

53º CONSELHO DIRETOR

66ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2014

Tema 4.7 da Agenda

CD53/9, Rev. 2
3 de outubro de 2014
Original: inglês

PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DA OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Introdução

1. A obesidade em crianças e adolescentes alcançou proporções epidêmicas nas Américas.^{1,2} Mesmo que as causas dessa epidemia sejam complexas e seja preciso contar com mais pesquisas, muito se sabe sobre as consequências e ações que devem ser realizadas para impedi-la. Na década passada, muitos países da nossa região implantaram parte destas ações. Agora é o momento de a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com o lançamento de uma iniciativa regional em saúde pública, unificar esses esforços e assumir a liderança.

2. Este documento fornece aos Estados Membros a justificativa e as principais linhas de ação estratégica para intervenções integrais de saúde pública para conter a progressão da epidemia de obesidade em crianças e adolescentes. Com esse fim, este plano quinquenal estabelece uma meta e propõe cinco áreas de ação, assim como objetivos e indicadores. Cada Estado membro, como entidade soberana, pode implementar as políticas e normas propostas neste plano de ação de acordo com as necessidades e objetivos nacionais.

¹ De 0 a 4 anos de idade (<http://www.who.int/childgrowth/es/>):

- Sobrepeso: escore z de peso-altura ≥ 2 DP e < 3 DP
- Obeso: escore z de peso-altura ≥ 3 DP
- Sobrepeso e obesidade combinados: escore z de peso-altura ≥ 2 DP

De 5 a 19 anos de idade (http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull.pdf):

- Sobrepeso: índice de massa corporal (IMC) ≥ 1 DP e < 2 acima da mediana de referência de crescimento da OMS
- Obeso: IMC ≥ 2 DP acima da mediana de referência de crescimento da OMS
- Sobrepeso e obesidade combinados: IMC ≥ 1 acima da mediana de referência de crescimento da OMS

² A seguinte definição de crianças e adolescentes é usada neste Plano de Ação. Crianças: de 0 a 9 anos de idade. Adolescentes: de 10 a 19 anos de idade (www.who.int/topics/adolescent_health/en/).

Antecedentes

3. Publicações abalizadas, em particular da Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e Fundo Mundial para Pesquisa em Câncer (1, 2), concordam que os fatores mais importantes que promovem o aumento de peso e obesidade, assim como doenças não transmissíveis (DNTs) conexas, são: *a*) o alto consumo de produtos com poucos nutrientes e muito açúcar, gordura e sal (doravante denominados produtos energéticos com poucos nutrientes), como lanches e fast foods salgados ou açucarados, *b*) consumo rotineiro de bebidas açucaradas e *c*) atividade física insuficiente. Estes fatores fazem parte de um ambiente obesogênico³.

4. A atividade física exerce um papel importante na prevenção da obesidade e os níveis deveriam ser suficientemente elevadas para contrariar a ingestão excessiva de energia. Portanto, é pouco provável que os esforços preventivos deveriam focalizar na alimentação saudável e a promoção da atividade física.

5. O papel do açúcar adicionado à alimentação foi tema de muito escrutínio científico nos últimos anos. As metanálises de estudos longitudinais (4) e estudos controlados aleatórios (5) mostraram associações positivas entre o consumo de açúcar de adição e o aumento de peso. Além disso, o consumo de bebidas açucaradas tem forte associação com doença cardiovascular (6), diabetes tipo 2 e síndrome metabólica (7). Entre os mecanismos fisiológicos estão a hiperinsulinemia, resistência à insulina, a inflamação de vasos sanguíneos e a hipertensão (8, 9). Tem sido sugerido que o componente do açúcar que causa estas alterações fisiológicas é a frutose (10).

6. A redução do consumo dos açúcares de adição é essencial para a prevenção de sério prejuízo à saúde da população relacionado à alimentação, mas evidentemente não é suficiente por si só. Uma alimentação saudável deve ser baseada no consumo diário de frutas e verduras, grãos não refinados, leguminosas de grão, leite, proteínas magras incluindo peixes e óleos vegetais, e baixo consumo de carnes vermelhas e processadas (11, 12). Garantir durante todo o ano a disponibilidade, a viabilidade financeira e o acesso a alimentos compatíveis com tal dieta requer um sistema agrícola e alimentar sólido e propício (13, 14). Como os alimentos naturais e integrais são a base das culinárias tradicionais nas Américas, essas mesmas tradições podem ser um instrumento valioso para promover a alimentação saudável (15).

7. Identificar os fatores determinantes da epidemia de obesidade é fundamental para instruir e desenvolver políticas, ações, leis e regulamentações relacionadas à saúde bem fundamentadas. Do ponto de vista alimentar, agora se reconhece que as preferências alimentares pessoais, decisões de compra e comportamentos alimentares são moldados pelo preço, marketing, disponibilidade e acessibilidade. Por sua vez, estes fatores são

³ Um ambiente obesogênico é o que promove e apoia a obesidade em indivíduos ou populações mediante fatores físicos, econômicos, legislativos e socioculturais.

influenciados por políticas e regulamentações do mais alto nível para agricultura e comércio (16).

8. Uma tendência comercial atual de destaque associada à epidemia de obesidade é a disponibilidade generalizada e o aumento do consumo per capita de produtos energéticos com poucos nutrientes e bebidas açucaradas em países de baixa e média renda. O consumo de produtos energéticos com poucos nutrientes é cinco vezes maior e o de refrigerantes é quase três vezes maior em comparação ao de países desenvolvidos, onde o consumo está atualmente atingindo níveis de saturação do mercado (17, 18). O tamanho dos refrigerantes e de outros produtos comercializados também aumentou drasticamente nas últimas décadas. A publicidade de produtos energéticos com poucos nutrientes e de bebidas açucaradas para crianças e adolescentes aumentou na Região, influenciando as preferências alimentares, os pedidos de compra e os padrões alimentares nestas populações (19).

9. De modo semelhante, as oportunidades de atividade física padecem devido às abordagens de planejamento urbano que não facilitam essas atividades, bem como à violência crescente e sua percepção (20, 21). Combinada a esta situação, a diversão eletrônica vem cada vez mais substituindo a atividade física recreativa. O tempo que as crianças passam diante da tela, que é uma oportunidade para o consumo de alimentos e exposição à publicidade de alimentos, aumentou para três horas ou mais por dia. Além disso, muitas escolas reduziram o tempo destinado à educação física.

10. Este Plano de Ação mira as crianças e adolescentes por várias razões. Primeiro, a amamentação materna pode reduzir a prevalência de sobrepeso e obesidade em cerca de 10% (22). O aleitamento materno também pode ajudar as mães a perder peso mais rapidamente após a gravidez. Em segundo lugar, quanto mais cedo o indivíduo fica com sobrepeso ou obeso, maior é o seu risco de permanecer com sobrepeso ou obeso com o avançar da idade (23). Terceiro, a obesidade tem consequências adversas para a saúde em idade precoce, pois aumenta o risco de asma, diabetes tipo 2, apneia do sono e doenças cardiovasculares (24, 25). Essas doenças, por sua vez, afetam o crescimento e o desenvolvimento psicossocial durante a adolescência (26) e, posteriormente, comprometem a qualidade de vida e a longevidade (27). Em quarto lugar, como os hábitos alimentares são constituídos na infância, a promoção e consumo de produtos energéticos com poucos nutrientes, bebidas açucaradas e fast-foods na infância interfere com a formação de hábitos alimentares saudáveis (28, 29). Por último, as crianças são incapazes de discernir a intenção persuasiva da comercialização e publicidade de alimentos e bebidas com valor nutricional mínimo. Essas campanhas promocionais podem suscitar questões éticas e restringir a possibilidade de que a criança goze do mais alto padrão de saúde atingível. Um precedente para ação já foi estabelecido no Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (“Código”) (30).

11. Justifica-se também um enfoque de gênero e de equidade. Nos países de alta renda, a obesidade tende a se concentrar na população de baixa renda, enquanto nos países de baixa e média renda a obesidade é mais prevalente na população mais próspera.

Porém, à medida que o produto nacional bruto aumenta, a obesidade se propaga por todos os estratos. Este fenômeno pode ser mais bem explicado pelo atual ambiente obesogênico indiscriminado. Para complicar ainda mais a questão, as adolescentes são as mais afetadas pela epidemia de obesidade, principalmente nos estratos econômicos mais baixos (31, 32).

12. Este Plano de Ação está alinhado com o seguinte: Declaração Regional sobre Novas Orientações de Atenção Primária à Saúde (PHC) — Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas: uma orientação estratégica e programática para a Organização Pan-Americana da Saúde (CD46/13 [2005]); Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Integrada na Infância (CSP28/10 [2012]); Estratégia Regional para Melhorar a Saúde do Adolescente e da Juventude (CD48.R5 [2008]); Estratégia e Plano de Ação Regional sobre Nutrição em Saúde e Desenvolvimento, 2006–2015 (CD47/18 [2006]); Plano de Implementação Integral em Nutrição Materna, do Recém-Nascido e da Criança (WHA65.6 [2012]); Estratégia e Plano de Ação para a Prevenção e o Controle das Doenças não Transmissíveis (CSP28/9, Rev. 1 [2012] e CD52/7, Rev. 1 [2013]); Estratégia Global da OMS sobre Alimentação, Atividade Física e Saúde (WHA57.17 [2004]) []; Estratégia e Plano de Ação sobre a Saúde Urbana (CD51/5 [2011]); Plano de Ação sobre Segurança Viária (CD51/7, Rev. 1 [2011]), 62ª Assembleia Mundial da Saúde: Reduzindo desigualdades em saúde através da ação sobre seus determinantes sociais (WHA62.14 [2009]), e Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989).⁴

Análise da situação

13. A obesidade mundial quase duplicou entre 1980 e 2008. Em comparação com as outras regiões da OMS, a prevalência do sobrepeso e obesidade é mais elevada nas Américas (62% para sobrepeso em ambos os sexos e 26% para obesidade em adultos acima de 20 anos de idade) (33). Em três países (México, Chile e Estados Unidos), a obesidade e o sobrepeso acometem hoje cerca de 7 de cada 10 adultos (34, 35, 36).

14. Um aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade também foi observado nas crianças da Região com idade de 0 a 5 anos. Por exemplo, as taxas duplicaram na República Dominicana, subindo de 2,2% em 1991 para 5,6% em 2007; as taxas subiram de 1,5% em 1993 para 3% em 2008 em El Salvador e aumentaram de 2,5% em 1992 para 3,2% em 2012 no Peru.⁵ De modo semelhante, um relatório recente de sete países do Caribe Oriental revelou que, entre 2000 e 2010, as taxas de sobrepeso e obesidade em crianças com idade de 0 a 4 anos duplicaram, aumentando de 7,4% em 2000 para 14,8% (37).

15. Nos adolescentes de ambos os sexos (12 a 19 anos), a taxa de obesidade nos Estados Unidos aumentou 20%, de 17,4% em 2003 a 20,5% em 2012 (38). Entre as adolescentes (15 a 20 anos), as taxas de sobrepeso e de obesidade tiveram aumento

⁴ Ver Artigo 24 da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança.

⁵ Fonte: Cálculos da OPAS baseados nos dados de Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS) (1992–2012).

constante nas duas últimas décadas; por exemplo, na Bolívia, de 21,1% a 42,7%, na Guatemala, de 19,6% a 29,4%, e no Peru, de 22% a 28,5%.⁶

16. Os dados disponíveis indicam que, em geral, 20% a 25% das crianças com menos de 19 anos de idade são afetados por sobrepeso e obesidade (39). Na América Latina, estima-se que 7% das crianças menores de 5 anos de idade (3,8 milhões) tenham sobrepeso ou obesidade (39). Entre as crianças em idade escolar (6 a 11 anos), as taxas variam de 15% (Peru) (40) a 34,4% (México) (41) e, entre os adolescentes (12 a 19 anos), de 17% (Colômbia) (41) a 35% (México) (42). Nos Estados Unidos, 34,2% das crianças com idade de 6 a 11 anos e 34,5% dos adolescentes com idade de 12 a 19 anos têm sobrepeso ou obesidade (38), enquanto no Canadá 32,8% das crianças com idade de 5 a 11 anos e 30,1% dos adolescentes com idade de 12 a 17 anos são afetados (44). Porém, dados recentes dos Estados Unidos apontam uma redução significativa na obesidade em crianças de 2 a 5 anos de idade, de 14% em 2003–2004 a 8% em 2012–2013 (38). Esta diminuição poderia ser atribuída a fatores como o aumento nas taxas de aleitamento materno e mudanças nas políticas de alimentos no âmbito do Programa de Nutrição Suplementar Especial para Mulheres, Lactentes e Crianças (WIC).

17. Em resposta a esta epidemia, muitos países nas Américas procuraram alterar normas e adotar regulamentações, entre as quais podemos citar:

- a) Legislação e políticas nacionais para promover o aleitamento materno como, por exemplo, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a implantação e monitoramento do Código e a proteção do aleitamento materno no local de trabalho, têm sido introduzidas em muitos países.
- b) Tributação de bebidas açucaradas e produtos energéticos com poucos nutrientes visando reduzir o consumo no México.⁷
- c) Novas políticas para melhorar a alimentação nas escolas, em particular quanto aos alimentos vendidos nas escolas, como nos Estados Unidos, México,⁸ Colômbia, Chile, Peru, Equador,⁹ Costa Rica,¹⁰ Uruguai e Brasil.
- d) Regulamentações sobre o marketing de alimentos para crianças, como no Chile,¹¹ Peru e Brasil.
- e) Melhorias dos programas nacionais de merenda escolar, como no caso do Brasil, México e outros países. O Brasil agora exige que pelo menos 70% dos alimentos destinados aos alunos sejam naturais ou com um mínimo de processamento e que

⁶ Fonte: Cálculos da OPAS baseados nos dados de Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS) (1992–2012).

⁷ Fonte: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/78.pdf>

⁸ Fonte: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf

⁹ Fonte: <http://www.fedecguayas.org/uploads/reglamento-bares-escolares.pdf>

¹⁰ Fonte: <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2012/07/Costa-Rica-Regulaciones-venta-alimentos-en-sodas-estudiantiles.pdf>

¹¹ Fonte: <http://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/etiquetado-de-alimentos>

- peelo menos 30% do orçamento escolar sejam usados para comprar alimentos produzidos por agricultura familiar local.
- f) Rotulagem na parte frontal das embalagens com mensagens visuais simples para denotar diversas características dos alimentos, como no Equador.
 - g) Marco nacional, provincial e territorial para promover peso saudável, como no caso do Canadá e dos Estados Unidos,¹² incluindo parcerias multissetoriais.

18. Algumas leis, e as regulamentações para executá-las, têm sido contestadas na justiça, atrasando ou interrompendo sua implementação. O desenvolvimento de mecanismos reguladores para a implementação das leis é com frequência um processo prolongado e, em alguns casos, os resultados finais estão em desacordo com o espírito das leis, enfraquecendo assim a sua execução.

19. Mudanças no âmbito local, estadual e federal nos Estados Unidos nos últimos 5 a 10 anos modificaram e melhoraram o perfil nutricional de alimentos e bebidas servidos e disponíveis nas escolas. Tais mudanças podem ter contribuído para conter o aumento das taxas de sobrepeso e obesidade em vários estados e até mesmo ter levado a uma pequena diminuição em alguns distritos (45). Além disso, o aprimoramento do programa WIC associou-se à redução das taxas de obesidade em crianças em 18 estados (46).

Plano de Ação (2014-2019)

Meta

20. A meta geral deste Plano de Ação de saúde pública é conter a epidemia de obesidade em rápido crescimento em crianças e adolescentes, para que as atuais taxas de prevalência nos países não continuem aumentando. Esta meta requer um enfoque multissetorial de ciclo de vida baseado no modelo socioecológico (47) que vise transformar o atual ambiente obesogênico em oportunidades para maior consumo de alimentos nutritivos e aumento na atividade física. Isto será alcançado com a implementação de um conjunto de políticas, legislação, regulamentações e intervenções efetivas que levarão em conta prioridades e o contexto dos Estados membros nas seguintes linhas de ação estratégica:

- a) atenção primária à saúde e promoção de aleitamento materno e alimentação saudável;
- b) melhoria de ambientes de nutrição e atividade física escolar;
- c) políticas fiscais e regulamentação do marketing e rotulagem de alimentos;

¹² Fontes: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/index-eng.php> (Canadá); <http://www.surgeongeneral.gov/initiatives/prevention/strategy/healthy-eating.html> e <http://www.surgeongeneral.gov/initiatives/prevention/strategy/active-living.html> (Estados Unidos).

- d) outras ações multissetoriais;
- e) vigilância, pesquisa e avaliação.

21. Para tanto, a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) proporcionará: *a)* informações baseadas em evidências para a formulação de políticas e normas; *b)* diretrizes regionais para los programas preescolares y escolares de alimentación; *c)* diretrizes regionais para alimentos e bebidas vendidos nas escolas (também denominados alimentos competitivos);¹³ e *d)* apoio para a adoção dos indicadores de obesidade. Como parte da implementação do Plano, a OPAS vai estabelecer essas diretrizes, desenvolver e manter uma base de dados atualizada de cifras nacionalmente representativas sobre sobrepeso e obesidade e monitorar atividades relacionadas à implementação de políticas, legislação e programas na Região.

Linha de Ação Estratégica 1: Atenção primária à saúde e promoção de aleitamento materno e alimentação saudável.

22. O principal objetivo da atenção primária à saúde (APS) é assegurar o acesso equitativo aos serviços necessários para a realização do direito a gozar do mais alto padrão atingível de saúde e, assim, tem um importante papel na prevenção da obesidade em crianças e adolescentes e suas consequências no longo prazo. A APS oferece a oportunidade de proporcionar serviços de saúde integrados, inclusive a promoção de aleitamento materno, hábitos saudáveis de alimentação e atividade física (48). O aleitamento materno prolongado pode reduzir a prevalência de sobrepeso e obesidade em cerca de 10% (22). O aleitamento materno exclusivo também ajuda as mães a perder peso mais rapidamente após o parto. Para promover o aleitamento materno, os países terão de fortalecer os serviços de APS e renovar o compromisso de implementar na íntegra o Código e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (49).

Objetivo 1.1: Incluir nos serviços de saúde a promoção da alimentação saudável com base em diretrizes nacionais de alimentação baseadas em alimentos, bem como outras atividades relacionadas à prevenção da obesidade.

Indicador:

- 1.1.1: Número de países com serviços de atenção primária à saúde que incorporam atividades de prevenção da obesidade orientadas para a família, inclusive promoção de alimentação saudável.
(Referência: 1. Meta: 10)

Objetivo 1.2: Reforçar os esforços para implementar a Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas.

¹³ Alimentos e bebidas competitivos são aqueles vendidos na escola fora dos programas de alimentação reembolsáveis pelo governo federal (fonte: <http://www.cde.ca.gov/ls/nu/he/compfoods.asp>)

Indicadores:

- 1.2.1: Número de países que periodicamente (no mínimo a cada três anos) publicam os resultados do monitoramento da implementação do Código.
(Referência: 5. Meta: 15)
- 1.2.2: Número de países que têm pelo menos 50% de serviços de maternidade certificados pela IHAC.
(Referência: 0. Meta: 5)

Linha de Ação Estratégica 2: Melhoria de ambientes de nutrição e de atividade física escolar.¹⁴

23. As evidências científicas atuais demonstram a efetividade das intervenções na escola para modificar o comportamento alimentar e prevenir o sobrepeso e a obesidade (50, 51), proporcionando refeições nutritivas que atendem as necessidades alimentares de crianças e adolescentes (52). Para que tais programas sejam bem-sucedidos, eles precisam ser implementados usando-se um enfoque que seja ao mesmo tempo abrangente e compatível com os padrões de nutrição e inocuidade dos alimentos. Além disso, o marketing e a venda de produtos energéticos com poucos nutrientes e bebidas açucaradas nas escolas precisam ser regulamentados e a atividade física deve ser incorporada às atividades escolares diárias.

Objetivo 2.1: Implementar programas nacionais de alimentação escolar e adotar normas e/ou regulamentações sobre a venda de alimentos e bebidas em escolas (“alimentos competitivos”) que promovam o consumo de alimentos saudáveis e água e impeçam a disponibilidade de produtos energéticos com poucos nutrientes e bebidas açucaradas.

Indicadores:

- 2.1.1: Número de países com programas nacionais ou subnacionais¹⁵ de alimentação escolar que atendem as necessidades nutricionais de crianças e adolescentes e estão de acordo com as diretrizes nacionais de alimentação baseadas em alimentos.
(Referência: 3. Meta: 12)
- 2.1.2: Número de países em que ao menos 70% das escolas têm normas e/ou regulamentações para a venda de alimentos e bebidas nas escolas (“alimentos competitivos”) que promovem o consumo de alimentos saudáveis e água e impedem a disponibilidade de produtos energéticos com poucos nutrientes e bebidas açucaradas.

¹⁴ Neste plano de ação, o termo “escola” inclui ensino fundamental e médio.

¹⁵ Alguns programas podem ser implementados no âmbito subnacional em vez do nacional, dependendo do contexto político-administrativo do país. Dada essa situação, quando a maioria das entidades subnacionais implementou uma ação específica recomendada neste plano de ação, considera-se que o país a implementou.

(Referência: 8. Meta: 16)

2.1.3: Número de países em que pelo menos 70% das escolas têm fonte de água potável.
(Referência: 3. Meta: 12)

Objetivo 2.2: Promover e fortalecer políticas e programas escolares e de aprendizagem precoce que aumentam a atividade física.

Indicador:

2.2.1: Número de países em que pelo menos 70% das escolas implementaram um programa que inclui um mínimo de 30 minutos por dia de atividade física (aeróbica) moderada a intensa.
(Referência: 0. Meta: 10)

Linha de Ação Estratégica 3: Políticas fiscais e regulamentação do marketing e rotulagem de alimentos.

24. Sabe-se que as políticas fiscais e regulamentações do marketing contribuem para a redução do consumo do tabaco (53) e álcool. Resultados semelhantes foram observados com bebidas açucaradas na França e Hungria. No caso dos alimentos e bebidas, o México sancionou legislação para tributação de bebidas açucaradas e produtos energéticos com poucos nutrientes. Chile e Brasil lançaram iniciativas para regulamentar o marketing dos alimentos. Por causa da maior vulnerabilidade das crianças ao poder persuasivo das mensagens de marketing (por exemplo, publicidade na televisão e internet, endossos de celebridades, marketing em estabelecimentos comerciais e associação de marcas a brinquedos), a OMS (54) e a OPAS (19) publicaram recomendações para limitar o impacto negativo do marketing de alimentos dirigido às crianças e adolescentes com o objetivo de reduzir o consumo de produtos energéticos com poucos nutrientes, fast-foods e bebidas açucaradas. Para promover a saúde das crianças instam-se os governos a considerar o estabelecimento de políticas fiscais e mecanismos regulamentares entre as políticas como instrumentos para reduzir a obesidade infantil, visto que os atuais enfoques voluntários ainda não conseguiram reduzir a obesidade infantil (55, 56).

Objetivo 3.1: Implementar políticas para reduzir o consumo de bebidas açucaradas e produtos energéticos com poucos nutrientes por crianças e adolescentes.

Indicador:

3.1.1: Número de países que aprovaram legislação para tributar bebidas açucaradas e produtos energéticos com poucos nutrientes.
(Referência: 1. Meta: 10)

Objetivo 3.2: Sancionar regulamentações para proteger crianças e adolescentes do impacto do marketing de bebidas açucaradas, produtos energéticos com poucos nutrientes e fast-foods.

Indicador:

- 3.2.1: Número de países que implementaram regulamentações para proteger crianças e adolescentes do impacto do marketing de bebidas açucaradas, produtos energéticos com poucos nutrientes e fast-foods de acordo com as Recomendações de uma Consulta de Especialistas da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Marketing de Alimentos e Bebidas Não Alcoólicas para Crianças nas Américas.
(Referência: 1. Meta: 15)

Objetivo 3.3: Elaborar e instituir normas para a rotulagem da parte frontal da embalagem que promovam escolhas saudáveis mediante a rápida e fácil identificação de produtos energéticos com poucos nutrientes.

Indicador:

- 3.3.1: Número de países com normas instituídas para a rotulagem da parte frontal da embalagem para facilitar a rápida identificação de produtos energéticos com poucos nutrientes e bebidas açucaradas que levam em consideração as normas do Codex.
(Referência: 1. Meta: 15)

Linha de Ação Estratégica 4: Outras ações multissetoriais.

25. Para abordar efetivamente a obesidade de crianças e adolescentes é preciso realizar ações multissetoriais envolvendo setores públicos e não governamentais, bem como o setor privado nos casos apropriados. Duas áreas relevantes abordadas por este Plano de Ação são a provisão de espaços urbanos para atividade física e medidas para aumentar a disponibilidade e acessibilidade de alimentos nutritivos. A criação de espaços públicos como parques, a implementação de programas de “ruas abertas”¹⁶ e o estabelecimento de sistemas de transporte público rápido são iniciativas que promovem a atividade física. Também são importantes as intervenções para melhorar os sistemas de produção, armazenamento e distribuição de alimentos naturais e integrais. A iniciativa de agricultura familiar é um exemplo dessas intervenções, já que uma proporção considerável dos alimentos naturais integrais é produzida por pequenos e médios agricultores da Região.

Objetivo 4.1: Mobilizar outras instituições governamentais e, conforme apropriado, outros setores.

Indicador:

- 4.1.1: Número de países em que a implementação desse Plano de Ação é apoiada por uma abordagem multissetorial.

¹⁶ *Ciclovias recreativas*; programas que fecham as ruas ao tráfego veicular periodicamente para fins recreativos.

Objetivo 4.2: Aumentar o acesso a espaços urbanos recreativos como os programas “ruas abertas”.

Indicador:

4.2.1: Número de países em que a população de pelo menos cinco cidades tem acesso aos programas “ruas abertas”.
(Referência: 6. Meta: 15)

Objetivo 4.3: Tomar medidas no âmbito nacional e subnacional para aumentar a disponibilidade e acessibilidade de alimentos nutritivos.

Indicadores:

4.3.1: Número de países que criaram incentivos no âmbito nacional para apoiar programas de agricultura familiar.
(Referência: 5. Meta: 21)

4.3.2: Número de países que introduziram medidas para melhorar os preços relativos e/ou acessibilidade a alimentos saudáveis.
(Referência: 3. Meta: 10)

Linha de Ação estratégica 5: Vigilância, pesquisa e avaliação.

26. Os sistemas de informação de vigilância são fundamentais para orientar a formulação de políticas nacionais e regionais, e a desagregação dos dados é igualmente importante para tornar as políticas sensíveis às questões de equidade (57). Antes de desenvolver um sistema novo, convém avaliar os recursos e os dados disponíveis no país. Alguns países já adaptaram sistemas usados internacionalmente, como a Pesquisa Mundial de Saúde do Escolar e Pesquisa de Orçamento Familiar da Organização Mundial da Saúde, enquanto outros elaboraram pesquisas próprias, como o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco Comportamentais (BRFSS por sua sigla em Inglês) nos Estados Unidos e a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) no Brasil. É fundamental integrar os diferentes sistemas de informação, assim como criar parcerias e redes com instituições acadêmicas e científicas para estabelecer sistemas de vigilância abrangentes.

Objetivo 5.1: Fortalecer sistemas nacionais de informação para que as tendências e os determinantes de obesidade, desagregados por ao menos dois estratificadores de equidade, estejam disponíveis de modo habitual e oportuno para a tomada de decisão sobre políticas.

Indicadores:

- 5.1.1: Número de países com sistema de informação para reportar sobre padrões de alimentação, sobrepeso e obesidade de uma amostra nacionalmente representativa de mulheres grávidas e crianças em idade escolar e adolescentes, a cada dois anos. (Referência: 3. Meta: 8)

Monitoramento e avaliação

27. A consecução da meta e dos objetivos deste Plano de Ação depende em grande parte de contar com informações confiáveis e oportunas obtidas em programas de vigilância e de assegurar que as informações sejam acompanhadas de análises e interpretações precisas para que possam ser feitas recomendações de políticas com base científica. A coleta de dados para monitorar a implementação deste Plano de Ação fará parte do sistema de monitoramento do Plano Estratégico 2014–2019. Portanto, o progresso será avaliado a cada dois anos. Será necessário realizar uma pesquisa inicial de referência para estabelecer vários dos indicadores. Com esta finalidade, a OPAS criará um sistema de coleta de dados para monitorar as atividades e avaliar o progresso para atingir a meta geral. O sistema será baseado nos indicadores propostos para cada área da ação.

Implicações financeiras

28. Estima-se que o gasto total, incluindo as atividades e o pessoal geral e suplementar do Secretariado da OPAS, será de US\$ 3.080.000.¹⁷ O custo do pessoal atual (US\$ 1.710.000) é coberto pelo orçamento ordinário da OPAS. Recursos serão captados para cobrir o custo de pessoal suplementar (US\$ 600.000) e das atividades da OPAS (US\$ 770.000). As atividades realizadas pelos países e parceiros devem ser financiadas mediante esforços multissetoriais no nível local.

Ação do Conselho Diretor

29. Solicita-se que o Conselho Diretor examine o Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes e considere a possibilidade de aprovar o projeto de resolução que consta do Anexo A.

Anexos

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation [Internet]. Genebra, OMS; 2003 (Série de Relatórios Técnicos da OMS No. 916) [consultado em 26 de

¹⁷ A menos que indicado de outra forma, todas as cifras monetárias neste relatório são expressas em dólares dos Estados Unidos.

fevereiro de 2014]. Disponível em:

http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf

2. World Cancer Research Fund /American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective [Internet]. Washington (DC): AICR; 2007 [consultado em 26 fev 2014]. Disponível em: http://www.aicr.org/assets/docs/pdf/reports/Second_Expert_Report.pdf
3. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure [online]. *The Lancet* 2002 Aug 10; 360 (Número 9331): 473–482 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673602096782>
4. Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *Am J Pub Health* 2007 Apr; 97(4):667-675.
5. Morenga LT, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies [online]. *BMJ* 2013;346:e7492 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/346/bmj.e7492>
6. Fung TT, Malik V, Rexrode KM, et al. Sweetened beverage consumption and risk of coronary heart disease in women. *Am J Clin Nutr* 2009;89(4):1037-1042. doi: 10.3945/ajcn.2008.27140.
7. Malik VS, Popkin BM, Bray G, Despres J-P, et al. Sugar sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type-2 diabetes: a meta-analysis [publicado online 6 ago 2010]. *Diabetes Care* 2010; 3(11):2477-2484 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/33/11/2477>
8. Bremer AA, Mietus-Snyder M, Lustig R. Toward a unifying hypothesis of metabolic syndrome [publicado online 20 fev 2012]. *Pediatrics* 2012 Mar 1; 129(3): 557-570 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/557.long>
9. Lyssiotis CA, Cantley LC. Metabolic syndrome: F stands for fructose and fat [online]. *Nature* 2013 Oct 10; 502:181-182 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://www.nature.com/nature/journal/v502/n7470/full/502181a.html>
10. Stanhope KL, Schwarz JM, Keim NL, Griffen SC, Bremer AA, Graham JL, Hatcher B, Cox CL, Dyachenko A, Zhang W, et al. Consuming fructose-sweetened, not glucose-sweetened, beverages increases visceral adiposity and lipids and

- decreases insulin sensitivity in overweight/obese humans [Internet]. *J. Clin. Invest* 2009 May;119(5):1322–1334 [consultado em 28 de abril de 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19381015>
11. Mozaffarian D, Ludwig DS. Dietary guidelines in the 21st century—a time for food (commentary). *J Am Med Assoc* 2010;304(6):681-682.
 12. Organização Mundial da Saúde. Preparation and use of food-based dietary guidelines: report of a joint WHO/FAO consultation [Internet]. Genebra, OMS; 1998 (Série de Relatórios Técnicos da OMS N° 880) [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_880.pdf
 13. Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura. The state of food and agriculture: food systems for better nutrition [Internet]. Roma: FAO; 2013 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://www.fao.org/docrep/018/i3300e/i3300e.pdf>
 14. Simopoulos AP, Bourne PG, Faergeman O. Bellagio report on healthy agriculture, healthy nutrition, healthy people [Internet]. *Rev Panam Salud Publica* 2013 Mar;33(3): 230-236 [consultado em 28 de abril de 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23698143>
 15. Jacoby E. The best food on earth. Peru: As good as it gets (Commentary) [online]. *World Nutrition* 2012 Jul; 3(7):294-306 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://www.wphna.org/htdocs/downloads/july2012/12-07%20WN3%20Peru%20food%20pdf.pdf>
 16. Organização Mundial da Saúde. Global strategy on diet, physical activity and health [Internet]. Genebra, OMS; 2004 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
 17. Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, Sheron N, Neal B, Thamarangsi T et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries [Internet]. *The Lancet* 2013 Feb 23-Mar 1; Vol. 381, Número 9867:670-679 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62089-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62089-3)
 18. Monteiro C, Moubarac JC, Cannon G, Ng SW, Popkin B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obes Rev* 2013 Nov;14(Suppl. S2): 21-28.
 19. Organização Pan-Americana da Saúde. Recommendations from a Pan American Health Organization Expert Consultation on the Marketing of Food and
-

- Non-Alcoholic Beverages to Children in the Americas [Internet]. Washington DC: PAHO; 2011 [consultado em 2 de abril de 2014]. Disponível em: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1734.pdf>
20. Dora C, Hosking J, Mudu P, Fletcher ER. Urban transport and health. Module 5g. Sustainable transport: a sourcebook for policy-makers in developing cities [Internet]. Geneva, OMS/GIZ; 2011 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: http://www.who.int/hia/green_economy/giz_transport.pdf
 21. Cohen L, Davis R, Lee V, Valdovinos E. Addressing the intersection: preventing violence and promoting healthy eating and active living. Oakland (CA): Prevention Institute; 2010.
 22. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic [Internet]. Geneva, OMS; 2013 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf
 23. Cunningham SA, Kramer MR, Venkat Narayan KM. Incidence of childhood obesity in the United States [online]. *N Engl J Med* 2014; 370(5):403-411 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/abstract/10.1056/NEJMoa1309753>
 24. Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, Gidding SS, Hayman LL, Kumanyika S, et al. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment [online]. *Circulation* 2005;111:1999-2012 (Declaração científica da AHA) [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/111/15/1999.full>
 25. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity [online]. *N Engl J Med* 1997;337:869–873 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199709253371301>
 26. Michaud P-A, Suris JC, Viner R. The adolescent with a chronic condition: epidemiology, developmental issues and health care provision [Internet]. Geneva, OMS; 2007 (WHO discussion papers on adolescence) [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595704_eng.pdf
 27. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershow RC, Layden J, Carnes BA, Brody J, et al. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century [online]. *N Engl J Med* 2005; 352:1138-1145 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMr043743>
 28. National Research Council. Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance. Washington (DC): The National Academies Press; 2005.

29. Birch LL and Doub AE. Learning to eat: birth to age 2 [online]. *Am J Clin Nutr* 2014 Mar; 99(3):723S-8S. [publicação eletrônica (epub)] [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24452235>
30. Organização Mundial da Saúde. International code of marketing of breast-milk substitutes [Internet]. Genebra, OMS; 1981 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf
31. McLaren L. Socioeconomic Status and obesity [online]. *Epidemiol Rev* 2007; 29(1):29-48 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://epirev.oxfordjournals.org/content/29/1/29.long>
32. Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, Popkin B. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review [online] *Bull World Health Organ*. 2004 Dec; 82(12): 940–946 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862004001200011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
33. Organização Mundial da Saúde. Global status report on noncommunicable diseases 2010. [Internet]. Genebra, OMS; 2011 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
34. Rivera J, Avila M, Salinas C et al. Obesidad en México. Recomendaciones para una política de estado. Mexico City: Universidad Nacional Autónoma de México, Grupo Multidisciplinario sobre la Obesidad de la Academia Nacional de Medicina; 2013.
35. Ministério da Saúde do Chile. Encuesta Nacional de Salud 2010 [Internet]. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Epidemiología [consultado em 26 fev 2014]. Disponível em: <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/encuestas-poblacionales/descarga-ens/>
36. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2012: With special feature on emergency care [Internet]. Hyattsville (MD): CDC NCHS; 2013 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus12.pdf>
37. Caribbean Food and Nutrition Institute. Report on the anthropometry of children 0 to 4 years old in the Caribbean. Kingston: CFNI; 2012.
38. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012 [online]. *JAMA*. 2014;311(8):806-814 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1832542>

39. Rivera JA, González de Cossio T, Pedraza LS, Aburto TC, Sánchez TG, Martorell R. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review [online]. *The Lancet Diabetes-Endocrinology* 2013; Vol. 2, Número 4, 2014 Apr p. 321-332 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70173-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70173-6)
40. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares, 2008 [Internet]. Lima: INEI, 2008 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/condiciones-de-vida/3/>
41. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. ENSIN - Encuesta nacional de situación nutricional en Colombia [Internet]. Bogotá: ICBF; 2010 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/ENSIN1>
42. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) [Internet]. Cuernavaca (México): INSP; 2012 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://ensanut.insp.mx/>
43. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Lamb MM, Flegal KM. Prevalence of high body mass index among US children and adolescents, 2007-2008 [online]. *JAMA* 2010 Jan 20;303(3):275-276 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=185233>
44. Roberts KC, Shields M, de Groh M, et al. Overweight and obesity in children and adolescents: Results from the 2009 to 2011 Canadian Health Measures Survey. *Health Reports*. 2012;23(3):1-5 [citado em 24 de junho de 2014]. Disponível em: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012003/article/11706-eng.pdf>
45. Robert Wood Johnson Foundation. Health Policy Snapshot. Childhood Obesity. [Internet]. Princeton (NJ): RWJF c2012 (Issue Brief set 2012) [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2012/rwjf401163.
46. Centers for Disease Control and Prevention. Mortality and Morbidity Weekly Report (MMWR). Vital signs: obesity among low-income, preschool-aged children — United States, 2008–2011 [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2013 Aug 9; 62(31);629-634 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6231a4.htm>
47. Pérez-Escamilla R e Kac G. Childhood obesity prevention: a life-course framework. *International Journal of Obesity Supplements* (2013) 3:S3–S5.
48. Organização Pan-Americana da Saúde. Renewing primary health care in the Americas: A position paper of the Pan American Health Organization/World Health

- Organization (PAHO/WHO). Washington (DC): OPAS; c2007 [citado em 2 de julho de 2014]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js19055en/>
49. Lutter CK, Lutter R. Fetal and early childhood undernutrition, mortality and lifelong health [online]. *Science* 2012;337:1495-1499 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://www.sciencemag.org/content/337/6101/1495>
 50. Lobelo F, Garcia de Quevedo I, Holub CK, Nagle BJ, Arredondo EM, Barquera S, et al. School-based programs aimed at the prevention and treatment of obesity: evidence-based interventions for youth in Latin America. *J Sch Health* 2013;83(9):668-7.
 51. Verstraeten R, Roberfroid D, Lachat C, Leroy JL, Holdsworth M, Maes L, et al. Effectiveness of preventive school-based obesity interventions in low- and middle-income countries: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 2012 Aug;96(2): 415-38.
 52. United States Department of Agriculture. Nutrition standards in the national school lunch and school breakfast programs; Final rule. Federal Register. 77(17). 2012 Jan 26 [citado em 2 de julho de 2014]. Disponível em: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2012-01-26/pdf/2012-1010.pdf>
 53. Organização Mundial da Saúde. WHO framework convention on tobacco control [Internet]. Genebra, OMS; 2003 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>.
 54. Organização Mundial da Saúde. A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children [Internet]. Genebra, OMS;2012 [consultado em 26 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/MarketingFramework2012.pdf>
 55. Galbraith-Emami S, Lobstein T. The impact of initiatives to limit the advertising of food and beverage products to children: a systematic review. *Obes Rev* 2013;14(12):960-974.
 56. Hawkes C, Harris JL. An analysis of the content of food industry pledges on marketing to children. *Public Health Nutr* 2011;14(8):1403-14.
 57. Organização Mundial da Saúde. Handbook on health inequality monitoring, with special focus on low- and middle-income countries [Internet]. Genebra, OMS; 2013 [consultado em 28 de fevereiro de 2014]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

53º CONSELHO DIRETOR

66ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2014

CD53/9, Rev. 2

Anexo A

Original: inglês

PROJETO DE RESOLUÇÃO

PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DA OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes* para 2014-2019 (Documento CD53/9, Rev. 2);

Recordando o direito das crianças de gozar do mais alto padrão atingível de saúde, como estabelecido na Constituição da Organização Mundial da Saúde e na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança;

Ciente de que o sobrepeso e a obesidade atingiram proporções epidêmicas em crianças e adolescentes nas Américas e que o problema já suscita diversos esforços de controle pelos Estados Membros tanto no nível local como nacional;

Reconhecendo que o conhecimento científico e de saúde pública sobre os mecanismos envolvidos na atual epidemia de obesidade e a ação pública exigida para controlá-la é amplo e sólido;

Ciente de que o presente plano de ação se alinha aos mandatos internacionais estabelecidos pela Assembleia Mundial da Saúde, em particular a *Estratégia global da OMS em dieta, atividade física e saúde* (WHA57.17 [2004]) e o *Plano de implementação integral em nutrição materna, do recém-nascido e da criança* (WHA65.6 [2012]), além dos mandatos dos Órgãos Diretores da OPAS, como a *Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Integrada na Infância* (CSP28/10 [2012]), a *Estratégia Regional para Melhorar a Saúde do Adolescente e da Juventude* (CD48.R5 [2008]), a *Estratégia e Plano de Ação Regional sobre Nutrição em Saúde e Desenvolvimento, 2006-2015* (CD47/18 [2006]) e a *Estratégia e o plano de ação para a prevenção e o controle das doenças não transmissíveis* (Documentos CSP28/9, Rev. 1 [2012] e CD52/7, Rev. 1 [2013]), assim como a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989),

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes* para 2014-2019.
2. Instar os Estados Membros a:
 - a) priorizar e promover a causa nos níveis mais elevados para a implementação deste Plano de Ação;
 - b) promover a coordenação entre os ministérios e instituições públicas, principalmente nos setores da educação, agricultura, finanças, comércio, transporte e planejamento urbano, assim como com autoridades municipais locais, a fim de obter o consenso nacional e combinar as ações para conter a progressão da epidemia de obesidade em crianças;
 - c) apoiar e liderar esforços conjuntos entre os setores públicos e privados e organizações da sociedade civil em torno do plano de ação;
 - d) elaborar planos e programas de comunicação de massa com base em evidências para divulgar o plano de ação e instruir o público em questões como atividades físicas, alimentos, alimentação saudável e valor das tradições culinárias locais consistentes com a alimentação saudável;
 - e) instituir um sistema integrado de monitoramento, avaliação e prestação de contas para políticas, planos, programas, legislação e intervenções que permita determinar o impacto da implementação do plano de ação;
 - f) assegurar que sejam estabelecidos processos com diversos setores e interessados para examinar e analisar a implementação do plano com base nas capacidades, necessidades e prioridades nacionais.
3. Solicitar à Diretora que:
 - a) preste apoio aos Estados Membros, em colaboração com outros órgãos e comissões da Organização das Nações Unidas, como a Organização para a Agricultura e a Alimentação, o Fundo das Nações Unidas para a Infância, o Programa Mundial de Alimentos e o Comitê dos Direitos da Criança das Nações Unidas, outros parceiros e doadores, bem como os setores nacionais, para o trabalho conjunto no Plano de Ação, em particular as atividades em nível nacional e sub-regional;
 - b) promova a implantação e a coordenação do plano de ação para garantir que as atividades sejam transversais as diversas áreas programáticas da Organização e diferentes contextos regionais e sub-regionais;

- c) promova e consolide a cooperação com os países e entre eles, com o compartilhamento de experiências e lições aprendidas;
- d) informe periodicamente aos Órgãos Diretores o progresso e as restrições à implementação do plano de ação, assim como sobre seu ajuste a novos contextos e necessidades.



Relatório sobre as Repercussões Financeiras e Administrativas do Projeto de Resolução para a Repartição

<p>1. Tema da agenda: 4.7 - Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes</p>
<p>2. Relação com o Programa e Orçamento 2014-2015:</p> <p>a) Categorias: 2 – Doenças não transmissíveis e fatores de risco</p> <p>b) Áreas programáticas e resultados intermediários: Doenças não transmissíveis e nutrição. Objetivo: Conter o aumento na porcentagem de crianças menores de 5 anos com excesso de peso.</p>
<p>3. Repercussões financeiras:</p> <p>a) Custo total estimado da aplicação da resolução no período de vigência (arredondado para a dezena de milhares de dólares mais próxima; inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades): Estimou-se que o gasto total com o pessoal atual e suplementar da OPAS e as atividades seria de US\$ 3.080.000.</p> <p>b) Custo estimado para o biênio 2014-2015 (arredondado para a dezena de milhares de dólares mais próxima; inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades): O custo estimado para o biênio de 2014–2015 é US\$ 992.000.</p> <p>c) Parte do custo estimado no item b) que poderia ser incluída nas atuais atividades programadas? O custo do pessoal geral (US\$ 1.710.000) é coberto pelo orçamento ordinário da OPAS. Será necessário captar recursos para o pessoal suplementar (US\$ 600.000) e atividades realizadas pela OPAS (US\$ 770.000). As atividades realizadas pelos países e parceiros devem ser financiadas com esforços multissetoriais no nível local.</p>
<p>4. Repercussões administrativas:</p> <p>a) Níveis da Organização em que se seriam tomadas medidas: Este Plano de Ação será implementado no nível regional, sub-regional e nacional.</p> <p>b) Necessidades adicionais de pessoal (no equivalente de cargos a tempo integral, incluindo o perfil do pessoal): Seria necessário o recrutamento de pessoal suplementar (um funcionário de nível P3 no Escritório Regional) para realizar atividades específicas para sustentar a</p>

implementação e a avaliação deste Plano.

c) Prazos (prazos amplos para as atividades de aplicação e avaliação):

Primeiro ano: Divulgação, promoção da causa e captação de recursos para a implementação do Plano no nível regional, sub-regional e nacional.

Segundo ano: Realização de consultas técnicas para elaborar padrões alimentares e modelos para a implementação de estrutura legislativa e reguladora harmonizada, e diretrizes para implementar e avaliar programas e intervenções com base científica (regulamentação de marketing, desenvolvimento de políticas escolares, monitoramento e avaliação).

Terceiro ano: Capacitação para aplicar modelos legislativos e reguladores, e diretrizes para a implementação e avaliação de programas e intervenções no nível nacional.

Quarto ano: Cooperação técnica e monitoramento para a implementação do Plano de Ação.

Quinto ano: Cooperação técnica, avaliação e apresentação de relatório sobre os resultados do Plano de Ação.



**FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR OS TEMAS DA AGENDA
COM OS MANDATOS INSTITUCIONAIS**

1. Tema da agenda: 4.7 - Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes

2. Unidade responsável: Família, Gênero e Curso de Vida/Curso de Vida Saudável (FGL/HL)

3. Preparado por: Dra. Chessa Lutter, Dr. Enrique Jacoby e membros do grupo interprogramático Grupo de Trabalho sobre Obesidade Infantil

4. Lista de centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este tema:

Ministérios da Saúde, Educação e Agricultura; Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP); Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Chile; Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), México; EMBARQ (EUA); Centers for Disease Control and Prevention (CDC), EUA; Universidade de São Paulo (USP), Brasil; e Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA).

5. Vínculo entre este tema e a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017:

Este Plano de Ação está vinculado à Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017, pois as ações propostas visam fortalecer as autoridades sanitárias nacionais, abordar os determinantes da saúde, reduzir as desigualdades em saúde, mobilizar conhecimento, ciência e tecnologia, e reduzir a morbidade associada à nutrição e doenças não transmissíveis.

6. Vínculo entre este tema e o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019:

Este Plano de Ação contribuirá para alcançar os objetivos da Categoria 2 – Doenças não transmissíveis e fatores de risco: "Redução do ônus das doenças não transmissíveis, incluindo doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares crônicas, diabetes e transtornos de saúde mental, assim como deficiências, violência e lesões, através da promoção da saúde e redução de riscos, prevenção, tratamento e monitoramento das doenças não transmissíveis e fatores de risco". Especificamente, este Plano contribuirá para alcançar as metas globais e regionais ao conter a epidemia de obesidade em crianças.

Além disso, este Plano está em pleno alinhamento com as metas da Categoria 3 - Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo do curso de vida: "Promoção da boa saúde nos estágios principais da vida, levando em consideração a necessidade de abordar os determinantes sociais da saúde (condições sociais em que pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem) e implementação de enfoques com base em igualdade de gênero, grupo étnico, equidade e direitos humanos".

- - -