A urgência é o motor desta nova imagem da nutrição. O relatório mostra que a desnutrição – quer na forma de bebês cujos cérebros não se desenvolvem completamente, ou adultos cujos corações não funcionam adequadamente – afeta praticamente todos os países do planeta. E apesar disso o mundo não está em vias de cumprir as metas de nutrição mundiais definidas pela AMS para 2025.

No século XXI o desafio de melhorar o nível de nutrição ecoa em todo o mundo. O fracasso em intensificar as medidas terá um efeito negativo prolongado, deixando um legado doloroso para a próxima geração. Nossa geração tem não só a oportunidade, mas também a capacidade de eliminar esse efeito. No entanto,

só podemos ser bem sucedidos se atuarmos estratégica e eficazmente em alianças e escala, e se nos responsabilizarmos por isso. Este relatório – seus dados, análises, exemplos, mensagens e recomendações – representa uma contribuição para vencer este desafio coletivo do século XXI. ■

APÊNDICE 1: O PERFIL DE NUTRIÇÃO DO PAÍS: UMA FERRAMENTA PARA A AÇÃO

Os perfis dos países, de duas páginas, apresentam várias evidências necessárias para avaliar o progresso do país quanto à melhoria da nutrição e de resultados relacionados com a nutrição. A primeira etapa na utilização dos perfis de nutrição dos países consiste em explorar todos os tipos de dados apresentados: fatores demográficos; medidas antropométricas e outras medidas do nível de nutrição para crianças, adolescentes e adultos; cobertura de intervenções baseadas em provas; dados financeiros; fatores de políticas e de sistemas e determinantes mais abrangentes. Eles estão organizados como indicado na Tabela A.1.

As principais perguntas com resposta quando se faz a revisão dos dados incluem as seguintes:

- As tendências nas medições do nível de nutrição estão se movimentando na direção certa? Qual a prevalência dos fatores de risco para as doenças não transmissíveis relacionadas com a alimentação? O país está progredindo no sentido de cumprir as metas da Assembleia Mundial da Saúde para 2025?
- Qual a extensão da cobertura para cada intervenção? As tendências nas práticas de alimentação de bebês e crianças pequenas estão mostrando melhoramentos? Existem lacunas importantes na cobertura para intervenções específicas?
- Qual a diversidade e adequabilidade da oferta de alimentos? Existem políticas de apoio e disposições institucionais implementadas para permitir a realização de programas específicos e relevantes para a nutrição?

A segunda etapa na utilização dos perfis de nutrição dos países é a identificação de oportunidades para abordar as lacunas e pontos fracos no sistema de saúde e estrutura de políticas, para se possa progredir rapidamente na melhoria da nutrição de crianças, adolescentes e adultos. As perguntas a ser feitas incluem:

- Os dados de cobertura e de políticas são consistentes com a situação epidemiológica? Esta pesquisa pode ser dividida em perguntas mais específicas:
 - Se a prevalência do atraso no crescimento é alta, os níveis para as práticas de alimentação dos bebês

e crianças pequenas são baixos? O foco em assegurar adesão ao Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno e a promoção de práticas de aleitamento materno ótimas contribuiriam para o progresso na redução do atraso no crescimento?

- Em países onde baixo peso ao nascer e baixa estatura das mulheres em idade reprodutiva são altamente prevalentes, estão sendo selecionados recursos suficientes para melhorar a provisão de planejamento familiar de alta qualidade e cuidados pré-natal e no parto? Existe legislação implementada para reduzir a percentagem de mulheres que têm seu primeiro parto antes dos 18 anos, tal como leis proibindo o casamento de crianças e políticas que facilitam a matrícula de um maior número de mulheres no ensino secundário?
- Os fatores de risco para as doenças não transmissíveis e as tendências de sobrepeso e obesidade em adolescentes e adultos apresentam padrões que sugerem medidas claras? Por exemplo, a alta prevalência de sobrepeso e obesidade adultos e a prevalência de pressão arterial alta e altos níveis de glicose no sangue sugerem a necessidade de medidas envolvendo programas que visem mudanças no consumo de alimentos e padrões de exercício físico, e melhor acesso a opções de alimentos saudáveis. Devem estar implementadas diretrizes sobre a diabetes e hipertensão e seu cumprimento deve ser imposto.
- Em países com altos níveis de atraso no crescimento e níveis crescentes de sobrepeso infantil e adulto, estão sendo gastos recursos suficientes em intervenções específicas e relevantes para a nutrição que tratem deste ônus duplo? A subnutrição figura no plano de desenvolvimento nacional do país e existem estratégias comunitárias e escolares implementadas para melhorar o acesso a alimentação diversificada e aumentar os hábitos de alimentação saudável e exercício físico?

Os perfis destinam-se a estimular iniciativas. Exemplos de lacunas e falhas, assim como provas de progresso, devem servir de sinais para a necessidade de pesquisa adicional.

TABELA A.1 GUIA DOS PERFIS DE NUTRIÇÃO DOS PAÍSES

PÁGINA 1

Economia e demografia

Taxas de pobreza e PIB (gráfico de barras vertical agrupado com linha de tendências sobreposta)	Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos (gráfico de barras vertical)	Desigualdade de renda: Índice Gini (texto, um indicador)
		População (texto, quatro indicadores)

Antropometria infantil

Antropometria infantil, número de crianças menores de 5 anos afetadas e percentagem de crianças menores de 5 anos afetadas (texto, sete indicadores)	Prevalência de atraso no crescimento de menores de 5 anos (gráfico de barras vertical)	Mudanças na prevalência de atraso no crescimento com o passar do tempo, por quintil de riqueza (gráfico)
--	--	--

Nível de nutrição de adolescentes e adultos

Antropometria de adolescentes e adultos (texto, quatro indicadores)	Nível de micronutrientes na população (texto, quatro indicadores)
Fatores metabólicos de risco para doenças não transmissíveis relacionadas com a alimentação (gráfico de barras vertical agrupado)	Prevalência de sobrepeso e obesidade adultos (gráfico de barras horizontal agrupado)

Indicadores da Assembleia Mundial da Saúde: Progresso em relação às metas globais da AMS

Atraso no crescimento em menores de 5 anos (texto)	Emaciação em menores de 5 anos (texto)	Sobrepeso em menores de 5 anos (texto)	Anemia em MIR (texto)
--	--	--	-----------------------

PÁGINA 2

Cobertura das intervenções e práticas de alimentação infantil

Cuidados contínuos (gráfico de barras horizontal)	Taxa de aleitamento materno exclusivo de bebês com menos de 6 meses (gráfico de barras vertical)	Cobertura das intervenções (texto, cinco indicadores)
		Práticas de alimentação de bebês e crianças pequenas (texto, dois indicadores)

Determinantes subjacentes

Oferta de alimentos (gráfico de barras vertical agrupado com linha de tendências sobreposta, três indicadores)	Determinantes relacionados com o gênero (texto, três indicadores)	Matrícula feminina no ensino secundário (gráfico de barras vertical)
	Densidade populacional de profissionais de saúde por 1.000 pessoas (texto, três indicadores)	
Cobertura melhorada da água potável (gráfico de barras vertical sobreposto, em 100%)	Cobertura melhorada do saneamento (gráfico de barras vertical sobreposto, em 100%)	Despesas governamentais (gráfico de barras vertical sobreposto)

Recursos financeiros e política, legislação e disposições institucionais

Ampliação da nutrição (SUN) – transformações institucionais do país, 2014 (gráfico de barras horizontal)	Política e disposições legislativas (texto, cinco indicadores)	Disponibilidade e nível de implementação de diretrizes/protocolos/normas para a gestão de DNTs (texto, dois indicadores)
--	--	--

Fonte: Autores.

Nota: MIR = mulheres em idade reprodutiva. DNTs = doenças não transmissíveis.

APÊNDICE 2: QUE PAÍSES ESTÃO EM VIAS DE CUMPRIR VÁRIAS METAS DA AMS?

As seis metas globais de nutrição da Assembleia Mundial da Saúde (AMS) são: (1) redução de 40% do atraso no crescimento infantil, (2) redução de 50% de anemia em mulheres em idade reprodutiva, (3) redução de 30% de baixo peso ao nascer, (4) prevenção do agravamento do sobrepeso infantil, (5) aumento do aleitamento materno exclusivo de bebês até pelo menos 50%, e (6) redução e manutenção da

emaciação de crianças a um valor inferior a 5%. Presentemente só é possível avaliar o progresso por país das quatro metas relacionadas com o atraso no crescimento, anemia, sobrepeso e emaciação porque a UNICEF, OMS e o Banco Mundial ainda não finalizaram as regras para determinar o progresso por país de baixo peso ao nascer e aleitamento materno exclusivo.

TABELA A.2 PAÍSES EM VIAS DE CUMPRIR VÁRIAS METAS DA AMS

Em vias de cumprir 0 metas	Em vias de cumprir 1 meta	Em vias de cumprir 2 metas	Em vias de cumprir 3 metas	Em vias de cumprir 4 metas
Azerbaijão	África do Sul	Argélia	El Salvador	Colômbia
Bangladesh	Albânia	ARI da Macedônia	Jamaica	
Benin	Armênia	Chile	Vietnã	
Botsuana	Belize	China		
Burkina Fasso	Bolívia	Estados Unidos		
Butão	Bósnia-Herzegóvina	Geórgia		
Djibuti	Burundi	Guatemala		
Egito	Camarões	Jordânia		
Eritreia	Camboja	Libéria		
Filipinas	Cazaquistão	Marrocos		
Gana	Chade	Mongólia		
Guiana	Congo	Nicarágua		
Haiti	Costa do Marfim	Peru		
Ilhas Comores	Etiópia	Quênia		
Indonésia	Gabão	Sérvia		
Iraque	Gâmbia	Togo		
Mali	Guiné	Tunísia		
Mianmar	Guiné Equatorial	Uganda		
Moçambique	Guiné-Bissau	Uzbequistão		
Namíbia	Honduras	Zimbábue		
Níger	Iêmen			
Omã	Índia			
Papua-Nova Guiné	Kuait			
Paquistão	Lesoto			
República Árabe da Síria	Maláui			
República Unida da Tanzânia	Maldivas			
São Tomé e Príncipe	Mauritânia			
Serra Leoa	México			
Tailândia	Montenegro			
Timor Leste	Nepal			
Zâmbia	Nigéria			
	Quirguistão			

Fonte: Autores, com base em dados da UNICEF, OMS e Banco Mundial (2014) e Stevens et al. (2013) e regras sobre em vias de cumprir/não em vias de cumprir da OMS (2014a), atualizado em agosto de 2014.

Nota: Esta análise inclui apenas países com dados disponíveis para todos os quatro indicadores para os quais as regras para determinar o nível de cumprimento ou incumprimento foram finalizadas – isto é, atraso no crescimento, anemia, sobrepeso, e emaciação.

continua

Tabela A.2 continuação

Em vias de cumprir 0 metas	República Centro-Africana	Em vias de cumprir 2 metas	Em vias de cumprir 3 metas	Em vias de cumprir 4 metas
	República Democrática do Congo			
	República Dominicana			
	República Popular Democrática do Laos			
	Ruanda			
	Senegal			
	Sri Lanka			
	Suazilândia			
	Suriname			
	Tajiquistão			
	Uruguai			
	Venezuela			

APÊNDICE 3: QUE PAÍSES ESTÃO EM VIAS DE CUMPRIR QUE METAS DA AMS?

TABELA A.3 PROGRESSO DOS PAÍSES NAS QUATRO METAS DA AMS

África (n = 54)	Atraso no crescimento em menores de cinco anos			Sobrepeso em menores de cinco anos			Emaciação em menores de cinco anos		Anemia em MIR		
	TAMR atual (%)	TAMR necessária (%)	Em vias de cumprir	Taxa da linha de base	TAMR atual (%)	Em vias de cumprir	Taxa da linha de base	Em vias de cumprir	TAMR atual (%)	TAMR necessária (%)	Em vias de cumprir
África do Sul	2,4	3,0	Não		-13,0	Não	4,7	Sim	1,7	5,2	Não
Angola		5,7					8,2	Não	1,3	5,2	Não
Argélia	7,9	3,2	Sim	12,9	2,7	Não	4,0	Sim	0,9	5,2	Não
Benin	-2,7	5,2	Não	11,4	-30,6	Não	8,4	Não	2,2	5,2	Não
Botsuana	-1,1	3,7	Não	11,2	-1,1	Não	7,2	Não	1,8	5,2	Não
Burkina Fasso	2,6	5,5	Não	2,8	-3,9	Não	10,9	Não	1,0	5,2	Não
Burundi	0,9	5,7	Não	2,9	-7,6	Não	6,1	Não	5,6	5,2	Sim
Cabo Verde									1,1	5,2	Não
Camarões	1,4	5,2	Não	6,5	4,7	Sim	5,8	Não	1,0	5,2	Não
Chade	0,3	5,8	Não	2,8	0,3	Sim	15,7	Não	0,9	5,2	Não
Congo	3,6	5,4	Não	3,6	13,3	Sim	5,9	Não	1,2	5,2	Não
Costa do Marfim	5,1	5,4	Não	3,2	12,8	Sim	7,6	Não	0,3	5,2	Não
Djibuti	-2,2	3,8	Não	8,1	1,0	Não	21,5	Não	2,0	5,2	Não
Egito	-3,1	3,7	Não	20,5	-17,1	Não	7,9	Não	-0,1	5,2	Não
Eritreia	-1,8	4,9	Não	1,9	-2,2	Não	15,3	Não	2,0	5,2	Não
Etiópia	2,3	4,7	Não	1,8	1,5	Sim	10,1	Não	3,7	5,2	Não
Gabão	3,3	4,8	Não	7,7	-2,7	Não	3,4	Sim	0,3	5,2	Não
Gâmbia	0,1	3,9	Não	1,9	4,3	Sim	9,5	Não	2,0	5,2	Não
Gana	2,8	4,4	Não	2,6	-0,7	Não	6,2	Não	-1,3	5,2	Não
Guiné	1,4	5,2	Não	3,8	2,1	Sim	9,9	Não	0,8	5,2	Não
Guiné-Bissau	1,7	5,2	Não	3,2	6,1	Sim	5,8	Não	0,7	5,2	Não
Guiné Equatorial	4,7	5,2	Não	9,7	3,1	Não	3,1	Sim	1,1	5,2	Não
Ilhas Comores	3,1	4,8	Não	10,9	5,5	Não	11,1	Não	1,8	5,2	Não
Ilha Maurício									0,5	5,2	Não
Lesoto	3,3	4,0	Não	7,3	10,6	Não	3,9	Sim	2,0	5,2	Não
Libéria	1,0	5,1	Não	4,2	1,3	Sim	2,8	Sim	1,2	5,2	Não
Líbia		2,5		22,4		Não	6,5	Não	0,9	5,2	Não
Madagascar	1,4	5,8	Não						2,6	5,2	Não
Maláui	1,3	5,6	Não	9,2	2,9	Não	4,1	Sim	3,3	5,2	Não
Mali	2,0	6,5	Não	4,7	-8,7	Não	15,3	Não	1,1	5,2	Não
Marrocos	5,3	3,6	Sim	10,7	2,7	Não	2,3	Sim	0,6	5,2	Não
Mauritânia	3,9	5,1	Não	1,2	6,4	Sim	11,6	Não	1,0	5,2	Não
Moçambique	1,4	5,5	Não	7,9	-1,4	Não	6,1	Não	1,0	5,2	Não
Namíbia	0,0	4,5	Não	4,6	-4,9	Não	7,5	Não	1,4	5,2	Não
Níger	1,9	7,4	Não	3,0	-5,4	Não	18,7	Não	1,2	5,2	Não
Nigéria	2,0	5,9	Não	4,9	6,9	Sim	18,1	Não	0,7	5,2	Não
Quênia	1,3	5,0	Não	5,0	4,8	Sim	7,0	Não	5,6	5,2	Sim

Fonte: Stevens et al. (2013); UNICEF, OMS e Banco Mundial (2014). Para informações sobre as regras para em vias/não em vias de cumprir as metas, consultar a Tabela 3.3 e a OMS (2014a), atualizado em agosto de 2014.

continua

Notas: Verde = Atualmente em vias de cumprir; cor de laranja = Atualmente não em vias de cumprir; em branco = sem dados disponíveis; TAMR = taxa anual média de redução; MIR = mulheres em idade reprodutiva. Uma TAMR > 0 significa que a taxa de prevalência está diminuindo. Uma TAMR < 0 significa que a taxa de prevalência está aumentando.

Tabela A.3 continuação

África, continuação	Atraso no crescimento em menores de 5 anos			Sobrepeso em menores de 5 anos			Emaciação em menores de 5 anos		Anemia em MIR		
	TAMR atual (%)	TAMR necessária (%)	Em vias de cumprir	Taxa da linha de base	TAMR atual (%)	Em vias de cumprir	Taxa da linha de base	Em vias de cumprir	TAMR atual (%)	TAMR necessária (%)	Em vias de cumprir
RDC	0,1	5,6	Não	4,9	2,6	Sim	8,5	Não	1,0	5,2	Não
Rep. Unida da Tanzânia	1,9	5,7	Não	5,5	-4,7	Não	6,6	Não	1,3	5,2	Não
República Centro-Africana	0,8	4,8	Não	1,8	15,5	Sim	7,4	Não	0,9	5,2	Não
Ruanda	0,9	4,9	Não	7,1	0,1	Não	3,0	Sim	2,1	5,2	Não
São Tomé e Príncipe	1,8	4,2	Não	11,6	-4,3	Não	11,2	Não	1,2	5,2	Não
Senegal	2,7	5,3	Não	1,5	7,0	Sim	8,9	Não	0,2	5,2	Não
Serra Leoa	-0,8	4,5	Não	10,3	-9,0	Não	9,2	Não	1,7	5,2	Não
Seychelles									2,2	5,2	Não
Somália	-6,3	5,9	Não	4,7			13,2	Não	0,4	5,2	Não
Suazilândia	0,8	4,0	Não	10,7	3,3	Não	0,8	Sim	1,5	5,2	Não
Sudão	2,2	3,9	Não	4,2			16,4	Não	2,0	5,2	Não
Sudão do Sul	3,7	5,7	Não	6,0	13,9	Sim	22,7	Não			
Togo	-1,8	5,0	Não	1,6	23,6	Sim	4,8	Sim	0,9	5,2	Não
Tunísia	4,2	3,2	Sim	14,3	-8,4	Não	2,8	Sim	0,4	5,2	Não
Uganda	2,6	6,0	Não	3,8	2,2	Sim	4,8	Sim	3,0	5,2	Não
Zâmbia	2,9	6,5	Não	8,4	3,5	Não	5,6	Não	2,1	5,2	Não
Zimbábue	0,1	4,8	Não	5,8	7,9	Sim	3,1	Sim	1,3	5,2	Não

Ásia (n = 47)											
Afeganistão									0,5	5,2	Não
Arábia Saudita		1,7		6,1			11,8	Não	1,1	5,2	Não
Armênia	-1,6	1,8	Não	16,8	-0,5	Não	4,2	Sim	-3,7	5,2	Não
Azerbaijão	-3,8	2,7	Não	13,9	-18	Não	6,8	Não	0,9	5,2	Não
Bahrein									1,8	5,2	Não
Bangladesh	2,7	3,3	Não	1,9	-6,6	Não	15,7	Não	0,6	5,2	Não
Brunei									-2,3	5,2	Não
Butão	3,2	3,3	Não	7,6	-4,7	Não	5,9	Não	1,9	5,2	Não
Camboja	2,1	4,0	Não	1,9	6,9	Sim	10,8	Não	2,3	5,2	Não
Cazaquistão	0,1	3	Não	13,3	-9,7	Não	4,1	Sim	1,9	5,2	Não
China	8,1	2,7	Sim	6,6	-2,3	Não	2,3	Sim	0,9	5,2	Não
Chipre									-1,3	5,2	Não
Cingapura									-1,7	5,2	Não
Emirados Árabes Unidos									0,9	5,2	Não
Filipinas	0,8	4,6	Não	5,0	-7,7	Não	7,9	Não	4,3	5,2	Não
Geórgia	3,3	1,4	Sim	19,9	-1,2	Não	1,6	Sim	0,5	5,2	Não
Iêmen	2,6	4,5	Não	1,5	14,0	Sim	13,3	Não	1,0	5,2	Não
Índia	1,7	3,7	Não	1,9	5,9	Sim	20,0	Não	1,1	5,2	Não
Indonésia	0,5	3,0	Não	11,5	-19,6	Não	13,5	Não	4,0	5,2	Não
Irã	0,6	3	Não				4,0	Sim	1,7	5,2	Não
Iraque	2,2	5,3	Não	11,8	-7,5	Não	7,4	Não	0,7	5,2	Não
Israel									-1,3	5,2	Não
Japão									-0,9	5,2	Não
Jordânia	4,4	3,4	Sim	4,7	-0,9	Não	2,4	Sim	-0,6	5,2	Não
Kuait	-0,8	5	Não	9,5	-1,1	Não	2,4	Sim	0,4	5,2	Não
Líbano									0,1	5,2	Não
Malásia	2,6	4,6	Não						3,2	5,2	Não

continua

Tabela A.3 continuação

Ásia, continuação	Atraso no crescimento em menores de 5 anos			Sobrepeso em menores de 5 anos			Emaciação em menores de 5 anos		Anemia em MIR		
	TAMR atual (%)	TAMR necessária (%)	Em vias de cumprir	Taxa da linha de base	TAMR atual (%)	Em vias de cumprir	Taxa da linha de base	Em vias de cumprir	TAMR atual (%)	TAMR necessária (%)	Em vias de cumprir
Maldivas	5,5	3,3	Sim	6,5	-6,6	Não	10,2	Não	3,2	5,2	Não
Mianmar	1,8	3,1	Não	2,6	-1,0	Não	7,9	Não	3,7	5,2	Não
Mongólia	5,4	3,2	Sim	10,9	-2,1	Não	2,3	Sim	-0,7	5,2	Não
Nepal	3,4	3,2	Sim	1,5	-7,9	Não	11,2	Não	2,6	5,2	Não
Omã	2,7	3,8	Não	1,7	-0,6	Não	7,1	Não	1,0	5,2	Não
Paquistão	-0,6	3,9	Não	4,8	-1,2	Não	10,5	Não	-0,3	5,2	Não
Qatar									0,8	5,2	Não
Quirguistão	0,3	4	Não	9,0	2,8	Não	2,8	Sim	1,4	5,2	Não
República Árabe da Síria	-0,4	4,3	Não	17,9	1,2	Não	11,5	Não	1,0	5,2	Não
República da Coreia		4,4		6,7			0,9	Sim	-1,9	5,2	Não
RPD da Coreia	4,8	4,1	Sim	0,0			4,0	Sim	3,3	5,2	Não
RPD do Laos	0,8	3,8	Não	2,0	3,0	Sim	6,4	Não	2,9	5,2	Não
Sri Lanka	1,3	2,8	Não	0,6	3,8	Sim	21,4	Não	3,3	5,2	Não
Tailândia	-0,6	2,4	Não	10,9	-5,3	Não	6,7	Não	0,3	5,2	Não
Tajiquistão	3,5	4,7	Não	6,6	0,8	Sim	9,9	Não	3,8	5,2	Não
Timor Leste	-0,3	5,4	Não	5,8	-0,2	Não	18,9	Não	3,8	5,2	Não
Turcomenistão									1,1	5,2	Não
Turquia	5,8	3,3	Sim				0,8	Sim	0,7	5,2	Não
Uzbequistão	6,2	3,3	Sim	12,8	-3,6	Não	4,5	Sim	1,2	5,2	Não
Vietnã	4,3	2,4	Sim	4,6	-6,0	Não	4,4	Sim	6,4	5,2	Sim
Europa (n = 43)											
Albânia	5,8	4,4	Sim	23,4	2,8	Não	9,4	Não	1,1	5,2	Não
Alemanha		3,7		3,5			1,0	Sim	-1,4	5,2	Não
Andorra									-1,5	5,2	Não
ARI da Macedônia	4,0	3,0	Sim	12,4	-2,2	Não	1,8	Sim	-2,4	5,2	Não
Áustria									-1,3	5,2	Não
Belarus		2,6		9,7		Não	2,2	Sim	0,0	5,2	Não
Bélgica									-1,7	5,2	Não
Bósnia-Herzegovina	2,5	4,8	Não	17,4	-0,5	Não	2,3	Sim	0,4	5,2	Não
Bulgária									-0,1	5,2	Não
Croácia									0,2	5,2	Não
Dinamarca									-1,5	5,2	Não
Eslováquia									-0,1	5,2	Não
Eslovênia									-0,1	5,2	Não
Espanha									-1,4	5,2	Não
Estônia									-0,2	5,2	Não
Federação Russa									0,1	5,2	Não
Finlândia									-1,7	5,2	Não
França									-1,5	5,2	Não
Grécia									-1,4	5,2	Não
Holanda									-1,4	5,2	Não
Hungria									0,0	5,2	Não
Irlanda									-1,2	5,2	Não
Islândia									-1,5	5,2	Não
Itália									-1,6	5,2	Não
Látvia									0,0	5,2	Não

continua

Tabela A.3 continuação

Europa, continuação	Atraso no crescimento em menores de 5 anos			Sobrepeso em menores de 5 anos			Emaciação em menores de 5 anos		Anemia em MIR		
	TAMR atual (%)	TAMR necessária (%)	Em vias de cumprir	Taxa da linha de base	TAMR atual (%)	Em vias de cumprir	Taxa da linha de base	Em vias de cumprir	TAMR atual (%)	TAMR necessária (%)	Em vias de cumprir
Liechtenstein											
Lituânia									-0,3	5,2	Não
Luxemburgo									-1,4	5,2	Não
Malta									-1,5	5,2	Não
Mônaco											
Montenegro	-2,2	2,7	Não	22,3	-4,6	Não	2,8	Sim	0,0	5,2	Não
Noruega									-1,5	5,2	Não
Polônia									-0,2	5,2	Não
Portugal									-1,0	5,2	Não
Reino Unido									-2,8	5,2	Não
República Checa									-0,4	5,2	Não
República da Moldova		1,7		9,1		Não	5,8	Não	0,6	5,2	Não
Romênia	4,4				5,5				0,1	5,2	Não
San Marino											
Sérvia	4,0	2,4	Sim	15,6	4,2	Não	3,5	Sim	0,5	5,2	Não
Suécia									-1,6	5,2	Não
Suíça									-1,6	5,2	Não
Ucrânia									0,0	5,2	Não
América Latina e Caribe (n = 33)											
Antígua e Barbuda									2,9	5,2	Não
Argentina		3,6		9,9		Não	1,2	Sim	0,7	5,2	Não
Bahamas									3,1	5,2	Não
Barbados									3,2	5,2	Não
Belize	2,8	4,4	Não	7,9	10,4	Não	3,3	Sim	3,5	5,2	Não
Bolívia	3,5	4,4	Não	8,7	1,1	Não	1,4	Sim	-0,2	5,2	Não
Brasil		3,3		7,3		Não	1,6	Sim	1,0	5,2	Não
Chile	3,8	3,7	Sim	10,1	2,0	Não	0,3	Sim	-0,6	5,2	Não
Colômbia	3,5	3,4	Sim	4,8	1,0	Sim	0,9	Sim	5,9	5,2	Sim
Costa Rica		3,6		8,1		Não	1,0	Sim	1,6	5,2	Não
Cuba									3,3	5,2	Não
Dominica									3,1	5,2	Não
El Salvador	3,5	3,3	Sim	5,7	0,3	Sim	1,6	Sim	3,4	5,2	Não
Equador	1,7	3,9	Não				2,4	Sim	3,0	5,2	Não
Granada									3,2	5,2	Não
Guatemala	0,8	5,0	Não	4,9	4,2	Sim	1,1	Sim	3,2	5,2	Não
Guiana	-4,0	2,4	Não	6,7	-2,4	Não	5,3	Não	2,9	5,2	Não
Haiti	2,1	3,8	Não	3,6	-1,3	Não	5,2	Não	3,4	5,2	Não
Honduras	3,8	4,3	Não	5,2	-4,9	Não	1,4	Sim	3,7	5,2	Não
Jamaica	3,6	3,3	Sim	4,0	2,2	Sim	3,5	Sim	3,2	5,2	Não
México	2,2	3,2	Não	9,0	-2,9	Não	1,6	Sim	4,8	5,2	Não
Nicarágua	2,4	3,3	Não	6,2	3,3	Sim	1,5	Sim	4,3	5,2	Não
Panamá	3,0	4,0	Não				1,2	Sim	4,2	5,2	Não
Paraguai		4,4		7,1		Não	1,1	Sim	1,0	5,2	Não
Peru	4,3	3,7	Sim	7,2	3,0	Não	0,6	Sim	4,9	5,2	Não
República Dominicana	-2,2	3,8	Não	8,3	-1,1	Não	2,3	Sim	3,3	5,2	Não
São Cristóvão e Névis											

continua

Table A.3 continuação

América Latina e Caribe, continuação	Atraso no crescimento em menores de 5 anos			Sobrepeso em menores de 5 anos			Emaciação em menores de 5 anos		Anemia em MIR		
	TAMR atual (%)	TAMR necessária (%)	Em vias de cumprir	Taxa da linha de base	TAMR atual (%)	Em vias de cumprir	Taxa da linha de base	Em vias de cumprir	TAMR atual (%)	TAMR necessária (%)	Em vias de cumprir
Santa Lúcia		3,4		6,3			3,7	Sim	2,9	5,2	Não
São Vicente e Granadinas									3,1	5,2	Não
Suriname	4,9	3,6	Sim	4,0	-3,4	Não	5,0	Não	3,2	5,2	Não
Trinidad e Tobago									3,1	5,2	Não
Uruguai	2,6	3,5	Não	7,2	2,7	Não	1,3	Sim	0,6	5,2	Não
Venezuela	2,5	3,7	Não	6,4	-2,2	Não	4,1	Sim	3,2	5,2	Não

América do Norte (n = 2)

Canadá									-1,5	5,2	Não
Estados Unidos	3,9	4,2	Não	6	1,2	Sim	0,5	Sim	-3,4	5,2	Não

Oceania (n = 14)

Austrália									-1,2	5,2	Não
Fiji									2,7	5,2	Não
Ilhas Salomão		4,3		2,5			4,3	Sim	2,3	5,2	Não
Ilhas Marshall									2,3	5,2	Não
Micronésia									0,4	5,2	Não
Nauru		3,9		2,8			1,0	Sim			
Nova Zelândia									-2,8	5,2	Não
Palau											
Papua-Nova Guiné	-3,0	4,7	Não	13,8	-41,9	Não	14,1	Não	2,1	5,2	Não
Quiribati									2,3	5,2	Não
Samoa									2,0	5,2	Não
Tonga									2,1	5,2	Não
Tuvalu		3,9		6,3			3,3	Sim			
Vanuatu		4,3		4,7			5,9	Não	5,2	5,2	Sim

APÊNDICE 4: DESPESAS DE DOADORES COM INTERVENÇÕES E PROGRAMAS ESPECÍFICOS E RELEVANTES PARA A NUTRIÇÃO

A Tabela A.4 mostra o compromisso assumido por doadores para despesas com intervenções e programas específicos e relevantes para a nutrição em 2010 e 2012 e quanto realmente desembolsaram nesses anos. Intervenções ou programas específicos da nutrição são os que abordam os determinantes imediatos da nutrição e desenvolvimento fetal e infantil – consumo adequado de alimentos e nutrientes, alimentação, cuidados e práticas parentais e baixo ônus de doenças infecciosas. Exemplos incluem a saúde e nutrição de adolescentes, pré-concepção e materna; suplementação alimentar ou de micronutrientes materna; promoção de aleitamento materno ótimo; alimentação complementar e práticas e estimulação de alimentação receptiva; suplementação alimentar; diversificação e suplementação ou fortificação de micronutrientes para crianças; tratamento de desnutrição aguda grave; prevenção e gestão de desnutrição aguda moderada; e nutrição em situações de emergência.

Intervenções ou programas relevantes para a nutrição são os que abordam os determinantes subjacentes da nutrição e desenvolvimento fetal e infantil – segurança alimentar; recursos adequados de cuidados maternos, na unidade familiar e da comunidade; e acesso a serviços de saúde e a um ambiente seguro e higiênico – e incorporam objetivos e medidas específicos da nutrição. Os programas relevantes para a nutrição podem servir de plataformas de recepção para intervenções

específicas de nutrição, aumentando potencialmente sua escala, cobertura e eficácia. Exemplos destes programas incluem a agricultura e segurança alimentar; redes de segurança social; desenvolvimento na primeira infância; saúde mental materna; empoderamento das mulheres; proteção infantil; escolaridade; água, saneamento e higiene; e serviços de saúde e planejamento familiar. Estas definições de “específico de nutrição” e “relevantes para a nutrição” são consistentes com a série *The Lancet* de 2013 sobre Nutrição Materna e Infantil.

Para todos os doadores, os compromissos representam o montante total reservado por um doador, garantido pela apropriação ou disponibilidade dos fundos necessários, para fornecer uma quantidade especificada de recursos para benefício de um país, agência ou organização não governamental recipientes. Os compromissos plurianuais podem ser feitos em um ano mas desembolsados ao longo de vários anos. Existe alguma variação na maneira como os desembolsos são comunicados. Por exemplo, o valor total dos desembolsos da UE em 2012 representam todos os desembolsos efetuados em função de seus compromissos para 2012, independentemente do anos em que são desembolsados. Todos os outros doadores comunicaram seus desembolsos em função dos compromissos assumidos no ano corrente e anos anteriores.

TABELA A.4 DESPESAS DE DOADORES COM CATEGORIAS ESPECÍFICAS E RELEVANTES PARA A NUTRIÇÃO, 2010 E 2012 (MILHARES DE US\$)

Doador	Específicos de nutrição				Relevantes para a nutrição				Compromissos totais			Desembolsos totais		
	Compromissos		Desembolsos		Compromissos		Desembolsos				Mudança			Mudança
	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012		2010	2012	
Alemanha ^c	4.550	1.687	2.987	2.719	19.104	37.951	18.856	29.139	23.654	39.638		21.843	31.858	
Austrália			6.672	16.516			49.903	114.553				56.575	131.069	
Banco Mundial	54.513	248.171	61.160	21.873	1.928.471	852.750			1.982.984	1.100.921		61.160	21.873	
Canadá ^a	61.280	163.118	98.846	205.463	49.053	76.948	80.179	90.171	110.333	240.066		179.025	295.634	
Estados Unidos ^f	414.730	339.879	8.820	68.380	3.259.518	3.157.153	AD	AD	3.674.248	3.497.032		AD	AD	AD
França	3.585	4.737	2.895	3.852	23.340	27.141	23.003	27.141	26.925	31.878		25.898	30.993	
Fundação Bill e Melinda Gates	19.540	49.960	50.060	80.610	23.330	18.560	12.320	34.860	42.870	68.520		62.380	115.470	
Fundação <i>Children's Investment Fund</i> ^b	6.402	36.996	980	5.481					6.402	36.996		980	5.481	
Holanda	448	36.314	2.661	4.007	381	80.674	2.484	20.160	4.868	116.988		5.145	24.167	
Irlanda ^d	7.691	7.565	7.691	7.565	34.806	45.412	34.806	45.412	42.497	52.977		42.497	52.977	
Reino Unido	20.762	12.925	39.860	63.127	164.992	246.065	302.215	412.737	185.754	258.990		342.075	475.864	
Suíça ^e					23.976	43.733	21.099	28.800	23.976	43.733		21.099	28.800	
UE ^g	67.060	24.075	50.889	8	425.917	543.883	392.563	309.209	492.977	567.958		443.452	309.217	
Total	664.600	925.427	333.521	479.601	5.952.888	5.130.270	937.428	1.112.182	6.617.488	6.055.697		1.262.129	1.523.403	

Fonte: Autores.

Notas: Cor verde = aumento; cor de laranja = diminuição; AD = a ser definido.

^a O compromisso reflete o montante total para este investimento. Para determinar se o montante assumido foi totalmente desembolsado, os desembolsos para cada ano de investimento teriam de ser revistos. Como são usados códigos múltiplos para classificar os investimentos no Canadá, uma pequena proporção do orçamento para investimentos relevantes para a nutrição pode ter sido incluída no total de investimentos específicos da nutrição. Portanto, estes investimentos não teriam sido considerados para os valores relevantes para a nutrição.

^b A linha de base da Nutrição para o Crescimento (N4G) cobre apenas os compromissos da UE. Os compromissos da UE são acordos firmes com um parceiro que vinculam um orçamento específico. Os desembolsos relatados para os anos 2010 e 2012 correspondem à soma dos pagamentos efetuados para os compromissos apenas nos anos 2010 e 2012. Os compromissos para a ajuda humanitária são desembolsados num período máximo de 24 meses.

^c A linha de base relevante de N4G cobre apenas o compromisso do Ministério Federal da Alemanha para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (BMZ) (em milhares de US\$): compromissos específicos de nutrição (2010): US\$ 1.766; e compromissos relevantes para a nutrição (2010): US\$ 19.104. Os totais relativos à Alemanha não incluem a ajuda humanitária.

^d Para a Irlanda os compromissos são iguais aos desembolsos (com base em um ano fiscal).

^e Estes valores para a Suíça são provisórios. Eles incluem uma porção significativa de investimentos relevantes para a nutrição apresentados sob "ajuda humanitária" no Sistema de Notificação de Países Credores do Comitê de Assistência ao Desenvolvimento da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, como a provisão em espécie de laticínios suíços.

^f O desenvolvimento dos orçamentos específicos e relevantes para a nutrição do governo dos EUA foi um esforço de colaboração e incluiu a participação da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), a *Millennium Challenge Corporation* e os Departamentos de Estado, Tesouro e Agricultura dos Estados Unidos. Baseados nas definições de específicos e relevantes para a nutrição consistentes com a série Lancet de 2013, os departamentos e agências analisaram programas para identificar recursos atribuíveis a intervenções específicas ou relevantes para a nutrição. Para os programas específicos de nutrição foram consideradas as seguintes linhas de financiamento: Assistência ao Desenvolvimento USAID; Fundo de Apoio Econômico USAID; Programas de Saúde Mundial USAID; Financiamento para Desenvolvimento da Comunidade USAID; Alimentos para a Paz, Título II/Fundo de Resiliência para o Desenvolvimento da Comunidade USAID; Alimentos para a Paz, Título III/ Emergências USAID; Ajuda Internacional a Catástrofes USAID; *Millennium Challenge Corporation*; Programas de Saúde Global do Departamento de Estado dos EUA (Plano de Emergência do Presidente para Combate à AIDS); e o *Global Agriculture and Food Security Program* (GAFSP – Programa de Segurança Alimentar e Agricultura Global) do Departamento do Tesouro. Os departamentos e agências também forneceram descrições de atividades identificadas como específicas ou relevantes para a nutrição, para acompanhar as tabelas de recursos. Em seguida os programas foram analisados por peritos técnicos e formuladores de políticas para assegurar que os recursos eram totalmente consistentes com as definições.

^g Tanto os compromissos como os desembolsos da Fundação *Children's Investment Fund* (CIFF) foram incluídos como montantes contratados (ou transferidos) para um único ano; historicamente a CIFF não participou de contratos plurianuais.

APÊNDICE 5: QUAL É O GRAU DE RESPONSABILIZAÇÃO DO RELATÓRIO SOBRE A NUTRIÇÃO MUNDIAL?

Com base em recentes publicações sobre a responsabilização pela nutrição (Kraak et al., 2014; te Lintelo, 2014) este relatório usa uma simples estrutura de responsabilização para orientar seu trabalho: identificação de compromissos, acompanhamento do progresso, identificação da responsabilização, utilização da responsabilização e resposta à responsabilização. A Tabela A.5 descreve como o relatório tenta promover a responsabilização pela nutrição (incluindo sua própria responsabilização) em cada etapa do ciclo.

As questões relacionadas com a (1) validação de dados, (2) independência, (3) legitimidade e (4) sustentabilidade do relatório são abordadas num artigo que pode ser encontrado no website do relatório (www.globalnutritionreport.org). Os primeiros três destes aspectos do relatório podem ser descritos brevemente:

1. *Validação de dados.* Os dados e conclusões do relatório serão validados (ou não) por uma série de revisões (internas e externas), transparência do processo, acesso aberto a todos os dados e lançamentos em países.
2. *Independência.* Cada membro do Grupo de Especialistas Independentes (GEI) possui uma perspectiva específica em consequência de formação disciplinar, localização geográfica e institucional e experiências de vida. A filiação do GEI é diversa e baseada principalmente

em perspectivas, reputação e competências individuais. Os indivíduos foram nomeados abertamente e o processo de seleção foi indicado na época da nomeação. As declarações de conflitos de interesses dos membros do GEI no website promovem transparência e apoiam a confiança na independência. O relatório também possui um conjunto variado de financiadores e esta diversidade protege contra a dependência.

3. *Legitimidade.* A quem se dirige este relatório e por que se deve dar atenção a ele? A legitimidade do relatório resulta da necessidade de um relatório de responsabilização no Pacto Nutrição para o Crescimento. Esta necessidade foi posteriormente aperfeiçoada pelo estabelecimento de um Grupo de Partes Interessadas que criou termos de referência formais para o relatório, incluindo a formação de um GEI que seria responsável pela qualidade do relatório. Contudo, o Grupo de Partes Interessadas e o GEI não são entidades formais, portanto, as questões de legitimidade são especialmente pertinentes. Procuramos reforçar nossa legitimidade sendo inclusivos em todas as etapas. Em última análise a qualidade (rigor, relevância, grau de inovação, abrangência, oportunidade e acessibilidade) do relatório será a razão que fará com que as pessoas lhe deem ou não atenção.

TABELA A.5 APLICAÇÃO DA ESTRUTURA DE RESPONSABILIZAÇÃO AOS PRÓPRIOS PROCESSOS DO RELATÓRIO

Etapa no ciclo de responsabilização	Medidas para promover a responsabilização nesta etapa	Comentários
1. Identificar compromissos (quem prometeu fazer o quê e até quando?)	<p>Explícitos: Declarações públicas de compromissos</p> <p>Assinalamos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metas da Assembleia Mundial da Saúde (AMS) • Compromissos N4g • Pactos/leis/políticas/planos <p>Implícitos: Sem metas</p> <p>Assinalamos a direção e rapidez da mudança de indicadores que a evidência e a teoria sugerem ser bons representantes para os resultados e determinantes do nível de nutrição.</p>	<p>Alguns compromissos (por exemplo, os resultados do nível de nutrição) são difíceis de identificar com uma única parte responsável (por exemplo, os governos não têm controle completo destes resultados).</p>
2. Acompanhar o progressos de um conjunto de indicadores chave, alguns dos quais podem ter compromissos explícitos	<ul style="list-style-type: none"> • Observamos um conjunto de 84 indicadores para o maior número possível de países. • O progresso de alguns indicadores é feito em função de metas temporais e o de outros não é. • Alguns tipos de progresso podem ser verificados (por exemplo, os dados do nível de nutrição das pesquisas, a adesão à implementação nacional do Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno) e outros não podem (isto é, os indicadores autorrelatados para os quais não existe capacidade para verificar, como as despesas das organizações da sociedade civil). 	<ul style="list-style-type: none"> • A qualidade e disponibilidade dos dados variam entre indicadores. • Muitos indicadores são autorrelatados. • Assinalamos questões de qualidade variável.
3. Identificar a responsabilização (os compromissos foram cumpridos?)	<p>Identificamos os compromissos que são ou não cumpridos de uma forma transparente neste relatório, enfatizando os processos de desbloquear os estrangulamentos.</p>	<p>Tomamos cuidado para evitar “denúncia e divulgação” contraproducentes.</p>
4. Usar a responsabilização	<p>O relatório procura criar uma série de espaços e ferramentas (como a visualização de dados e os perfis de nutrição dos países, de duas páginas) para a sociedade civil poder responsabilizar os que assumiram compromissos e para estes poderem oferecer suas perspectivas (por meio de blogues, painéis e lançamento de 10 relatórios).</p>	<p>Além da pressão da opinião pública, há poucas vias formais de criar incentivos para o cumprimento de compromissos ou sanções por falha de seu cumprimento. Sanções excessivamente fortes podem reduzir o número de compromissos.</p>
5. Responder à responsabilização	<p>Os compromissos serão atualizados em relatórios subsequentes e o progresso face a estes será então acompanhado por meio de painéis e destaques.</p>	<p>Até certo ponto devemos depender do autorrelato.</p>

Fonte: Autores, com base em Kraak et al. (2014) e te Lintelo (2014).

APÊNDICE 6: DISPONIBILIDADE DE DADOS PARA OS INDICADORES DOS PERFIS DE NUTRIÇÃO DOS PAÍSES

TABELA A.6 NÚMERO DE PAÍSES COM DADOS PARA CADA INDICADOR

Indicador	Número de países com dados	Comentário sobre o método de encontrar o número de países com dados de tendências
Economia e demografia		
População (000)	193	
População menor de cinco anos (000)	183	
População urbana (%)	193	
População > 65 anos (%)	183	
Taxa de mortalidade de menores de cinco anos (mortes por 1.000 nascidos vivos)	192	Estes são dados de tendências e aqui a disponibilidade é contada a partir do ano mais recente (2012).
Taxas de pobreza (% da população vivendo com US\$ 1,25/dia)	35	Estes são dados de tendências e aqui a disponibilidade é contada a partir do ano mais recente (2010).
Taxas de pobreza (% da população vivendo com US\$ 2/dia)	35	Estes são dados de tendências e aqui a disponibilidade é contada a partir do ano mais recente (2010).
PIB per capita (paridade do poder de compra em \$ internacionais constantes para 2011)	168	Estes são dados de tendências e aqui a disponibilidade é contada a partir do ano mais recente (2013).
Desigualdade de renda (índice Gini)	35	Estes são dados de tendências e aqui a disponibilidade é contada a partir do ano mais recente (2010).
Antropometria infantil		
Atraso no crescimento em menores de cinco anos (%)	125	Estes são dados de tendências e aqui a disponibilidade de dados é contada a partir do ano mais recente.
Emaciação em menores de cinco anos (%)	123	
Emaciação grave em menores de cinco anos (%)	114	
Sobrepeso em menores de cinco anos (%)	117	
Atraso no crescimento em menores de cinco anos, população total afetada (milhares)	123	
Emaciação em menores de cinco anos, população total afetada (milhares)	121	
Sobrepeso em menores de cinco anos, população total afetada (milhares)	115	
Mudanças na prevalência de atraso no crescimento com o passar do tempo, por quintil de riqueza	80	
Incidência de baixo peso ao nascer (%)	176	
Nível de nutrição de adolescentes e adultos		
Adolescentes com sobrepeso (%)	60	
Adolescentes obesos (%)	60	
Mulheres em idade reprodutiva, magreza (%)	67	
Mulheres em idade reprodutiva, baixa estatura (%)	67	
Adultos com sobrepeso (%)	188	
Adultos obesos (%)	188	
Mulheres em idade reprodutiva com anemia, população total afetada (%)	185	
Mulheres em idade reprodutiva com anemia, população total afetada (000)	185	
Crianças em idade pré-escolar com deficiência de vitamina A (%)	154	
Classificação da população quanto ao iodo nutricional	125	
Hiperglicemia (%)	188	
Hipertensão (%)	188	
Colesterol sanguíneo elevado (%)	188	

Fonte: Autores.

Nota: DNTs = doenças não transmissíveis; MIR = mulheres em idade reprodutiva.

continua

Tabela A.6 continuação continuação

Indicador	Número de países com dados	Comentário sobre o método de encontrar o número de países com dados de tendências
Indicadores da Assembleia Mundial da Saúde: Progresso em relação às metas globais da AMS		
Atraso no crescimento em menores de cinco anos, atualmente em vias/não em vias de cumprir	109	
Emaciação em menores de cinco anos, atualmente em vias/não em vias de cumprir	123	
Sobrepeso em menores de cinco anos, atualmente em vias/não em vias de cumprir	117	
Anemia em MIR, atualmente em vias/não em vias de cumprir	185	Estes são dados resultantes de modelos; o número de pesquisas reais é muito pequeno.
Cobertura das intervenções e práticas de alimentação infantil		
Alimentação mínima aceitável de crianças com 6–23 meses de idade (%)	27	
Diversidade alimentar mínima de crianças com 6–23 meses de idade (%)	27	
Cuidados pré-natais (mais de 4 visitas) (%)	123	
Pessoa especializada no parto (%)	176	
Necessidade não atendida de planejamento familiar (%)	131	
Início imediato do aleitamento materno (dentro de 1 hora do parto) (%)	116	
Taxa de aleitamento materno exclusivo de bebês com menos de 6 meses (%)	112	Estes são dados de tendências e aqui a disponibilidade de dados é contada a partir do ano mais recente.
Aleitamento contínuo até 1 ano (%)	120	
Desnutrição aguda grave, cobertura geográfica (%)	47	
Suplementação de vitamina A, cobertura completa (%)	62	
Crianças menores de cinco anos com diarreia e recebendo sais de reidratação oral (SROs)	115	
Cobertura de imunização, todas as doses de vacina contra a difteria, coqueluche e tétano (DPT3) (%)	192	
Consumo de sal iodado (%)	128	
Determinantes subjacentes		
Subalimentação (%)	81	Estes são dados de tendências e aqui a disponibilidade é contada a partir do ano mais recente (2014).
Disponibilidade de frutas e legumes (gramas)	169	Estes são dados de tendências e aqui a disponibilidade é contada a partir do ano mais recente (2011).
Calorias disponíveis de alimentos não essenciais (%)	169	Estes são dados de tendências e aqui a disponibilidade de dados é contada a partir do ano mais recente (2009).
Índice de Desigualdade de Gênero (escore)	148	
Índice de Desigualdade de Gênero (classificação do país)	148	
Densidade populacional de profissionais de saúde (por 1.000 pessoas): Médicos	191	
Densidade populacional de profissionais de saúde (por 1.000 pessoas): Enfermeiros e obstetrias	186	
Densidade populacional de profissionais de saúde (por 1.000 pessoas): Profissionais de saúde comunitária	62	
Maternidade cedo: partos até os 18 anos (%)	105	
Matrículas femininas no ensino secundário (%)	110	Estes são dados de tendências e aqui a disponibilidade é contada a partir do ano mais recente (2012).
Cobertura melhorada de saneamento (%)	188	Estes são dados de tendências e aqui a disponibilidade de dados é contada a partir do ano mais recente.
Cobertura melhorada da água potável (%)	189	Estes são dados de tendências e aqui a disponibilidade de dados é contada a partir do ano mais recente.

continua

Tabela A.6 continuação

Recursos financeiros e política, legislação e disposições institucionais		
Despesa governamental com a agricultura (%)	74	Estes são dados de tendências e aqui a disponibilidade é contada a partir do ano mais recente (2010).
Indicador	Número de países com dados	Comentário sobre o método de encontrar o número de países com dados de tendências
Despesa governamental com a proteção social (%)	79	Estes são dados de tendências e aqui a disponibilidade é contada a partir do ano mais recente (2010).
Despesa governamental com a educação (%)	80	Estes são dados de tendências e aqui a disponibilidade é contada a partir do ano mais recente (2010).
Despesa governamental com a saúde (%)	80	Estes são dados de tendências e aqui a disponibilidade é contada a partir do ano mais recente (2010).
Recursos financeiros e política, legislação e disposições institucionais		
Implementação nacional do Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno	165	
Alcance do direito constitucional a alimentos	136	
Proteção da maternidade (Convenção 183)	169	
Legislação de fortificação do trigo	181	
Subnutrição mencionada em planos de desenvolvimento nacionais e estratégias de crescimento econômico	107	
Disponibilidade e nível de implementação de diretrizes/protocolos/normas para a gestão de DNTs: Diabetes	179	
Disponibilidade e nível de implementação de diretrizes/protocolos/normas para a gestão de DNTs: Hipertensão	178	
Ampliação da nutrição (SUN), transformações institucionais do país: Reunir as pessoas num local compartilhado para ação (%)	50	
Ampliação da nutrição (SUN), transformações institucionais do país: Garantir uma política coerente e uma estrutura legal (%)	50	
Ampliação da nutrição (SUN), transformações institucionais do país: Alinhar ações em torno de um quadro de resultados comuns (%)	50	
Ampliação da nutrição (SUN), transformações institucionais do país: Acompanhamento financeiro e mobilização de recursos (%)	50	
Ampliação da nutrição (SUN), transformações institucionais do país: Total ponderado (%)	50	

CAPÍTULO 1

- 1 A OMS calcula que pelo menos um terço da população mundial é afetada por desnutrição por deficiência de micronutrientes (Allen et al., 2006) e que em 2008 mais de 1,4 bilhão de adultos com mais de 20 anos tinham excesso de peso (OMS 2014b).
- 2 As necessidades nutricionais vão mudando ao longo da vida e uma nutrição adequada no início da vida – especialmente durante os primeiros 1.000 dias, entre a gravidez da mulher e o segundo aniversário da criança – traz enormes benefícios para todo o ciclo de vida e através de gerações.
- 3 O escopo do progresso em resultados de nutrição dependerá de fatores externos como o clima, conflitos, comércio e choques financeiros; oportunidades políticas criadas por mudanças na liderança ou por crises; e a capacidade de diferentes atores de realizar medidas relevantes para a nutrição. Os dados podem desempenhar um papel essencial na criação de compromisso e orientação das ações, mas este é apenas um dos fatores intervenientes.
- 4 Para mais informações, consultar <http://globalnutritionreport.org/governance/concept-note/>.
- 5 O principal critério para a seleção de indicadores foi a evidência de relevância na melhoria dos resultados de nutrição. Foram considerados muitos outros indicadores, mas estes não foram incluídos porque havia muito poucas provas de que tinham importância para os resultados de nutrição ou porque não estavam disponíveis senão para um punhado de países. O documento dos perfis de nutrição dos países no website Global Nutrition Report, (www.globalnutritionreport.org), apresenta a lógica em que se baseia cada indicador incluído e os indicadores considerados, mas não incluídos. O Apêndice 1 descreve como utilizar os perfis de nutrição dos países como ferramenta de diagnóstico e o Apêndice 6 resume os indicadores por categoria. A Nota Técnica 1 (disponível em www.globalnutritionreport.org) fornece definições e fontes de dados completas para todos os 82 indicadores.
- 6 Além do relatório, podem ser obtidos dados chave no website *Global Nutrition Report* (www.globalnutritionreport.org), incluindo perfis de nutrição dos países, painéis mais detalhados e painéis adicionais aos que foram apresentados no relatório, tabelas de acompanhamento de Nutrição para o Crescimento detalhadas e blocos relevantes e novos textos.

Painel 1.1

- 1 Estes conceitos estão baseados em Ruel e Alderman (2013), Gillespie et al. (2013) e Haddad e Isenman (2014).

CAPÍTULO 2

- 1 De fato, eles podem ser mais competitivos porque excluem várias categorias de benefícios que estes estudos do setor da saúde incluíam: (1) o valor social da vida humana, (2) morbidade evitada, e (3) mudanças na razão de dependência devido a subsequentes reduções da fertilidade resultantes de melhoria da sobrevivência infantil.
- 2 A taxa de progresso necessária para os países cumprirem as metas está expressa pela OMS como a taxa anual média de redução (TAMR) ou taxa anual média de aumento (TAMA). Elas podem ser aplicadas a taxas de prevalência ou a números de indivíduos. Por

exemplo, a TAMR para uma mudança de uma taxa de atraso no crescimento de 40% em 2005 (P1) para uma taxa de 30% em 2012 (P2), um período de tempo de sete anos, é $(\sqrt[7]{(P2/P1)} - 1) * 100 =$ uma TAMA de -4,026% ou uma TAMR de 4,026%. A TAMA é semelhante a uma taxa de juros composta que gera P2 depois de ser aplicada a P1 ao longo de um período de, neste caso, sete anos. Para mais informações, consultar http://www.childinfo.org/files/Technical_Note_AARR.pdf.

- 3 Por exemplo, o objetivo da AMS de reduzir o número de crianças menores de cinco anos com atraso no crescimento de 162 milhões em 2012 para 102,5 milhões em 2025 traduz-se numa taxa anual média de redução (TAMR) de 3,9% (de Onis et al., 2013). Mas os novos dados sobre o atraso no crescimento na Índia podem criar uma oportunidade para passos mais ambiciosos. Se o número de crianças com atraso no crescimento a nível mundial for agora, por exemplo, cerca de 150 milhões (e não 162 milhões como indica a Tabela 2.3) por causa dos novos resultados da Índia, a TAMR de 3,9% de 2013 a 2025 reduziria o número de crianças com atraso no crescimento para cerca de 93 milhões e 76 milhões até 2030. Além disto, à medida que as taxas de prevalência diminuem, torna-se matematicamente mais fácil atingir uma dada TAMR, sugerindo que devemos aumentar nossas ambições para a TAMR à medida que se for progredindo nas taxas de atraso no crescimento. Um aumento modesto na TAMR alvo para 4,2%, aplicado de 2013 a 2030 a partir de uma base de 150 milhões de crianças com atraso no crescimento daria para 2030 um valor alvo de 61 milhões. Não sugerimos isto como uma meta dos ODS de 2030 para o atraso no crescimento. O que sugerimos é que chegou a hora de reavaliar nossas aspirações para as melhorias do nível nutricional relativas a 2030, considerando os novos dados e evidências.

Painel 2.2

- 1 Foram realizadas medidas antropométricas para 90.667 crianças menores de cinco anos. Os pedidos de informação sobre os detalhes metodológicos podem ser enviados para o escritório da UNICEF na Índia.

Painel 2.3

- 1 Haddad et al. (2014) usaram uma análise de estudos e relatórios existentes, uma comparação dos dados de 2005–2006 e dos dados de pesquisa de 2012 e um conjunto de entrevistas de 28 partes interessadas em quatro distritos.

Painel 2.4

- 1 Usando uma amostra plurianual abrangendo de 1970 a 2012 e 116 países em desenvolvimento de baixa e média renda (representando 96% da população do mundo em desenvolvimento), criamos estimativas de regressão de painéis para as associações entre prevalência do atraso no crescimento e os seis determinantes subjacentes do atraso no crescimento. O modelo de regressão (seis determinantes subjacentes substituídos, variáveis indicatrizes do país e variáveis indicatrizes do período de tempo) previu grande parte da variação no atraso no crescimento e permaneceu estável ao longo do tempo (antes e depois de 2000).
- 2 Para o acesso melhorado a fontes de água, o Brasil tinha um nível de 95% em 2006; para o acesso melhorado a instalações de saneamento, o Vietnã tinha um nível de 76% em 2011 e Sri Lanka

89% em 2006. Para a matrícula feminina no ensino secundário a África do Sul indicou uma taxa de 95% em 2008. Para a razão da expectativa de vida das mulheres/homens a Indonésia tinha 1,06 em 2004, Honduras tinha 1,07 em 2005, e a República Centro-Africana tinha 1,08 em 2010. Para a energia dietética proporcionada Gana tinha 2.934 em 2011. Finalmente, para a parcela de energia dietética proporcionada proveniente de alimentos não essenciais a Guatemala tinha 49% em 2008, o Brasil tinha 64% em 2006, e Tailândia tinha 50% em 2005 e a Suíça tinha 45% em 2005.

CAPÍTULO 3

- 1 A lógica subjacente e a formulação das metas de nutrição da AMS é fornecida na OMS (2012b).
- 2 Neste momento não é possível avaliar se está sendo feito progresso suficiente em cada país para o cumprimento dos objetivos globais de baixo peso ao nascer e aleitamento materno exclusivo, porque as regras que determinam tal progresso ainda não foram finalizadas pela UNICEF, OMS e o Banco Mundial.
- 3 Atraso no crescimento é definido como inferior a menos dois desvios padrão da mediana da altura para a idade, das Normas de Crescimento Infantil da OMS para crianças de 0–59 meses.
- 4 Em parte isto reflete o fato de uma certa variação na percentagem originar uma taxa anual média de redução ou de aumento superior para menores prevalências.
- 5 Sobrepeso é definido como superior a dois desvios padrão da mediana do peso para a altura, das Normas de Crescimento Infantil da OMS para crianças de 0–59 meses.
- 6 Emaciação é definida como inferior a menos dois desvios padrão da mediana do peso para a altura, das Normas de Crescimento Infantil da OMS para crianças de 0–59 meses.
- 7 Aleitamento materno exclusivo é definido como a prática de alimentar bebês com menos de seis meses de idade exclusivamente com leite materno.
- 8 Não podemos fornecer informações sobre as regiões da ONU da Europa e América do Norte devido a falta de dados. Não existem dados comparáveis à escala internacional para a América do Norte e para a Europa só 10 dos 43 países possuem dados, cobrindo apenas 14% da população da região.
- 9 Baixo peso ao nascer é definido como o peso ao nascer inferior a 2.500 gramas.
- 10 A maioria dos bebês nascidos em países de baixa e baixa a média renda não são pesados ao nascer. Para levar em consideração a grande proporção de nascimentos em que os bebês não são pesados, os dados da pesquisa foram ajustados (consultar a Nota Técnica 9, disponível em www.globalnutritionreport.org). Embora os métodos fossem aplicáveis quando foram inicialmente propostos, originando valores plausíveis para baixo peso ao nascer em países com dados disponíveis naquela altura, os desvios de vários fatores (como a proporção de nascimentos em que os bebês foram pesados e a proporção de pesos ao nascer informados pela mãe em vez de registrados num cartão de saúde) parecem ter resultado em menor robustez dos ajustes em alguns casos. Isto levantou várias questões relacionadas com a série cronológica em vários países. Por isso, a UNICEF, OMS, Universidade Johns Hopkins e a Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres estão realizando um trabalho metodológico para determinar se é necessária uma revisão dos procedimentos de ajuste. Até lá as séries cronológicas da UNICEF e OMS não estão disponíveis.
- 11 Anemia é definida como níveis de hemoglobina inferiores a 12 g/dL para mulheres não grávidas em idade reprodutiva (15–49 anos de idade) e inferiores a 11 g/dL para mulheres grávidas.
- 12 O Grupo de Peritos Independentes do *Relatório sobre a Nutrição Mundial* é exclusivamente responsável pela classificação dos países

neste relatório, o que não representa necessariamente a opinião ou avaliação da OMS. A OMS comunicará o progresso no alcance das metas de nutrição mundiais da AMS na sua 68ª sessão da AMS em maio de 2015.

- 13 Os países de cada categoria estão listados no Apêndice 2.
- 14 Dada sua dependência do tempo, as tendências da emaciação entre pesquisas separadas por vários anos não são consideradas significativas pela OMS, assim, a taxa de redução anual média não é utilizada como regra para determinar se os países estão ou não em vias de cumprir as metas. Contudo, esta não é uma opinião universal e nem todas as tendências da emaciação estão relacionadas com choque – por isso o valor indicado na Tabela 3.2.
- 15 O Apêndice 3 lista o nível de cumprimento ou não cumprimento de todos os países e indicadores.
- 16 1,000 Days e a Fundação Bill e Melinda Gates, dois membros do Grupo de Partes Interessadas deste relatório, estão desenvolvendo resumos de políticas da AMS e faremos tudo o que for possível para colaborar no desenvolvimento destes resumos, para que possam ser tão úteis quanto possível para os formuladores de políticas.

CAPÍTULO 4

- 1 A magreza e a baixa estatura de mulheres em idade reprodutiva e a obesidade feminina coexistem apenas para um país, Iêmen.

Painel 4.4

- 1 Índios Americanos e Naturais do Alasca é a classificação oficial deste grupo de populações no recenseamento dos Estados Unidos (United States Census Bureau, 2014).
- 2 Os objetivos nível de nutrição e nível de peso estão disponíveis no *Department of Health and Human Services* (Ministério da Saúde e Serviços Humanos) dos Estados Unidos (2014).

CAPÍTULO 5

- 1 A cobertura da água e saneamento está descrita no Capítulo 6.
- 2 Estão disponíveis outros indicadores de suplementação de ferro/ácido fólico; selecionamos o que provavelmente tem o maior efeito sobre o nível de nutrição.
- 3 Diversidade alimentar mínima é a proporção de crianças de 6–23 meses de idade que recebem alimentos de quatro ou mais grupos de alimentos. A diversidade alimentar mínima é um indicador composto calculado a partir de (1) a proporção de crianças amamentadas ao seio de 6–23 meses que tiveram pelo menos a diversidade alimentar mínima e a frequência mínima de refeições durante o dia anterior e (2) a proporção de crianças de 6–23 meses não amamentadas ao seio que receberam pelo menos duas refeições de leite e tiveram pelo menos a diversidade alimentar mínima, não incluindo as refeições de leite, e a frequência mínima de refeições durante o dia anterior (OMS, 2008b).
- 4 Em 2007 a OMS introduziu mudanças nas definições do indicador de práticas de alimentação de bebês e crianças pequenas (OMS, 2008b). O critério para a diversidade alimentar mínima foi alterado para quatro ou mais grupos de alimentos para todas as crianças de 6–23 meses, em vez de critérios separados para crianças amamentadas ao seio (três ou mais grupos de alimentos) e crianças não amamentadas ao seio (quatro ou mais grupos de alimentos), a fim de refletir a qualidade da alimentação complementar. Além disso, os “ovos” foram contados como um grupo de alimentos separado das aves. As pesquisas *Demographic and Health Surveys* onde estas duas mudanças não foram adequadamente comunicadas foram excluídas da base de dados, mesmo que tivessem sido realizadas depois de 2007 (OMS, 2008a), em uma tentativa de apresentar apenas o dados que utilizaram as definições e critérios

mais atualizados. Uma vez que a alimentação mínima aceitável é um indicador composto incorporando a diversidade alimentar mínima, foram aplicados critérios semelhantes. As pesquisas de 27 países estavam de acordo com esses dois critérios.

- 5 A disponibilidade limitada de taxas de cobertura nacional para a suplementação de vitamina A para algumas sub-regiões da ONU significa que podemos comunicar resultados apenas para as sub-regiões em que há dados comunicados para pelo menos 50% da população sub-regional.
- 6 O método mais usado nas pesquisas das unidades familiares para avaliar o iodo no sal é o kit de teste rápido (RTK). Embora os RTKs já sejam usados há muito tempo para avaliar se o sal tem um teor de iodo “adequado” (> 15 partes por milhão) ou “inadequado” (0–15 partes por milhão), as diretrizes mais recentes indicam que os RTKs só podem fornecer informação sobre a presença ou ausência de iodo. São necessários métodos alternativos, como a titulação, para determinar a quantidade de iodo no sal e, portanto, para a medição do indicador padrão (OMS, UNICEF, ICDD, 2007). A aparente falta de precisão das estimativas baseadas no RTK poderiam levar a perguntas sobre a comparabilidade ao longo do tempo, portanto, a UNICEF considera inapropriado apresentar tendências no momento.
- 7 Não seria de esperar termos dados para todas estas intervenções para os países de renda mais alta porque algumas intervenções teriam suplementação pela própria pessoa (como por exemplo, o ferro/ácido fólico), portanto não estariam presentes nos dados captados, e algumas não são recomendadas para todos os países (como a suplementação de vitamina A).
- 8 Excluímos a suplementação de zinco para a diarreia da análise na tabela porque sua cobertura é baixa. Para as cinco intervenções e práticas restantes usamos um nível de cobertura conservador de 50% cada.
- 9 Para crianças menores de cinco anos a OMS/UNICEF define DAM como um escore-Z de peso para altura < -2 desvios padrão (SD) mas > -3 SD. A DAG é definida como um escore-Z de peso para altura < -3 (emaciação grave), diâmetro a meio do antebraço < 11,5 cm, edema depressível bilateral ou kwashiorkor-marasmático (emaciação e edema). A definição aparece em <http://www.unicef.org/nutrition/training/2.3/13.html>.
- 10 Emaciação é definida como um escore-Z de peso para altura < -2 SD.

Painel 5.1

- 1 A *Coverage Monitoring Network* (CMN – Rede de Monitoramento da Cobertura) é uma iniciativa de múltiplas agências, cofinanciada pelo Departamento de Ajuda Humanitária e Proteção Civil da Comissão Europeia e o Departamento de Assistência ao Desenvolvimento Estrangeiro da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional. Foi concebida para melhorar os programas de nutrição promovendo ferramentas de avaliação da capacidade de alta qualidade, desenvolvimento de capacidade e partilha de informações. Para mais informações, consultar www.coverage-monitoring.org.

CAPÍTULO 6

- 1 Há poucas análises econométricas dos motores subjacentes da obesidade para uma grande gama de países e elas tendem a focar a renda, urbanização e preços dos alimentos (por exemplo, Font et al., 2010; Popkin et al., 2012; Ruel e Alderman, 2013).
- 2 Visamos focar os programas de proteção social, educação, sistemas de saúde e empoderamento das mulheres nos futuros *Relatórios sobre a Nutrição Mundial*.
- 3 Consultar a Nota Técnica 3 em www.globalnutritionreport.org para mais informações sobre a metodologia. É necessário realizar mais

trabalho para compreender se este indicador acrescenta valor e se deve ser apresentado nos futuros *Relatórios sobre a Nutrição Mundial*.

- 4 Tal como acontece com a prevalência da anemia, os dados de cobertura para a água, saneamento e higiene baseiam-se em modelos e portanto estão disponíveis estimativas (e não dados) para cada país.
- 5 Além disto também não está claro qual o grau de melhoramento das fontes consideradas “outras melhorias”. A OMS e a UNICEF (2014) definem “outras melhorias” como o “número de membros de unidades familiares que vivem em unidades com torneiras de água públicas, poços com tubo, nascentes protegidas ou coleta de água da chuva”.
- 6 A taxa pode ser muito superior a 100 se houver repetição extensiva da classificação e, por isso, uma taxa ótima é imediatamente acima de 100.
- 7 É difícil encontrar dados de despesas com a água, saneamento e higiene. O relatório *Government Spending Watch* (GSW – Vigilância dos Gastos Públicos) (2013) encontrou dados apenas para 30 países. O relatório afirma:

Devido à dificuldade de desagregar as despesas com a água e o saneamento a nível de país, este relatório GSW avalia o progresso do país face a uma meta global de 1,5% do PIB. A despesa planejada é muito inferior a esta meta para a maioria dos países, como indica a Figura 3.21. Dos 30 países para os quais o GSW possui dados, sete (Camboja, Ilhas Salomão, Lesoto, Moçambique, Níger, Samoa e Tanzânia) gastaram recentemente mais de 1,5% do PIB em WASH (Água, Saneamento e Higiene para Todos). Contudo, outros nove países (Costa do Marfim, Gâmbia, Gana, Guiana, Haiti, Libéria, Madagascar, Papua-Nova Guiné e República Centro-Africana) estão gastando muito menos de 0,5% do PIB (o montante necessário somente para o saneamento) em todos os aspectos de WASH. (p. 39)

- 8 A USAID (2013) fornece uma boa análise sobre como incluir a água, saneamento e higiene nos programas de nutrição, mas ainda não encontramos diretrizes que indiquem como realizar o oposto, isto é, incluir a nutrição nos programas de água, saneamento e higiene. Gostariamos de receber qualquer informação sobre estas diretrizes: globalnutritionreport@ids.ac.uk.

Painel 6.2

- 1 Para a Índia a redução da prevalência do atraso no crescimento para crianças menores de cinco anos, entre 1999 e 2006, foi de 5%, passando de 51% para 46%, ou seja 0,85% ao ano (Índia, Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar, 2009). Para Bangladesh a redução entre 1997 e 2007 foi de 59% para 43%, ou 1,6% ao ano.

CAPÍTULO 7

- 1 Para mais informações sobre os ambientes propícios para a nutrição e sobre questões de governança, consultar Gillespie et al. (2013), Swinburn et al. (2011) e Nisbett et al. (2014).
- 2 Este valor baseia-se nas estimativas de custo anual de Bhutta et al. (2013a).
- 3 O *Relatório sobre a Nutrição Mundial* de 2015 pretende fazer mais declarações sobre esta questão fundamental, mas por enquanto os Painéis 7.1 e 7.2 são resumos úteis da situação atual.
- 4 Os fluxos específicos da nutrição são os definidos pelo Sistema de Notificação de Países Credores, código 12240, do Comitê de Assistência ao Desenvolvimento (CAD) da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). (Note-se que esta forma de classificar as intervenções específicas de nutrição não

está isenta de problemas; consultar Ação Contra a Fome, 2012). Segundo a Rede de Doadores SUN (2013):

Para as iniciativas serem relevantes para a nutrição elas devem satisfazer TODOS os critérios a seguir: Visar indivíduos: as iniciativas devem pretender melhorar a nutrição para mulheres ou meninas adolescentes ou crianças; E o projeto deve possuir um objetivo de nutrição OU indicador(es) de nutrição significativos; E o projeto deve contribuir para a obtenção de resultados relevantes para a nutrição, que estão explícitos na concepção do projeto através de atividades, indicadores e especificamente os próprios resultados esperados. (p. 2)

Na Rede de Doadores SUN (2013) pode-se encontrar detalhes adicionais da metodologia usada pelos doadores.

- 5 Note-se que a Suíça não é signatária do pacto N4G, embora os financiadores restantes sejam.
- 6 Um funcionário da USAID informou-nos que a USAID comunicou os desembolsos tal como declarados à OCDE-CAD relativamente aos investimentos específicos da nutrição (excluindo as refeições escolares) mas ainda não aos investimentos relevantes para a nutrição, porque ainda estão aperfeiçoando sua metodologia de acompanhamento para esta área. Um funcionário do Banco Mundial informou-nos que face ao grande portfólio de projetos do banco, que desembolsa dinheiro todos os anos, um registro dos desembolsos relevantes para a nutrição – usando a metodologia adotada por este relatório – não estava disponível.
- 7 O documento de compromissos N4G está descrito em Nutrição para o Crescimento (2013).
- 8 Quarenta países que tinham aderido ao Movimento SUN antes de setembro de 2013 estiveram envolvidos no exercício de autoavaliação realizado entre abril e julho de 2014. Trinta e sete países conseguiram terminar e enviar seus relatórios e escores.

Painel 7.2

- 1 Este website é <https://sico.in.minfin.gob.gt/sicoindex/login/frmlogin.htm>. Para acessá-lo, siga estas etapas: Usuário = prensa, Clave = prensa, Ingresar, seleccionar año, clicar em "Reportes para la ley de acceso a la información pública", clicar em "00818983 Plan del Pacto Hambre Cero", Valores de los parámetros = seleccionar o período, Continuar.

CAPÍTULO 8

- 1 O Apêndice 5 descreve como o relatório tenta promover a responsabilização pela nutrição (incluindo sua própria responsabilização) em cada etapa do ciclo.
- 2 Aumentaremos o número de analistas independentes para o *Relatório sobre a Nutrição Mundial* de 2015.
- 3 A *SUN Business Network* (Rede de Empresas SUN) relata que o setor privado está assumindo mais compromissos que vão além dos compromissos N4G. Até hoje as empresas comprometeram-se com intervenções de melhoria da nutrição até 2020 para um número significativo de consumidores em mercados em desenvolvimento e emergentes. Para mais informações, consultar o website da *SUN Business Network* em www.sunbusinessnetwork.org.
- 4 É necessário ter uma pequena equipe que foque o engajamento e o acompanhamento dos signatários e suas respostas para assegurar a obtenção de informações abrangentes. Face à cronologia de 2014, este ano houve muitos indivíduos e organizações envolvidos no acompanhamento das organizações, resultando daí um processo muito caótico. É importante registrar o ponto de contato e o local de seu departamento em cada organização. Muito frequentemente os indivíduos responsáveis pela conclusão dos compromissos já tinham mudado e seus sucessores ou sentiram menor obrigação pelo cumprimento dos compromissos ou não compreenderam como eles deviam ser cumpridos ou relatados. Os modelos para os relatórios necessitam de ser simplificados e deve ser proporcionado mais contexto e orientação sobre por que e como preenchê-los. Há necessidade de desenvolver uma plataforma online para os signatários registrarem seu progresso e realizarem autoavaliações, além das avaliações independentes. Isto reduzirá os custos e erros das transações e promoverá a transparência, pressão de pares e aprendizagem. Finalmente, é necessário formalizar o sistema qualitativo de sinalização luminosa simples usado neste relatório para assinalar quem está progredindo ou não. O Grupo de Especialistas Independentes desenvolverá procedimentos para esse fim, para o *Relatório sobre a Nutrição Mundial* de 2015.

CAPÍTULO 9

- 1 Estas informações aparecem no Apêndice 6.
 - 2 Por exemplo, verificou-se que o compromisso com a redução da fome só estava ligeiramente correlacionado com o compromisso de melhoria do nível de nutrição. Consultar o website do índice HANCI em www.hancindex.org.
 - 3 A Nova Parceria para o Desenvolvimento da África (NEPAD) e seus parceiros de desenvolvimento deram apoio a 50 países africanos para integrarem a nutrição em seus planos de investimento na agricultura nacional usando uma abordagem multissetorial, como parte do Programa Integrado para o Desenvolvimento da Agricultura em África (CAADP). Este é um bom exemplo de investimento na
- BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- ACF International. 2013. *Sowing the Seeds of Good Nutrition. Making Agricultural Policies Deliver Better Nutrition*. Paris: Action Contre le Faim.
- Action Against Hunger. 2012. *Aid for Nutrition: Can Investments to Scale Up Nutrition Actions Be Accurately Tracked?* Londres: Ação contra a Fome/ACF International.
- Adair, L. S., C. H. D. Fall, C. Osmond, A. D. Stein, R. Martorell, M. Ramirez-Zea, H. S. Sachdev, et al., 2013. "Associations of Linear Growth and Relative Weight Gain during Early Life with Adult Health and Human Capital in Countries of Low and Middle Income: Findings from Five Birth Cohort Studies". *The Lancet* 382 (9891): 525–534.
- Alderman, H. 2014. *Can Transfer Programs Be Made More Nutrition Sensitive?* Documento de Consulta 1342 do IFPRI. Washington, DC: Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares.
- Alianza por laSalud Alimentaria. 2014. "Quienes Somos". Acessado em 1 de agosto de 2014. <http://alianzasalud.org.mx/quienes-somos/>.
- Allen, L., B. de Benoist, O. Dary e R. Hurrell, ed. 2006. *Guidelines on Food Fortification with Micronutrients*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; Roma: Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura.
- Assembleia Geral da ONU. 2011. "Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases". Nova York. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1
- Banco Mundial. 2003. *World Development Report*. Washington, DC: Banco Mundial.
- . 2005. *East Asia Decentralizes: Making Local Government Work*. Washington, DC.
- . 2013. *Improving Nutrition through Multisectoral Approaches*. Washington, DC.
- . 2014. "GDP Per Capita (current US\$)". Acessado em 31 de julho de 2014. <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>.
- Bergeron, G. e T. Castleman. 2012. "Program Responses to Acute and Chronic Malnutrition: Divergences and Convergences". *Advances in Nutrition: An International Review Journal* 3 (2): 242–249. <http://dx.doi.org/10.3945/an.111.001263>.
- Bhutta, Z. A., J. K. Das, A. Rizvi, M. F. Gaffey, N. Walker, S. Horton, P. Webb, et al., 2013a. "Evidence-Based Interventions for Improvement of Maternal and Child Nutrition: What Can Be Done and at What Cost?" *The Lancet* 382 (9890): 452–477.
- Bhutta, Z. A., J. K. Das, N. Walker, A. Rizvi, H. Campbell, I. Rudan e R. E. Black. 2013b. "Interventions to Address Deaths from Childhood Pneumonia and Diarrhoea Equitably: What Works and at What Cost?" *The Lancet* 381 (9875): 1417–1429. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60648-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60648-0).
- Björkman, M. e J. Svensson. 2009. "Power to the People: Evidence from a Randomized Field Experiment on Community-Based Monitoring in Uganda". *Quarterly Journal of Economics* 124 (2): 735–769. <http://dx.doi.org/10.1162/qjec.2009.124.2.735>.
- Black, R. E., C. G. Victora, S. P. Walker, Z. A. Bhutta, P. Christian, M. de Onis, M. Ezzati, et al., 2013. "Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-Income and Middle-Income Countries". *The Lancet* 382 (9890): 427–451.
- Bloomberg Philanthropies. 2014. "Obesity Prevention". Acessado em 1 de agosto de 2014. www.bloomberg.org/program/public-health/obesity-prevention/.
- 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* 43 (4): 1328–1335. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyu075>.
- Carvajal, L., 2014. Comunicação pessoal, setembro de 2014. UNICEF.
- Chalmers, I., M. B. Bracken, B. Djulbegovic, S. Garattini, J. Grant, A. Metin Gülmezoglu, D. Howells, et al., 2014. "How to Increase Value and Reduce Waste When Research Priorities Are Set". *The Lancet* 383 (9912): 156–165.
- Chu, K. M., S. Jayaraman, P. Kyamanywa e G. Ntakiyiruta. 2014. "Building Research Capacity in Africa: Equity and Global Health Collaborations". *PLoS Med* 11 (3): e1001612. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001612>.
- Collins, S., K. Sadler, N. Dent, T. Khara, S. Guerrero, M. Myatt, M. Saboya e A. Walsh. 2006. "Key Issues in the Success of Community-Based Management of Severe Malnutrition". *Food and Nutrition Bulletin* 27 (3): S49–82.
- Comissão da União Africana, NEPAD (Nova Parceria para o Desenvolvimento de África) Agência de Planejamento e Coordenação, UNECA (Comissão Econômica da ONU para África) e Programa Alimentar Mundial da ONU. 2014. *The Cost of Hunger in Africa: Social and Economic Impact of Child Undernutrition in Egypt, Ethiopia, Swaziland and Uganda*. Addis Ababa: UNECA.
- Contagem Regressiva para 2015. 2014. *Fulfilling the Health Agenda for Women and Children: The 2014 Report*. Nova York: UNICEF; Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Curran, S., J. Gittelsohn, J. Anliker, B. Ethelbah, K. Blake, S. Sharma e B. Caballero. 2005. "Process Evaluation of a Store-Based Environmental Obesity Intervention on Two American Indian Reservations". *Health Education Research* 20 (6): 719–729. <http://dx.doi.org/10.1093/her/cyh032>.
- Dangour, A. D., L. Watson, O. Cumming, S. Boisson, Y. Che, Y. Velleman, S. Cavill, et al., 2013. "Interventions to Improve Water Quality and Supply, Sanitation and Hygiene Practices, and Their Effects on the Nutritional Status of Children". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8: CD009382.
- Davis, S. M., 2003. "Introduction. Pathways, an Intervention Trial for the Primary Prevention of Obesity in American Indian School children". *Preventative Medicine* 37 (6 Pt 2): S1–2.
- 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.
- Demographic and Health Surveys STATcompiler. 2014. "Anthropometric Indicators of Maternal Nutritional Status". 2012. Acessado em 1 de junho de 2014. <http://www.statcompiler.com/?share=1856217EEAF>.
- Demographic and Health Surveys. 2014. "The DHS Program". Acessado em 1 de junho de 2014. <http://www.dhsprogram.com/Data/>.
- Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos. 2014. Healthy People: Nutrition and Weight Status. <http://www.>

- healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/objectiveslist.aspx?topicId=29.
- El Poder del Consumidor. 2014. "Quiénes Somos". Acessado em 1 de agosto de 2014. <http://elpoderdelconsumidor.org/quienessomos/>.
- Estatísticas da Indonésia. 2014. "Per Capita Gross Domestic Product, Per Capita Gross National Product, and Per Capita National Income, 2000–2013 (Rupiahs)". Acessado em 1 de setembro de 2014. http://www.bps.go.id/eng/tab_sub/view.php?tabel=1&id_subyek=11¬ab=76.
- Fan, S., J. Brzeska e G. Shields. 2007. *Investment Priorities for Economic Growth and Poverty Reduction*. 2020 Focus Brief on the World's Poor and Hungry People. Washington, DC: Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares.
- Fanzo, J., S. Curran, R. Remans, V. Mara, J. S. Briseño, D. Cisewski, G. Denning e P. Fracassi. 2014. *Simulating Potential of Nutrition-Sensitive Interventions*. Nova York: Universidade de Columbia, Earth Institute, Center on Globalization and Sustainable Development. Acessado em 1 de setembro de 2014. http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2014/07/SUN-Report-CU_Jan-21-2014.pdf.
- FAO (Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura). 2013a. *The State of Food Insecurity in the World 2013*. Roma.
- . 2013b. *The State of Food and Agriculture*. Roma.
- . 2014a. Base de dados FAOSTAT: "Food Security/Suite of Food Security Indicators". Acessado em 1 de junho de 2014. <http://faostat3.fao.org/faostat-gateway/go/to/search/food%20security%20indicator/E>.
- . 2014b. *The State of Food Insecurity in the World 2014*. Roma.
- Finkelstein, E. A., M. daCosta DiBonaventura, S. M. Burgess e B. C. Hale. 2010. "The Costs of Obesity in the Workplace". *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 52 (10): 971–976. <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181f274d2>.
- Fischer Walker, C. L., O. Fontaine e R. E. Black. 2013. "Measuring Coverage in MNCH: Current Indicators for Measuring Coverage of Diarrhea Treatment Interventions and Opportunities for Improvement". *PLoS Med* 10 (5): e1001385. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001385>.
- FMI (Fundo Monetário Internacional). 2014. *Regional Economic Outlook: Sub-Saharan Africa: Fostering Durable and Inclusive Growth*. Washington, DC.
- Font, J. C., D. Fabbri e J. Gil. 2010. "Decomposing Cross-Country Differences in Levels of Obesity and Overweight: Does the Social Environment Matter?" *Social Science & Medicine* 70 (8): 1185–1193. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.011>.
- Fry, J. e W. Finley. 2005. "The Prevalence and Costs of Obesity in the EU". *Proceedings of the Nutrition Society* 64 (3): 359–362.
- Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola. 2014. *Improving Nutrition through Agriculture*. Roma.
- Garrett, J. e M. Natalicchio, ed. 2011. *Working Multisectorally in Nutrition: Principles, Practices, and Case Studies*. Washington, DC: Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares.
- Gaventa, J. e G. Barrett. 2012. "Mapping the Outcomes of Citizen Engagement". *World Development* 40 (12): 2399–2410.
- Gillespie, S., L. Haddad, V. Mannar, P. Menon e N. Nisbett. 2013. "The Politics of Reducing Malnutrition: Building Commitment and Accelerating Progress". *The Lancet* 382 (9891): 552–569.
- Gittelsohn, J. e M. Rowan. 2011. "Preventing Diabetes and Obesity in American Indian Communities: The Potential of Environmental Interventions". *The American Journal of Clinical Nutrition* 93 (5): 1179s–1183s. <http://dx.doi.org/10.3945/ajcn.110.003509>.
- Gittelsohn, J., E. M. Kim, S. He e M. Pardia. 2013. "A Food Store-Based Environmental Intervention Is Associated with Reduced BMI and Improved Psychosocial Factors and Food-Related Behaviors on the Navajo Nation". *Journal of Nutrition* 143 (9): 1494–1500. <http://dx.doi.org/10.3945/jn.112.165266>.
- Gonzalez, J. A., J. L. Guasch e T. Serebrisky. 2007. *Latin America: Addressing High Logistics Costs and Poor Infrastructure for Merchandise Transportation and Trade Facilitation*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Gonzalez-Suarez, C., A. Worley, K. Grimmer-Somers e V. Dones. 2009. "School-Based Interventions on Childhood Obesity: A Meta-Analysis". *American Journal of Preventive Medicine* 37 (5): 418–427. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2009.07.012>.
- Gortmaker, S. L., K. Peterson, J. Wiecha, A. M. Sobol, S. Dixit, M. K. Fox e N. Laird. 1999. "Reducing Obesity via a School-Based Interdisciplinary Intervention among Youth: Planet Health". *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 153 (4): 409–418.
- Government Spending Watch. 2013. *Putting Progress at Risk? MDG Spending in Developing Countries*. Relatório de Pesquisa. Oxford, Reino Unido: Development Finance International e Oxfam International.
- Guatemala, Ministério da Saúde. 2009. "National Maternal and Child Health Survey 2008–09 (ENSMI)". Cidade da Guatemala.
- Guerrant, R. L., R. B. Oriá, S. R. Moore, M. O. Oria e A. A. Lima. 2008. "Malnutrition as an Enteric Infectious Disease with Long-Term Effects on Child Development". *Nutrition Reviews* 66 (9): 487–505. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-4887.2008.00082.x>.
- Haddad, L. e P. Isenman. 2014. "Which Aid Spending Categories Have the Greatest Untapped Potential to Support the Reduction of Undernutrition? Some Ideas on Moving Forward". *Food Nutrition Bulletin* 35 (2): 266–276.
- Haddad, L., 2013. "How Should Nutrition Be Positioned in the Post-2015 Agenda?" *Food Policy* 43: 341–352. <http://dx.doi.org/10.1016/j.foodpol.2013.05.002>.
- . 2014. "Equity: Not Just for Optimists". *Development Policy Review*, a ser publicado.
- Haddad, L., J. Lindstrom e Y. Pinto. 2010. "The Sorry State of M&E in Agriculture: Can People-Centred Approaches Help?" *IDS Bulletin* 41 (6): 6–25. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2010.00177.x>.
- Haddad, L., N. Nisbett, I. Barnett e E. Valli. 2014. *Maharashtra's Child Stunting Declines: What Is Driving Them? Findings of a Multidisciplinary Analysis*. Brighton, Reino Unido: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.
- Headey, D. D., 2013. "Developmental Drivers of Nutritional Change: A Cross-Country Analysis". *World Development* 42: 76–88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2012.07.002>.
- Headey, D. D., J. Hoddinott, D. Ali, R. Tesfaye e M. Dereje. 2014. *The Other Asian Enigma: Explaining the Rapid Reduction of Undernutrition in Bangladesh*. Documento de Debate 1358 do IFPRI. Washington, DC: Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares.
- Healthy Caribbean Coalition. 2014a. "A Civil Society Regional Status Report: Responses to NCDs in the Caribbean Community". http://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/HCC%20NCDA%20RSR%20FINAL.pdf
- . 2014b. "About Us". Acessado em 1 de agosto de 2014. http://www.healthycaribbean.org/about_us.html.
- Herforth, A., A. Jones e P. Pinstrup-Andersen. 2012. *Prioritizing Nutrition in Agriculture and Rural Development: Guiding Principles*

- for Operational Investments. Série de Documentos de Debate sobre a Saúde, Nutrição e População. Washington, DC: Banco Mundial.
- Hoddinott, J., H. Alderman, J. R. Behrman, L. Haddad e S. Horton. 2013. "The Economic Rationale for Investing in Stunting Reduction". *Maternal and Child Nutrition* 9: 69–82.
- Hodgins, S. e A. D'Agostino. 2014. "The Quality-Coverage Gap in Antenatal Care: Toward Better Measurement of Effective Coverage". *Global Health: Science and Practice* 2 (2): 173–181. <http://dx.doi.org/10.9745/ghsp-d-13-00176>.
- Hofman, B. e K. Kaiser. 2002. "The Making of the Big Bang and Its Aftermath: A Political Economy Perspective". Artigo apresentado na conferência "Can Decentralization Help Rebuild Indonesia?" Universidade do Estado da Geórgia, Atlanta, Maio 1–3.
- Holdsworth, M., A. Kruger, E. Nago, C. Lachat, P. Mamiro, K. Smit, C. Garimoi-Orach, et al., 2014. "African Stakeholders' Views of Research Options to Improve Nutritional Status in Sub-Saharan Africa". *Health Policy and Planning*. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czu087>.
- Horton, R., 2014. "Offline: Why the Sustainable Development Goals Will Fail". *The Lancet* 383 (9936): 2196.
- Horton, S. e R. H. Steckel. 2011. *Malnutrition: Global Economic Losses Attributable to Malnutrition 1900–2000 and Projections to 2050*. Copenhagen: Copenhagen Consensus on Human Challenges.
- . 2013. "Malnutrition: Global Economic Losses Attributable to Malnutrition 1900–2000 and Projections to 2050". In *How Much Have Global Problems Cost the Earth? A Scorecard from 1900 to 2050*, editado por B. Lomborg, 247–272. Nova York: Cambridge University Press.
- Humphrey, J. H. 2009. "Child Undernutrition, Tropical Enteropathy, Toilets, and Handwashing". *The Lancet* 374 (9694): 1032–1035.
- IFPRI (Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares). 2014. "Statistics of Public Expenditure for Economic Development". Acessado em 1 de junho de 2014. www.ifpri.org/book-39/ourwork/programs/priorities-public-investment/speed-database.
- Índia, Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar. 2009. *Nutrition in India: National Family Health Survey (NFHS-3) India, 2005–2006*. Mumbai: International Institute for Population Sciences.
- Indonésia, Ministério da Saúde. 2008. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007: Laporan Nasional 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- International Baby Food Action Network. 2014. "State of the Code Charts". Acessado em 1 de junho de 2014. <http://lbfan.org/code-watch-reports>.
- Jamison, D. T., L. H. Summers, G. Alleyne, K. J. Arrow, S. Berkley, A. Binagwaho, F. Bustreo, et al., 2013. "Global Health 2035: A World Converging within a Generation". *The Lancet* 382 (9908): 1898–1955. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62105-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62105-4).
- Joshi, A., 2013. "Do They Work? Assessing the Impact of Transparency and Accountability Initiatives in Service Delivery". *Development Policy Review* 31: s29–s48. <http://dx.doi.org/10.1111/dpr.12018>.
- Keats, S. e S. Wiggins. 2014. *Future Diets: Implications for Agriculture and Food Prices*. Londres: Overseas Development Institute (Instituto de Desenvolvimento Ultramarino).
- Kraak, V. I., B. Swinburn, M. Lawrence e P. Harrison. 2014. "An Accountability Framework to Promote Healthy Food Environments". *Public Health Nutrition*: 17 (11): 2467–2483. <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980014000093>.
- Kurz, K. 2013. "Nutrition-Sensitive Interventions and Agriculture Value Chains: Preliminary Lessons from Feed the Future Implementation in Four Countries". Documento de base sobre Alimentos que Melhoram a Nutrição e Sistemas Agrícolas para a Segunda Conferência Internacional sobre a Nutrição (ICN-2) da FAO-OMS. Roma: Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura.
- Lachat, C., D. Roberfroid, L. van den Broeck, I. N. van den Brie, E. Nago, A. Kruger, et al., 2014. "A Decade of Nutrition Research in Africa: Assessment of the Evidence Base and Academic Collaboration". *Public Health Nutrition*. <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980014002146>.
- Lamberti, L., C. Walker, K. Chan, W.-Y. Jian e R. Black. 2013. "Oral Zinc Supplementation for the Treatment of Acute Diarrhea in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Nutrients* 5 (11): 4715–4740.
- Lim, S. S., T. Vos, A. D. Flaxman, G. Danaei, K. Shibuya, H. Adair-Rohani, M. Amann, et al., 2012. "A Comparative Risk Assessment of Burden of Disease and Injury Attributable to 67 Risk Factors and Risk Factor Clusters in 21 Regions, 1990–2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010". *The Lancet* 380 (9859): 2224–2260.
- Mansuri, G. e V. Rao. 2013. *Localizing Development. Does Participation Work?* Washington, DC: Banco Mundial.
- Mason, J. B., R. Shrimpton, L. S. Saldanha, U. Ramakrishnan, C. G. Victora, A. W. Girard, D. A. McFarland, et al., 2014. "The First 500 Days of Life: Policies to Support Maternal Nutrition". *Global Health Action* 7: 23623. <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.23623>.
- Masset, E., L. Haddad, A. Cornelius e J. Isaza-Castro. 2012. "Effectiveness of Agricultural Interventions that Aim to Improve Nutritional Status of Children: Systematic Review". *BMJ* 344: d8222.
- May, A. L., D. Freedman, B. Sherry e H. M. Blanck. 2013. "Obesity: United States, 1999–2010". *Morbidity and Mortality Weekly Report* 62 (3): 120–128.
- Menon, P., N. M. Covic, P. B. Harrigan, S. E. Horton, N. M. Kazi, S. Lamstein, L. Neufeld, et al., 2014. "Strengthening Implementation and Utilization of Nutrition Interventions through Research: A Framework and Research Agenda". *Annals of the New York Academy of Sciences*. <http://dx.doi.org/10.1111/nyas.12447>.
- Ministério dos Negócios Estrangeiros da Dinamarca (DANIDA). 2008. *Strategy for Danish Support to Civil Society in Denmark*. Copenhagen. http://www.netpublikationer.dk/um/9218/pdf/samfundsstrategien_uk.pdf.
- Myatt, M., E. Guevarra e L. Fieschi, A. Norris, S. Guerrero, L. Schofield, D. Jones, E. Emru e K. Sadler. 2012. *Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (SQUEAC)/Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (SLEAC) Technical Reference*. Washington, DC: FHI 360/FANTA.
- NCD Alliance. 2014a. "Building a Movement: National and Regional NCD Alliances". Acessado em 1 de agosto de 2014. www.ncdalliance.org/nationalalliances.
- . 2014b. "National/Regional NCD Civil Society Benchmarking Tool. In: An Online Advocacy Toolkit". <http://ncdalliance.org/sites/default/files/rfiles/NCD%20Toolkit%20FINAL.pdf>.
- Ng, M., T. Fleming, M. Robinson, B. Thomson, N. Graetz, C. Margono, E. C. Mullany, et al., 2014 "Global, Regional, and National Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adults during 1980–2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013". *The Lancet* 384 (9945): 766–781. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8).

- Nisbett, N., S. Gillespie, L. Haddad e J. Harris. 2014. "Why Worry about the Politics of Childhood Undernutrition?" *World Development* 64: 420–433. <http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2014.06.018>.
- Nutrição para o Crescimento. 2013. "Nutrition for Growth Commitments: Executive Summary". Acessado em 3 de outubro de 2014. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/207274/nutrition-for-growth-commitments.pdf.
- O'Connell, J., R. Yi, C. Wilson, S. M. Manson e K. J. Acton. 2010. "Racial Disparities in Health Status: A Comparison of the Morbidity among American Indian and U.S. Adults with Diabetes". *Diabetes Care* 33 (7): 1463–1470. <http://dx.doi.org/10.2337/dc09-1652>.
- OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico). 2014. "Aid to Developing Countries Rebounds in 2013 to Reach an All-Time High". August 4. <http://www.oecd.org/development/aid-to-developing-countries-rebounds-in-2013-to-reach-an-all-time-high.htm>.
- Ogden, C. L., M. D. Carroll, B. K. Kit e K. M. Flegal, 2014. "Prevalence of Childhood and Adult Obesity in the United States, 2011–2012". *Journal of the American Medical Association* 311 (8): 806–814. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.732>.
- Olds, T., C. Maher, S. Zumin, S. Peneau, S. Lioret, K. Castetbon, Bellisle, et al., 2011. "Evidence That the Prevalence of Childhood Overweight Is Plateauing: Data from Nine Countries". *International Journal of Pediatric Obesity* 6 (5–6): 342–360. <http://dx.doi.org/10.3109/17477166.2011.605895>.
- Olney, D. K., A. Pedehombga, M. Ruel e A. Dillon. 2014. "The Impacts of an Integrated Agriculture and Nutrition and Health Behavior Change Communication Program Targeted to Women in Burkina Faso on Children's Growth, Anemia, and Diarrhea: A Cluster-Randomized Controlled Trial". Washington, DC: Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares. Documento não publicado.
- OMS (Organização Mundial da Saúde). 2004. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Genebra.
- . 2008a. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. Part 3 Country Profiles*. Acessado em 3 de setembro de 2014. http://www.unicef.org/nutrition/files/YCF_Indicators_part_III_country_profiles.pdf.
- . 2008b. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. Part 1 Definitions*. Acessado em 3 de setembro de 2014. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf?ua=1.
- . 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.
- . 2010c. *Assessing National Capacity for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Report of the 2010 Global Survey*. Genebra.
- . 2012a. "Global Targets 2025". Acessado em 1 de julho de 2014. http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/.
- . 2012b. Documento WHA65/2012/REC1 Anexo 2 "Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant and Young Child Nutrition". Sexagésima Quinta Assembleia Mundial da Saúde, Genebra, 21 a 26 de maio de 2012. Acessado em 26 de agosto de 2014. http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_annex2_en.pdf.
- . 2013a. "Draft Comprehensive Global Monitoring Framework and Targets for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases". http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-en.pdf?ua=1.
- . 2013b. *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020*. Projeto Zero. Genebra.
- . 2014a. "Global Targets Indicators: What Is Measured Gets Done". Acessado em 29 de agosto de 2014. http://www.who.int/nutrition/globaltargets_indicators/en/.
- . 2014b. "Obesity and Overweight". Ficha Informativa Nº 311. Acessado em 1 de setembro de 2014. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/.
- . 2014c. "Global Targets 2025: What Is Measured Gets Done". Acessado em 26 de agosto de 2014. http://www.who.int/nutrition/globaltarget_indicators_flyer_en.pdf?ua=1.
- . 2014d. Global Database on the Implementation of Nutrition Action (GINA). <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/home>.
- . 2014e. "Tracking Progress in Achieving the Global Nutrition Targets–May 2014". Acessado em 15 de julho de 2014. http://www.who.int/nutrition/targets_indicators_may2014v2.pdf.
- . 2014f. "Country Indicator Status". Acessado em 1 de junho de 2014. http://www.who.int/nutrition/country_statusv2.pdf.
- . 2014g. "Global Health Observatory Data Repository: Overweight/Obesity". Acessado em 19 de junho de 2014. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A896?lang=ens>.
- . 2014h. "Global Health Observatory Data Repository: Management of NCDs: Data by Country". Acessado em 17 de junho de 2014. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A909?lang=en>.
- . 2014i. "Global Health Observatory Data Repository: Raised Fasting Blood Glucose (≥ 7.0 mmol/L or on Medication): Data by Country". Acessado em 16 de junho de 2014. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A869?lang=en>.
- . 2014j. "Global Health Observatory Data Repository: Raised Blood Pressure (SBP ≥ 140 OR DBP ≥ 90 OR on medication): Data by Country". Acessado em 16 de junho de 2014. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A878?lang=en>.
- . 2014k. "Global Health Observatory Data Repository: Health Workforce: Density per 1000: Data by Country". Acessado em 17 de junho de 2014. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444?lang=en>.
- OMS e UNICEF. 2009. *WHO Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children*. Genebra e Nova York.
- . 2014. "WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation". Acessado em 27 de maio de 2014. www.wssinfo.org/data-estimates/tables/.
- OMS, Regional Office for Europe. 2014. *Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the European Region: A Progress Report*. Copenhagen.
- OMS, UNICEF e ICDD (International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders). 2007. "Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring Their Elimination: A Guide for Programme Managers". 3ª edição. Genebra: OMS. Acessado em 1 de setembro de 2014. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595827_eng.pdf.
- ONU (Organização das Nações Unidas). 2013a. *A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development*. In *The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda*. Nova York: ONU.

- . 2013b. *World Population Prospects: The 2012 Revision*. Nova York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- . 2014. "Zero Hunger Challenge. Hunger Can Be Eliminated in Our Lifetimes". Nova York. http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Zero_Hunger_Challenge.pdf.
- Open Working Group on Sustainable Development Goals. 2014. "Introduction to the Proposal of the Open Working Group on Sustainable Development Goals". Acessado em 1 de agosto de 2014. <http://sustainabledevelopment.un.org/focussdgs.html>.
- Painel de Alto Nível sobre a Agenda de Desenvolvimento Pós-2015. 2013. "Goal 5: Ensure Food Security and Good Nutrition". Em *The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda*. Acessado em 23 de setembro de 2014. <http://report.post2015hlp.org/digital-report-goal-5-ensure-food-security-and-good-nutrition.html>.
- Pérez-Escamilla, R., L. Curry, D. Minhas, L. Taylor e E. Bradley. 2012. "Scaling Up of Breastfeeding Promotion Programs in Low- and Middle-Income Countries: The 'Breastfeeding Gear' Model". *Advances in Nutrition: An International Review Journal* 3 (6): 790–800. <http://dx.doi.org/10.3945/an.112.002873>.
- Picanyol, C. e P. Fracassi. 2014. "Tracking Investments at Country Level". June 16. Secretariado do Movimento SUN, Genebra.
- Picanyol, C., 2014. "Tracking Investments on Nutrition". Documento de Trabalho. Genebra: Movimento SUN. Acessado em 1 de setembro de 2014. <http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2013/02/140120-Tracking-Investments-on-Nutrition.pdf>.
- Popkin, B. M., 2009. *The World Is Fat: The Fads, Trends, Policies, and Products That Are Fattening the Human Race*. Nova York: Avery-Penguin.
- Popkin, B. M., L. S. Adair e S. W. Ng. 2012. "Global Nutrition Transition and the Pandemic of Obesity in Developing Countries". *Nutrition Reviews* 70 (1): 3–21. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-4887.2011.00456.x>.
- 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* 7 (3): 271–293. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-789X.2006.00230.x>.
- 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?" *The Lancet* 382 (9891): 536–551.
- Smith, L. e L. Haddad. 2014. *Reducing Child Undernutrition: Past Drivers and Priorities for the Post-MDG Era*. IDS Working Paper 441. Brighton, Reino Unido: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.
- Sodjinou, R., W. K. Bosu, N. Fanou, L. Déart, R. Kupka, F. Tchibindat e S. Baker. 2014. "A Systematic Assessment of the Current Capacity to Act in Nutrition in West Africa: Cross-Country Similarities and Differences". *Global Health Action* 7: 24763.
- Spears, D., A. Ghosh e O. Cumming. 2013. "Open Defecation and Childhood Stunting in India: An Ecological Analysis of New Data from 112 Districts". *PLoS ONE* 8 (9): e73784. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0073784>.
- Stenberg, K., H. Axelson, P. Sheehan, I. Anderson, A. M. Gulmezoglu, M. Temmerman, E. Mason, et al., 2014. "Advancing Social and Economic Development by Investing in Women's and Children's Health: A New Global Investment Framework". *The Lancet* 383 (9925): 1333–1354. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62231-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62231-x).
- Stevens, G. A., M. M. Finucane, L. M. De-Regil, C. J. Paciorek, S. R. Flaxman, F. Branca J. P. Peña-Rosas, et al., 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". *The Lancet Global Health* 1 (1): e16–25. [http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(13\)70001-9](http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(13)70001-9).
- Sumarto, S., M. Vothknecht e L. Wijaya. 2013. *Explaining Regional Heterogeneity of Poverty: Evidence from Decentralized Indonesia*. Documento de Trabalho do SMERU. Jakarta: Instituto de Pesquisa SMERU.
- SUN (Ampliação da Nutrição) Donor Network. 2013. *Methodology and Guidance Note to Track Global Investments in Nutrition*. Genebra. http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2013/12/RESOURCE_TRACKING_METHODODOLOGY_SUN_DONOR_NETWORK.pdf.
- SUN (Ampliação da Nutrição). 2014a. *Planning and Costing for the Acceleration of Actions for Nutrition: Experiences of Countries in the Movement for Scaling Up Nutrition*. Genebra.
- . 2014b. SUN Civil Society Network Global Day of Action. Acessado em 7 de outubro de 2014. http://scalingupnutrition.org/news/sun-civil-society-network-global-day-of-action-2014#VDSrOaPD_U.
- Swain, B. e P. D. Sen. 2009. "Bridging the Malnutrition Gap with Social Audits and Community Participation". *IDS Bulletin* 40 (4): 95–102. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2009.00064.x>.
- Swinburn, B. A., G. Sacks, K. D. Hall, K. McPherson, D. T. Finegood, M. L. Moodie e S. L. Gortmaker. 2011. "The Global Obesity Pandemic: Shaped by Global Drivers and Local Environments". *The Lancet* 378 (9793): 804–814.
- Swinburn, B., G. Sacks, S. Vandevijvere, S. Kumanyika, T. Lobstein, B. Neal, S. Barquera, et al., 2013. "INFORMAS (International Network for Food and Obesity/Non-Communicable Diseases Research, Monitoring and Action Support): Overview and Key Principles". *Obesity Reviews* 14 (1): 1–12. <http://dx.doi.org/10.1111/obr.12087>.
- Tappenden, K. A., B. Quatrara, M. L. Parkhurst, A. M. Malone, G. Fanjiang e T. R. Ziegler. 2013. "Critical Role of Nutrition in Improving Quality of Care: An Interdisciplinary Call to Action to Address Adult Hospital Malnutrition". *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 113 (9): 1219–1237. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2013.05.015>.
- te Lintelo, D. J. H., L. J. Haddad, R. Lakshman e K. Gatellier. 2014. *The Hunger and Nutrition Commitment Index (HANCI 2013): Measuring the Political Commitment to Reduce Hunger and Undernutrition in Developing Countries*. IDS Evidence Report 78. Brighton, Reino Unido: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.
- te Lintelo, D., 2014. *Accountability for International Nutrition Commitment Initiatives*. Brighton, Reino Unido: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.
- UNECA (Comissão Econômica da ONU para África). 2013. *Africa Regional Consultative Meeting on the Sustainable Development Goals*. Documento dos Resultados. Addis Ababa.
- UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura) Institute of Statistics. 2014. "Education: Gross Enrolment Ratio by Level of Education". Acessado em 31 de julho de 2014. <http://data.uis.unesco.org/index.aspx?queryid=142>.
- UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). 2012. *Global SAM Management Update*. Nova York.
- . 2014a. UNICEF Global Databases. "Nutrition: Iodine Deficiency". Acessado em 29 de agosto de 2014. <http://data.unicef.org/nutrition/iodine>.

- . 2014b. UNICEF Global Databases. “Nutrition: Low Birth Weight”. Acessado em 21 de maio de 2014. <http://data.unicef.org/nutrition/low-birthweight>.
- . 2014c. UNICEF Global Databases. “Nutrition: Vitamin A Supplementation”. Acessado em 23 de maio de 2014. <http://data.unicef.org/nutrition/vitamin-a>.
- . 2014d. *Multisectoral Approaches to Nutrition: The Case for Investment by Social Protection Programmes*. Nova York: UNICEF.
- . 2014e. UNICEF Global Databases. “Nutrition: Infant and Young Child Feeding”. Acessado em 1 de junho de 2014. <http://data.unicef.org/nutrition/iycf>.
- UNICEF, CMN (Rede de Monitoramento da Cobertura) e ACF International. 2013. *The State of Global SAM Management Coverage 2012*. Nova York: UNICEF; Londres: ACF International.
- UNICEF, OMS (Organização Mundial da Saúde) e Banco Mundial. 2014. 2013 Joint Child Malnutrition Estimates: Levels and Trends. In the Global Database on Child Growth and Malnutrition. Nova York; Genebra; Washington, DC. <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2013/en/>.
- United States Census Bureau. 2014. Race: About. <http://www.census.gov/topics/population/race/about.html>.
- UNSCN (Comitê Permanente sobre Nutrição das Nações Unidas). 2013. *The Nutrition Sensitivity of Agriculture and Food Policies: A Synthesis of Eight Country Case Studies*. Genebra.
- USAID (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional). 2013. *Integrating Water, Sanitation, and Hygiene into Nutrition Programming*. Washington, DC.
- van Royen, K., C. Lachat, M. Holdsworth, K. Smit, J. Kinabo, D. Roberfroid, E. Nago, et al., 2013. “How Can the Operating Environment for Nutrition Research Be Improved in Sub-Saharan Africa? The Views of African Researchers”. *PLoS ONE* 8 (6): e66355. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0066355>.
- Victora, C. G., E. M. Aquino, M. do Carmo Leal, C. A. Monteiro, F. C. Barros e C. L. Szwarzwald. 2011. “Maternal and Child Health in Brazil: Progress and Challenges”. *The Lancet* 377 (9780): 1863–1876. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60138-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60138-4).
- Victora, C. G., R. E. Black, J. T. Boerma e J. Bryce. 2011. “Measuring Impact in the Millennium Development Goal Era and Beyond: A New Approach to Large-Scale Effectiveness Evaluations”. *The Lancet* 377 (9759): 85–95. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)60810-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(10)60810-0).
- von Grebmer, K., A. Saltzman, E. Birol, D. Wiesman, N. Prasai, S. Yin, Y. Yohannes, P. Menon, J. Thompson e A. Sonntag. 2014. *2014 Global Hunger Index: The Challenge of Hidden Hunger*. Washington, DC: Instituto Internacional de Pesquisa sobre Políticas Alimentares; Dublin: Concern Worldwide; Bonn: Welthungerhilfe.
- Vos, T., A. D. Flaxman, M. Naghavi, R. Lozano, C. Michaud, M. Ezzati, K. Shibuya, et al., 2012. “Years Lived with Disability (YLDs) for 1160 Sequelae of 289 Diseases and Injuries 1990–2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010”. *The Lancet* 380 (9859): 2163–2196. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61729-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2).
- Wang, D. D., C. W. Leung, Y. Li, E. L. Ding, S. E. Chiuve, F. B. Hu e W. C. Willett. 2014. “Trends in Dietary Quality among Adults in the United States, 1999 through 2010”. *JAMA Internal Medicine*. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.3422>.
- Wang, Y. C., K. McPherson, T. Marsh, S. L. Gortmaker e M. Brown. 2011. “Health and Economic Burden of the Projected Obesity Trends in the USA and the UK”. *The Lancet* 378 (9793): 815–825.
- Wang, Y. e M. A. Beydoun. 2007. “The Obesity Epidemic in the United States—Gender, Age, Socioeconomic, Racial/Ethnic, and Geographic Characteristics: A Systematic Review and Meta-regression Analysis”. *Epidemiologic Reviews* 29: 6–28. <http://dx.doi.org/10.1093/epirev/mxm007>.
- WCRF (Fundo Mundial de Pesquisa contra o Câncer). 2013. “WCRF International Food Policy Framework for Healthy Diets: Nourishing”. Acessado em 1 de junho de 2014. <http://www.wcrf.org/int/policy/our-policy-work/our-policy-framework-promote-healthy-diets-reduce-obesity>.
- World Vision International. 2014. “Importance of Nutrition-Sensitive Agriculture”. Acessado em 1 de junho de 2014. www.wvi.org/nutrition/nutrition-sensitive-agriculture.
- You, L. Z., 2008. *Africa: Irrigation Investment Needs in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: Banco Mundial.

PARCEIROS DO RELATÓRIO SOBRE A NUTRIÇÃO MUNDIAL DE 2014



Ethiopia



Guatemala (SESAN)



Indonesia



Malawi



Nigeria



Pakistan



Senegal (CLM)



Government of Canada

Gouvernement du Canada



THE AGA KHAN UNIVERSITY



University of Abomey-Calavi



University of Ghana



University of Indonesia



THE LANCET

