



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 50º CONSELHO DIRETOR 62ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 27 de setembro a 1º de outubro de 2010

---

*Tema 4.9 da agenda provisória*

CD50/13 (Port.)  
11 de agosto de 2010  
ORIGINAL: ESPANHOL

### ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA A REDUÇÃO DA DESNUTRIÇÃO CRÔNICA

#### **Introdução**

1. Os grupos da população nos níveis mais baixos da escala socioeconômica exibem taxas mais altas de morbidade e mortalidade, e esta associação se manifesta ao longo de toda a hierarquia social. Os mecanismos que explicam este fato são complexos e provavelmente diferentes entre países e culturas. Parte da complexidade se baseia no fato que a condição socioeconômica não é uma variável observável diretamente, mas um constructo multifatorial, imbricado em um tecido de circunstâncias materiais, ambientais e pessoais que interagem e se condicionam mutuamente e que tendem a se perpetuar de maneira intergeracional.

2. Um componente essencial deste tecido é a nutrição, que não é um simples fator intermediário entre a economia pessoal e familiar e a saúde, mas desempenha, por si mesmo, um papel causal em ambos os sentidos: como vínculo entre a economia e a saúde e como fator crucial do desenvolvimento.

3. A desnutrição desde a etapa pré-concepcional, durante a vida intra-uterina, na infância e ao longo do curso da vida, aumenta o risco de adoecer e de morrer prematuramente, e suas consequências são mais graves quanto mais cedo se manifesta (1-2). Além disso, tem um efeito deletério sobre o crescimento e o desenvolvimento, e chega a reduzir a resposta imunológica, a capacidade física e mental e a capacidade de aprendizagem (3). Muito mais recente, no entanto, e ainda em evolução, é o conhecimento da relação entre a nutrição inadequada durante períodos críticos da vida pré-natal e pós-natal e o risco de doenças crônicas não transmissíveis na etapa adulta.

4. O atraso de crescimento em mulheres aumenta o risco obstétrico para a mãe e a desnutrição materna afeta o crescimento e o desenvolvimento fetal, aumentando o

número de recém-nascidos com retardo do crescimento intra-uterino e aumentando a morbidade e a mortalidade neonatais. Por outro lado, associa-se à diminuição do capital humano, à redução da produtividade e da renda individual (4) e coletiva, e a um maior gasto social relacionado com as mortes evitáveis, o cuidado e tratamento das consequências da desnutrição e o custo atribuível aos anos perdidos por falta de produtividade, com o que se perpetua o ciclo de desnutrição e pobreza.

5. A desnutrição crônica, cujo marcador por excelência é a baixa altura para a idade, é resultante de múltiplos fatores, sendo estes classificados em: causas imediatas, como a desnutrição materna, a alimentação inadequada e as infecções repetidas; causas subjacentes, como a baixa escolaridade da mãe, a gravidez em adolescentes, os cuidados insuficientes à mulher e à criança, as práticas inadequadas de criação, a falta de acesso a saneamento básico e a serviços de saúde, entre outros; por último, causas básicas, como a desigualdade em oportunidades, a exclusão e a discriminação sexual, racial ou por crença política. Tais fatores atuam de maneira sinérgica e simultânea e por períodos prolongados (5-6).

6. A baixa altura para a idade reflete objetivamente os desequilíbrios dos determinantes; é relativamente fácil de medir e faz parte das rotinas de avaliação da nutrição e da saúde. Além disso, permite avaliar as iniquidades sociais entre países e entre regiões. Por tudo isso, é considerada um indicador de aproximação das condições de vida da população e um indicador útil para vigiar e avaliar, em médio e longo prazo, as políticas e os programas destinados à luta contra a pobreza. Tudo isto a torna uma ferramenta útil para advogar pelo estabelecimento de políticas e programas a favor da luta contra a pobreza.

### **Antecedentes**

7. A presente Estratégia e Plano de ação para a Redução da Desnutrição Crônica propõe uma série de ações inovadoras para responder de maneira integrada e intersetorial aos compromissos adquiridos pelos Estados Membros com o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a Agenda de Saúde para as Américas, a Cúpula Mundial sobre a Alimentação, a Cúpula Mundial em favor da Infância, a Convenção sobre os Direitos da Criança e a resolução sobre o apoio aos esforços para a erradicação da desnutrição infantil nas Américas da OEA (AG/RES. 2346 [XXXVII-O/07]). Além disso, reforça as atividades propostas na Estratégia e plano de Ação para a Nutrição e o Desenvolvimento 2006–2015 e no Plano Estratégico 2008-2012 da OPAS e incorpora os princípios da atenção primária renovada, da promoção da saúde e da proteção social. A estratégia utiliza como quadro de referência o enfoque da saúde familiar e comunitária, da igualdade de gênero e interculturalidade e responde às convenções e compromissos dos direitos humano. Emprega como instâncias operacionais a iniciativa “Rostos, Vozes e

Lugares”, a Aliança Pan-americana pela Nutrição e o Desenvolvimento para o alcance dos ODM e o Grupo Transorganizacional pela Nutrição e o Desenvolvimento da OPAS.

### **Quadro conceitual**

8. Na prática, a desnutrição crônica se aplica a todo indivíduo com um atraso para a sua idade inferior a menos dois desvios-padrão (DP) do padrão de referência da Organização Mundial da Saúde (OMS), o qual, salvo uma minoria de casos atribuídos a outras causas biológicas, reflete o resultado do efeito acumulado de condições nutricionais, sanitárias e sociais adversas que afetaram ou afetam o padrão de crescimento.

### **Princípios**

- a) Atribuir ênfase à modificação dos determinantes e não só dar atenção à seus efeitos.
- b) Focalizar ações não só em indivíduos, mas em âmbitos geodemográficos de alta vulnerabilidade e reduzir as desigualdades de acesso.
- c) Promover um enfoque multissetorial que aborde os determinantes sociais e ambientais da saúde.
- d) Reconhecer as oportunidades de intervenção ao longo do curso da vida.
- e) Coordenar ações conjuntas nos planos local, nacional, transnacional e regional.
- f) Identificar intervenções integradas e sustentáveis a partir de evidências e desenvolvê-las, vigiá-las e avaliá-las de modo unificado.
- g) Assegurar a autonomia, o exercício dos direitos humanos e a participação social.

### **Evidências e lições aprendidas**

9. Existem vários exemplos bem-sucedidos de redução da prevalência da desnutrição crônica como fenômeno populacional, em prazos relativamente curtos, por meio de estratégias que abordam os determinantes sociais (7) e empregam intervenções de efetividade comprovada na atenção primária à saúde (8).

10. **Brasil:** Entre 1996 e 2006 observou-se uma grande queda da desnutrição crônica (de 13,5% a 6,8%) em crianças menores de 5 anos, além da virtual eliminação da desnutrição aguda (7). Foi precisamente na região mais pobre do país, o Nordeste, onde houve a maior redução (de 22,2% a 5,9%) e uma grande diferença entre as regiões (9). Os fatores que mais contribuíram para este êxito foram, em ordem descendente: o melhoramento da educação da mulher, o aumento do poder de compra das famílias mais pobres, o maior acesso e o melhoramento da qualidade dos serviços de saúde da mãe e da criança com o programa de saúde familiar e o melhoramento da qualidade da água e do saneamento.

11. **México:** Entre 1988 e 2006 a prevalência de baixo crescimento diminuiu de 27% para 15,5%. No sul, a parte mais pobre do país, a redução foi de 39% a 22%, o que mostrou uma diminuição da desigualdade (10). A partir de 1999, o programa “Progride”, denominado mais tarde “Oportunidades”, concentrou-se nas comunidades rurais e mais pobres com transferências monetárias condicionais, assim como na melhora da atenção a crianças nos serviços de saúde e nas escolas. Os elementos essenciais da estratégia foram a focalização, a criação de demanda para os serviços por parte da população beneficiária e o estabelecimento de um sistema de vigilância e avaliação do impacto não só para demonstrar a efetividade das ações, mas também para justificar sua continuação através de sucessivos governos.

12. **Peru:** Durante a década de 1990 a prevalência nacional de baixo crescimento manteve-se constante em cerca de 30%. Essa aparente “estabilidade” deveu-se ao agravamento da situação nas regiões mais pobres e discretas melhorias nas menos pobres, o que refletia as iniquidades existentes. A partir de 2004, analisaram-se as causas da desnutrição, destacando-se como os fatores mais críticos a falta de escolaridade materna, problemas graves de saneamento básico e segurança ambiental, gravidez em adolescentes, alta incidência de doenças infecciosas e insegurança alimentar. A partir de 2006, estabeleceu-se, com apoio das agências internacionais, a estratégia nacional “CRECER”, liderada pelo Presidente da República e coordenada pela Presidência do Conselho de Ministros. A estratégia deu prioridade aos distritos em pobreza extrema, coordenou o trabalho intersetorial, promoveu a participação dos governos regionais e locais e estendeu um amplo espectro de intervenções sobre as determinantes mais críticas: fomento da inscrição de todo recém-nascido, expansão da cobertura dos serviços de saúde, campanha para melhorar as condições de moradia, programa de alfabetização, entre outros. Tudo isso tornou possível, entre 2007 e 2009, a redução da desnutrição crônica em mais de cinco pontos percentuais, nas zonas rurais; além disso, alcançou-se a meta de redução da mortalidade infantil proposta para 2015 com seis anos de antecedência.

### **Análise da situação**

13. Estima-se que 35% das mortes em crianças menores de 5 anos e 11% da carga global de doença podem ser atribuídos às deficiências nutricionais em seu conjunto (1). A anemia durante a gravidez está associada a 20% da mortalidade materna e igualmente se associa a uma perda de 10% da renda individual durante o curso da vida e uma perda de 2% a 3% do produto interno bruto.

14. A desnutrição crônica é o transtorno do crescimento mais comum na América Latina e no Caribe. Cerca de nove milhões de crianças menores de 5 anos sofrem de desnutrição crônica (1). Além disso, 22,3 milhões de crianças pré-escolares, 33 milhões de mulheres em idade fértil e 3,6 milhões de grávidas padecem de anemia (11). Estas são

cifras eticamente inaceitáveis para uma Região cuja capacidade de produzir alimentos supera em 30% o necessário para satisfazer adequadamente os requisitos de toda a sua população.

15. As médias estimadas sobre a prevalência de desnutrição mascaram profundas diferenças entre sub-regiões e países e em cada país, com uma prevalência que varia entre 5,6% na Costa Rica e 54,5% na Guatemala (6). O Peru exibiu as maiores desigualdades internas, com níveis de 53% em Huancavelica e de 2,1% em Tacna (ENDES 2009) e as pesquisas de demografia e saúde realizadas de 1992 a 2006 mostram que a prevalência de retardo de crescimento em zonas rurais é quase três vezes maior que em zonas urbanas (40,3% contra 14,2%). Esse mesmo indicador mostra prevalências de 20%, 22% e 20% entre as crianças menores de 5 anos não indígenas da Bolívia, Equador e Peru, respectivamente, e de 40%, 50% e 45% entre as crianças indígenas desses mesmos países (12). Situação semelhante apresenta a anemia, cuja prevalência em crianças menores de 5 anos varia entre 14% e 64%, com uma média regional de 39,5%. Entre as mulheres em idade fértil e as grávidas, as prevalências variam entre 20% e 64%, com uma média regional de 23,5% e 31,1%, respectivamente (2).

16. Dados de nove países da Região mostram que 33% das crianças menores de 5 anos que vivem em lares do quintil mais baixo de renda sofrem de desnutrição crônica, em comparação com 4,6% das que vivem no quintil mais alto. O mesmo estudo mostra que só 32,5% das mulheres entre 15 e 49 anos do quintil mais baixo de renda completam o quinto grau de educação primária. Segundo um estudo multicêntrico, 40% da desnutrição em crianças estão relacionados com a educação da mãe (13). A baixa escolaridade também determina a falta de desenvolvimento ou formação de habilidades para o trabalho e o acesso limitado a um trabalho digno e bem remunerado.

17. A desnutrição fetal e/ou em idades precoces da vida é um dos fatores de risco para sobrepeso, obesidade e doenças crônicas nos jovens e adultos, e que vêm aumentando exponencialmente na Região, especialmente em populações de nível socioeconômico mais baixo (14–16). Estudos realizados na América Latina indicaram a coexistência em um mesmo lar de baixo crescimento das crianças e de obesidade e sobrepeso de suas mães. Este sobrepeso deve-se geralmente ao consumo exagerado de alimentos ricos em energia, com baixa densidade de nutrientes, combinado a uma redução relativa da atividade física.

18. A desnutrição aguda (peso para altura abaixo de -2DP do padrão de referência) é relativamente pouco frequente na Região. No Haiti, o país com a maior prevalência, 10,3% das crianças menores de 5 anos sofrem de desnutrição aguda (6). No entanto, o agravamento das crises financeira, alimentar e de combustíveis associado aos efeitos da mudança climática constitui um fator que pode aumentar a desnutrição aguda e suas consequências, como se viu recentemente em alguns países da Região.

19. A promoção da lactância materna e da alimentação complementar pode prevenir 19% da mortalidade de crianças menores de 5 anos (17). Estudos realizados com dados das EDS mostram que as intervenções combinadas para melhorar a nutrição, fornecer água segura e saneamento básico e utilizar combustíveis limpos podem reduzir em 14% a mortalidade de crianças menores de 5 anos (18). Alguns estudos mostram que as intervenções orientadas à promoção do desenvolvimento precoce devem ser sinérgicas e complementares com as intervenções nutricionais.

20. As altas cifras de desnutrição significarão perdas importantes de capital humano, terão um impacto negativo sobre a morbidade e a mortalidade e aumentarão os anos potencialmente perdidos por morte ou deficiência. Também diminuirão a produtividade e terão um alto custo econômico e social.

### **Aliança Pan-americana pela Nutrição e o Desenvolvimento para o alcance dos ODM**

21. Em julho de 2008, os Diretores Regionais das agências das Nações Unidas formaram a Aliança Pan-Americana pela Nutrição e o Desenvolvimento (APND)<sup>1</sup> com o propósito de propor e implementar programas integrais, intersetoriais, coordenados e sustentáveis, no âmbito dos direitos e do enfoque de gênero, para que melhorem a nutrição e a saúde, promovam o desenvolvimento e contribuam para acelerar a consecução dos ODM. As 15 agências integrantes da Aliança formaram uma equipe técnica regional responsável por coordenar suas premissas conceituais e estratégicas, fornecer assistência técnica às Equipes de País das Nações Unidas e atuar como entidade assessora do Grupo dos Diretores Regionais para a América Latina e o Caribe.

22. A APND baseia-se em dois pilares básicos: a) os determinantes sociais da saúde e de suas desigualdades e b) o enfoque ao longo do curso da vida. Destes dois princípios fundamentais deriva sua estratégia de ação orientada para os determinantes e suas sinergias, com ações no setor de saúde baseadas em intervenções multissetoriais integradas para prevenir e controlar a má nutrição (desnutrição aguda e clínica, o sobrepeso e a obesidade, e as deficiências de micronutrientes) nas idades mais tenras e em espaços geodemográficos com alta vulnerabilidade, e sendo coordenadas nos planos local, nacional, transnacional e regional, vigiadas e avaliadas (1–2).

23. A APND formula intervenções intersetoriais integradas e simultâneas para melhorar: a) o ambiente físico e social das pessoas; b) o acesso a uma moradia segura e saudável, incluindo o acesso permanente a água limpa, ao saneamento básico e higiene; c) a educação e informação, o cuidado da mulher e da criança e as práticas de criação; d) a segurança alimentar; e) o acesso a serviços de saúde de qualidade, que incluam intervenções nutricionais de comprovada efetividade ao longo da vida, assim como a

---

<sup>1</sup> Aliança Pan-Americana pela Nutrição e o Desenvolvimento. <http://nutrinet.org/servicios/biblioteca-digital/func-startdown/1438>.

promoção da saúde reprodutiva, com ênfase no período gestacional e pré-gestacional; f) o trabalho decente, as condições de emprego e renda; g) a participação social, o empoderamento, o exercício pleno dos direitos humanos, as liberdades fundamentais, o enfoque de gênero e a interculturalidade (3).

24. A APND é um instrumento que permite unir e coordenar esforços e recursos da cooperação internacional para promover, implementar, vigiar e avaliar intervenções multissetoriais e interprogramáticas efetivas e baseadas em evidências, que respondam a um enfoque multicausal da desnutrição. Além disso, oferece a oportunidade de planejar a partir das lições aprendidas e das experiências obtidas nos países. Por outro lado, aspira a reconhecer e harmonizar outras iniciativas, como o Consenso Estratégico Interagencial para a Redução da Morbidade Neonatal na América Latina e no Caribe, o Grupo de Trabalho Interagencial Regional para a Redução da Morbidade e da Mortalidade Materna, a Aliança para a Saúde da Mãe, do Recém-Nascido e da Criança, o Programa “Rostos, Vozes e Lugares”, a “Iniciativa América Latina sem Fome”, e o Plano-Mestre de Nutrição do Sistema Mesoamericano de Saúde Pública, entre outras, e reforçá-las, oferecendo um contexto propício para a integração e cristalização de esforços e alguns valores conceituais e estratégicos complementares.

### **Projetos do Fundo para o alcance dos ODM**

25. O Fundo para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (F-ODM)<sup>2</sup> é um mecanismo de cooperação internacional com o objetivo de lutar contra a pobreza e acelerar o alcance dos ODM, através de intervenções intersectoriais e interprogramáticas. Para tal efeito, o Fundo conta com oito áreas programáticas, sendo uma destas Infância, Segurança Alimentar e Nutrição, a qual promove a implementação de intervenções integradas para reduzir a fome e a desnutrição, promover políticas de favorecimento do acesso à alimentação e à nutrição das crianças e de fortalecimento dos sistemas de monitoramento e avaliação.

26. Em nível de país, os programas são executados através das agências das Nações Unidas em colaboração com os governos nacionais e locais, assim como com as organizações governamentais e não governamentais. A Organização Pan-Americana da Saúde ofereceu cooperação técnica aos países da Região no preparo e implementação de projetos nas diferentes áreas programáticas do Fundo. Destaca-se sua participação em oito projetos enfocados na área programática Infância, Segurança Alimentar e Nutrição, os quais beneficiam as crianças e as mulheres de diferentes grupos étnicos vivendo em condições de pobreza ou insegurança alimentar em oito países.

27. Nesta Estratégia e Plano de ação está incluído o quadro de intervenções consideradas nos projetos do Fundo, mas, ainda assim, seu enfoque interministerial busca

---

<sup>2</sup> Fundo para o alcance dos ODM (F-ODM). <http://www.mdgfund.org/es/aboutus>

integrar e potencializar os efeitos de outras iniciativas e intervenções dirigidas aos determinantes sociais da saúde ou acelerar o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

## **Proposta**

### ***Estratégia***

28. A presente estratégia baseia-se no enfoque dos determinantes da saúde para a redução das desigualdades, o enfoque do curso da vida no contexto da família e da comunidade, a autonomia, o exercício dos direitos humanos, o enfoque de gênero e a interculturalidade. Utiliza como princípios a atenção primária renovada, a promoção da saúde e a proteção social universal, para o que se propõem cinco áreas estratégicas:

- a) *Geração e intercâmbio de informação estratégica e lições aprendidas* para a tomada de decisões baseadas em dados probatórios. Promovem-se sistemas de vigilância da nutrição, da saúde e de seus determinantes sociais, assim como de sistemas de prestação de contas, que permitam orientar políticas, planos e programas intersetoriais para prevenir a desnutrição e promover o desenvolvimento.
- b) *Defesa de causas e coordenação no âmbito interministerial e interagencial* para a formulação de políticas e programas intersetoriais. Dirige-se ao mais alto nível político, a fim de criar o ambiente necessário para estabelecer uma coordenação suprassetorial que coordene e implemente políticas públicas saudáveis, assim como planos e programas interministeriais que permitam abordar de forma integrada e simultânea os principais determinantes da nutrição.
- c) *Desenvolvimento de capacidades e fortalecimento de sistemas de saúde baseados na atenção primária renovada* para a prestação de serviços integrados de saúde, o alcance da cobertura universal e a implementação de intervenções com eficiência comprovada que estejam de acordo com as normas internacionais e regionais.
- d) *Integração de ações na família e nas comunidades*. Promove-se a potencialização do papel da mulher, do adolescente e da criança, a participação igualitária das mulheres e dos homens das diversas populações, de suas famílias e suas comunidades, no planejamento e na tomada de decisões, insistindo na abordagem dos determinantes sociais.
- e) *Mobilização de recursos e parcerias estratégicas*. Promove-se a formação de parcerias intersetoriais nos diferentes níveis de governo, como os organismos bilaterais e multilaterais de cooperação internacional, organizações não

governamentais e organizações de excelência no âmbito nacional, assim como a integração de mandatos, o planejamento conjunto e o uso eficiente dos recursos destinados às políticas, aos planos e aos programas para a nutrição, a saúde e o desenvolvimento, promovendo os princípios da Declaração de Paris e da Agenda de Ação de Accra.<sup>3</sup>

### ***Plano de Ação Quinquenal***

29. *Fim:* Contribuir para o alcance dos ODM 1, 2, 3, 4 e 5<sup>4</sup> e melhoria da saúde da população da América Latina e do Caribe ao longo do curso da vida, com um enfoque multissetorial, de gênero, pluriétnico e multicultural com pleno respeito pelo direito à saúde.

30. *Propósitos:* Melhorar a nutrição, a saúde e o desenvolvimento ao longo da vida.

31. *Meta para a Região das Américas para 2015:*

- a) Reduzir em cinco pontos percentuais a desnutrição crônica (altura para idade <- 2DP do padrão de referência da OMS) em crianças menores de cinco anos.
- b) Reduzir em cinco pontos percentuais a prevalência de anemias nutricionais em grávidas e crianças menores de 5 anos.
- c) Prevenir o aumento ou reduzir a prevalência de sobrepeso e obesidade.

### **Objetivo 1**

Desenvolver, fortalecer e pôr em prática políticas, planos, programas interministeriais em prol da nutrição, da saúde e do desenvolvimento que cumpram com os seguintes requisitos: a) o enfoque nos determinantes sociais; b) a atribuição de recursos; c) a coordenação e planejamento interministerial; d) a participação ativa dos governos nacionais, municipais e locais; e) a vigilância, a avaliação e a prestação de contas de programas e intervenções.

---

<sup>3</sup> Declaração de Paris sobre a eficácia da ajuda ao desenvolvimento e o programa de ação de Accra.  
<http://www.oecd.org/dataoecd/53/56/34580968.pdf>

<sup>4</sup> ODM 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome.  
ODM 2: Atingir o ensino básico universal.  
ODM 3: Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres.  
ODM 4: Reduzir a mortalidade das crianças menores de 5 anos.  
ODM 5: Melhorar a saúde materna.

### **Meta 1**

Duplicar o número de países que aprovaram políticas, planos, programas interministeriais com recursos no âmbito nacional, municipal e local para abordar os determinantes da nutrição e da saúde, insistindo na educação da criança e da mulher, segurança alimentar, renda e poder aquisitivo familiar, saúde do adolescente, da mulher, da mãe e da criança e acesso a uma moradia saudável (qualidade do ar, água limpa, saneamento básico e higiene).

### **Indicador 1**

Oito países aprovaram políticas, planos, programas interministeriais (saúde, agricultura, educação, trabalho, ambiente, moradia, mulher, desenvolvimento, finanças), com recursos no âmbito nacional, municipal e local para prevenir a desnutrição crônica e promover o desenvolvimento.

#### ***Atividades para os Estados Membros***

- 1.1 Identificar, avaliar e hierarquizar o papel dos principais determinantes sociais da nutrição.
- 1.2 Estabelecer um mecanismo de coordenação suprassetorial que garanta a participação dos ministérios e instituições nacionais a fim de desenvolver políticas e programas integrais em prol da nutrição e do desenvolvimento.
- 1.3 Identificar, mobilizar e alocar recursos interministeriais para a implementação de políticas, planos e programas.
- 1.4 Incluir o tema da luta contra a desnutrição nas cúpulas regionais e mundiais como tema central para ser discutido com prioridade.
- 1.5 Incluir os avanços em nutrição e saúde nos relatórios presidenciais à nação.

#### ***Atividades para a Repartição Sanitária Pan-americana***

- 1.6 Promover, no mais alto nível político, a incorporação da luta contra a desnutrição como eixo integrador dos programas sociais.
- 1.7 Oferecer cooperação técnica para a análise e a hierarquização dos determinantes da nutrição.
- 1.8 Oferecer cooperação técnica para planejamento interministerial conjunto e coordenado e fortalecimento da cooperação técnica descentralizada no âmbito local.
- 1.9 Documentar e disseminar experiências bem-sucedidas.
- 1.10 Promover o desenvolvimento da cooperação interagencial descentralizada em coordenação com as autoridades nacionais e no âmbito da Aliança Pan-

americana pela Nutrição e o Desenvolvimento, e liderar parcerias estratégicas com organismos bilaterais e multilaterais.

## **Objetivo 2**

Incorporar indicadores da situação nutricional e de seus determinantes sociais nos sistemas de vigilância da saúde que não se limitem a reunir informação sanitária, mas incluam sua análise por gênero, etnia e âmbito geográfico e permitam prognosticar e prevenir problemas nutricionais de maneira oportuna.

### **Meta 2**

Duplicar o número de países que incluíram indicadores do estado nutricional<sup>5</sup> e de seus determinantes sociais nos sistemas nacionais de vigilância da saúde e que informam a cada dois anos sobre a prevalência da desnutrição crônica, desnutrição aguda, sobrepeso, obesidade, anemia nas grávidas e crianças com menos de 5 anos.

### **Indicador 2**

Oito países contam com informação atualizada, oportuna, confiável e sustentável sobre a prevalência e as tendências da desnutrição e seus determinantes sociais.

#### ***Atividades para os Estados Membros***

- 2.1 Identificar e priorizar, segundo a pertinência e oportunidade, os indicadores dos determinantes da desnutrição.
- 2.2 Incorporar os indicadores dos determinantes do estado nutricional, da saúde e do desenvolvimento nos sistemas estatísticos nacionais.
- 2.3 Estabelecer mecanismos para assegurar qualidade, pertinência e oportunidade da informação a que se recorre através dos sistemas de vigilância da saúde.
- 2.4 Utilizar a informação resultante dos sistemas de vigilância na formulação de políticas públicas e programas intersetoriais e/ou na sua reorientação das mesmas.
- 2.5 Assegurar o intercâmbio nacional e internacional de informação e lições aprendidas quanto à prevalência e às tendências do estado nutricional e de saúde, assim como a análise de seus determinantes.
- 2.6 Assegurar o intercâmbio nacional e internacional de experiências bem sucedidas.

---

<sup>5</sup> Que inclua indicadores de lactância materna, alimentação complementar, antropométricos, anemia por deficiência de ferro, vitamina A e iodo, desagregada por idade, gênero, lugar de residência, grupo étnico e nível de renda.

- 2.7 Implementar e institucionalizar a avaliação de programas por entidades externas, com independência de critério, e colocar em funcionamento mecanismos de prestação de contas e auditoria social.

### ***Atividades para a Repartição Sanitária Pan-americana***

- 2.8 Promover, no mais alto nível político, a incorporação de indicadores do estado nutricional e de seus determinantes sociais nos sistemas estatísticos nacionais.
- 2.9 Oferecer cooperação técnica para identificar e dar prioridade, segundo a pertinência e oportunidade, os indicadores dos determinantes do estado nutricional e de saúde.
- 2.10 Priorizar a medição da altura para a idade e do peso para a altura na vigilância da população, como os indicadores antropométricos de maior relevância.
- 2.11 Oferecer cooperação técnica para incorporar indicadores do estado nutricional, a saúde e seus determinantes nos sistemas de estatísticas nacionais.
- 2.12 Oferecer cooperação técnica para incorporar a análise dos determinantes da nutrição e saúde na formulação e reorientação de políticas, planos e programas intersetoriais.
- 2.13 Oferecer cooperação técnica para promover o intercâmbio de informação e de lições aprendidas no âmbito nacional e entre países.
- 2.14 Oferecer cooperação técnica e liderar a institucionalização de sistemas de avaliação de programas, os mecanismos de prestação de contas e a auditoria social.

### **Objetivo 3**

Aumentar o número de programas e intervenções intersetoriais<sup>6</sup> integradas<sup>7</sup> em alimentação,<sup>8</sup> nutrição,<sup>9</sup> saúde<sup>10</sup> e desenvolvimento<sup>11</sup> ao longo do curso da vida, baseados em dados probatórios, nos princípios da atenção primária renovada, promoção da saúde, acesso universal, direitos humanos, gênero e interculturalidade.

---

<sup>6</sup> Entende-se por planos e programas intersetoriais aqueles desenvolvidos com a participação dos setores relacionados com a saúde, agricultura, educação, trabalho, meio ambiente, habitação, mulher, desenvolvimento, finanças e a sociedade civil.

<sup>7</sup> Entende-se por planos e programas integrados pela nutrição, saúde e desenvolvimento no âmbito municipal e local aqueles que incorporam os seguintes requisitos: a) identificam e propõem intervenções sobre os determinantes sociais; b) a participação ativa da comunidade e dos governos municipais e locais; c) a coordenação e planejamento intersetorial e comunitário; d) a vigilância e avaliação de programas e intervenções; e) a alocação de recursos; f) o fortalecimento da gestão local.

<sup>8</sup> Boas práticas de compra, manejo e preparação de alimentos.

<sup>9</sup> Lactância materna e alimentação complementar, prevenção e manejo das deficiências de micronutrientes, aconselhamento sobre crescimento.

<sup>10</sup> Saúde reprodutiva, prevenção da gravidez na adolescência, espaçamento da gravidez, imunizações e prevenção de infecções.

<sup>11</sup> Estimulação precoce, apoio aos pais.

### **Meta 3**

Aumentar o número de municípios vulneráveis – determinados segundo o índice de pobreza extrema ou com prevalência de baixa estatura para a idade superior a 15%<sup>12</sup> - que implementaram programas ou intervenções intersectoriais integradas em alimentação, nutrição, saúde e desenvolvimento.

### **Indicador 3**

Cinquenta por cento dos municípios vulneráveis - determinados segundo o índice de pobreza extrema ou com prevalência de baixa estatura para a idade superior a 15% - que implementam, de maneira sustentável, programas ou intervenções intersectoriais integradas de alimentação, nutrição e saúde<sup>13</sup>.

### ***Atividades para os Estados Membros***

- 3.1 Os Estados Membros devem estabelecer metas objetivas e concretas para a redução do retardo no crescimento para a idade e no peso para a idade, das anemias nutricionais e desagregar tais metas em níveis de departamento, províncias ou municípios restringindo a diminuição ou, ao menos, não aumentando as brechas internas do país.
- 3.2 Desenvolver a capacidade para elaborar, administrar, executar, vigiar e avaliar intervenções integradas em alimentação, nutrição, saúde e desenvolvimento.
- 3.3 Mobilizar recursos nacionais para a implementação sustentável de intervenções integradas em alimentação, nutrição, saúde e desenvolvimento ao longo do curso da vida.
- 3.4 Mobilizar recursos no âmbito municipal e local para a aplicação sustentável de intervenções integradas de alimentação, nutrição, saúde e desenvolvimento.
- 3.5 Identificar um conjunto de intervenções durante o curso da vida para promover a alimentação adequada, a vigilância do crescimento e o desenvolvimento físico e cognitivo, o cuidado da saúde da mulher, da mãe e da criança integradas a programas ou intervenções que fazem parte do desenvolvimento (educação, produção de alimentos, água e saneamento, moradia saudável, geração de renda e participação social).

---

<sup>12</sup> Foram aplicados critérios de focalização integrais que incluíam a prevalência da baixa estatura para a idade e os indicadores de desenvolvimento humano, em correspondência com a origem multifatorial da desnutrição.

<sup>13</sup> As metas no aumento da cobertura serão variáveis entre países e regiões e serão determinadas com base em dois critérios fundamentais: 1) redução das taxas de atraso no crescimento do indivíduo, nos níveis fixados por cada país; e 2) alcance destes mesmos níveis de redução sem aumento; e, se possível, com diminuição das desigualdades.

- 3.6 Estabelecer mecanismos de coordenação intersetorial no âmbito municipal e local que implementem intervenções durante o curso da vida para promover a alimentação adequada, o monitoramento do crescimento e desenvolvimento físico e cognitivo, o cuidado da saúde da mulher, da mãe e da criança integradas a programas ou intervenções que façam parte do desenvolvimento.
- 3.7 Implementar ações para promover a utilização dos serviços de saúde.
- 3.8 Fortalecer a capacidade de resposta das instâncias intersetoriais.

#### ***Atividades para a Repartição Sanitária Pan-americana***

- 3.9 Oferecer cooperação técnica para o desenvolvimento da capacidade de gestão, elaboração, implementação, vigilância e avaliação de intervenções integradas em alimentação, nutrição, saúde e desenvolvimento.<sup>14</sup>
- 3.10 Promover, em diferentes níveis, a mobilização de recursos nacionais para a implementação sustentável de intervenções integradas em alimentação, nutrição, saúde e desenvolvimento.
- 3.11 Oferecer cooperação técnica para desenvolver um conjunto de intervenções integradas que promovam a alimentação adequada, a vigilância do crescimento e desenvolvimento físico e cognitivo, o cuidado da saúde durante o curso da vida, integradas a programas ou intervenções de promoção do desenvolvimento.
- 3.12 Oferecer cooperação técnica aos mecanismos de coordenação intersetorial estabelecidos no âmbito municipal e local.
- 3.13 Oferecer cooperação técnica para a incorporação do enfoque do curso da vida, direitos, gênero, interculturalidade e participação comunitária na elaboração e implementação de intervenções integradas.

#### **Objetivo 4**

Melhorar a capacidade técnico-administrativa e para a tomada de decisões do pessoal de saúde e de outros setores para executar intervenções intersetoriais integradas em alimentação, nutrição, saúde e desenvolvimento durante o curso da vida.

#### **Meta 4**

Fortalecer a capacidade técnica e de gerência social de programas intersetoriais dos recursos humanos de saúde e de outros setores orientados à redução da desnutrição.

---

<sup>14</sup> Um componente importante para a cooperação técnica deve orientar-se na formulação de metas sujeitas à condição da diminuição das brechas. Neste sentido, é importante capitalizar as experiências de países como o Brasil, onde ocorreram reduções significativas das taxas de desnutrição e foram reduzidas as brechas entre as áreas geográficas e suas populações que antes eram ostensivamente desiguais.

**Indicador 4**

Cinquenta por cento do pessoal de saúde e de outros setores dos municípios vulneráveis - determinados segundo o índice de pobreza extrema ou com prevalência da baixa estatura para a idade superior a 15% - que foram capacitados em gerência social de programas intersetoriais orientados à prevenção da desnutrição.

***Atividades para os Estados Membros***

- 4.1 Desenvolver e financiar um plano nacional de formação de recursos humanos em gerência social de programas ou intervenções em alimentação, nutrição e saúde durante o curso da vida, que inclua a elaboração, implementação, vigilância e avaliação de intervenções, conteúdos técnicos e programáticos, assim como aconselhamento e observação direta do indivíduo, sua família e suas comunidades.
- 4.2 Desenvolver a capacidade de resposta dos serviços de saúde e de outros setores de acordo com os problemas prioritários de alimentação, nutrição e saúde.

***Atividades para a Repartição Sanitária Pan-americana***

- 4.3 Oferecer cooperação técnica para a formação de recursos humanos em temas de alimentação, nutrição e saúde durante o curso da vida, que inclua a elaboração, execução, vigilância e avaliação de intervenções, conteúdos técnicos e programáticos, aconselhamento e observação direta do indivíduo, sua família e sua comunidade.
- 4.4 Mobilizar recursos interinstitucionais para capacitar o pessoal de saúde e desenvolver a capacidade de resposta dos serviços de saúde de acordo com os problemas prioritários de alimentação, nutrição e saúde.

**Objetivo 5**

Obter a autonomia da mulher e a participação comunitária em processos de planejamento da saúde e desenvolvimento.

**Meta 5**

Aumentar o número de municípios vulneráveis - determinados segundo o índice de pobreza extrema ou com prevalência de baixa estatura para a idade superior a 15% -, nos quais a mulher e a comunidade participam ativamente nos processos de planejamento da saúde e do desenvolvimento comunitário.

### **Indicador 5**

Cinquenta por cento dos municípios vulneráveis – determinados segundo o índice de pobreza extrema ou com prevalência de baixa estatura para a idade superior a 15% - estabeleceram mecanismos de participação comunitária ao longo do processo para o planejamento e execução de seus planos de saúde e do desenvolvimento.

#### ***Atividades para os Estados Membros***

- 5.1 Criar instâncias municipais que garantam a participação ativa da mulher e de agentes comunitários para o planejamento da saúde e desenvolvimento.
- 5.2 Desenvolver a capacidade das comunidades para que participem dos processos de planejamento e gestão de planos e programas.

#### ***Atividades para a Repartição Sanitária Pan-Americana***

- 5.3 Oferecer cooperação técnica para a criação de instâncias municipais que permitam o planejamento participativo da saúde e desenvolvimento.
- 5.4 Dirigir processos de planejamento participativo da saúde e do desenvolvimento de modo compatível com a Convenção da ONU, sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher<sup>15, 16</sup>, e a Convenção da OEA, sobre a prevenção, sanção e erradicação da violência contra a mulher (Convenção de Belém do Pará)<sup>17</sup>, e com o apoio da iniciativa “Rostos, Vozes e Lugares”.

### **Objetivo 6**

Estabelecer alianças intersetoriais com parceiros estratégicos nos diferentes níveis de governo que deem prioridade à nutrição, à saúde e ao desenvolvimento em seus planos e orçamentos.

---

<sup>15</sup> Declaração sobre a eliminação da violência contra a mulher. Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas, 48/104 de 20 de dezembro de 1993. Disponível em: [http://www.eclac.cl/mujer/noticias/paginas/3/27453/Declaracion\\_elimination.pdf](http://www.eclac.cl/mujer/noticias/paginas/3/27453/Declaracion_elimination.pdf).

<sup>16</sup> A ONU E A MULHER. Compilação de mandatos, março de 2007. Centro de informação das Nações Unidas para a Argentina e o Uruguai, CINU Buenos Aires, Março de 2007. Disponível em: <http://www.un.org/spanish/events/women/iwd/2007/compilacion.pdf>.

<sup>17</sup> Organização Pan-Americana de Saúde, 49º Conselho Diretor. Plano de Ação para a aplicação da Política de Igualdade de Gênero. Washington, D.C.: OPAS; 15 de julho de 2009. (Documento CD49/13). Disponível em: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=en](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=en).

### **Meta 6**

Aumentar o número de alianças intersetoriais com parceiros estratégicos nos diferentes níveis de governo que deem prioridade à nutrição, à saúde e ao desenvolvimento em seus planos e orçamentos.

### **Indicador 6**

Cinquenta por cento dos municípios vulneráveis – determinados segundo o índice de pobreza extrema ou com prevalência de baixa estatura para a idade superior a 15% - estabeleceram alianças intersetoriais com parceiros estratégicos e priorizam intervenções em nutrição, saúde e desenvolvimento em seus planos e orçamentos de trabalho.

### ***Atividades para os Estados Membros***

- 6.1 Estimular a formação de parcerias estratégicas nos diferentes níveis de governança que incluam, dentre outros, o setor público, a sociedade civil, o setor privado, os acadêmicos e as agências de cooperação bilateral e multilateral.
- 6.2 Estabelecer e fortalecer os vínculos com projetos e iniciativas nacionais e regionais encaminhadas a promover a nutrição, a saúde e o desenvolvimento.
- 6.3 Estimular o planejamento conjunto e a integração de orçamentos, assegurando o uso suficiente dos recursos e prevenindo a duplicação de esforços.

### ***Atividades para a Repartição Sanitária Pan-Americana***

- 6.4 Oferecer cooperação técnica em apoio à formação de parcerias estratégicas entre o setor público, a sociedade civil, o setor privado, os acadêmicos e as agências de cooperação bilaterais e multilaterais.
- 6.5 Promover e liderar a formação de parcerias estratégicas entre os diferentes setores.

### **Monitoramento e Avaliação de Plano**

A OPAS implementará um sistema de monitoramento e avaliação que permite documentar e informar, a cada dois anos, sobre os avanços na execução desta Estratégia e Plano de ação, de acordo com os seguintes indicadores:

- Número de países que desenvolveram políticas intersetoriais dirigidas a prevenir a desnutrição e a promover o desenvolvimento.
- Número de países que estabeleceram mecanismos de coordenação interministerial para abordar a nutrição e o desenvolvimento.

- Proporção do orçamento para saúde destinado a programas ou intervenções intersectoriais integradas para promover a alimentação.
- Número de países que contam com informação atualizada e reportam, a cada dois anos, sobre a prevalência da desnutrição crônica, obesidade, sobrepeso e anemia no crianças com menos de 5 anos.
- Numero de países vulneráveis—determinados segundo o índice de pobreza extrema ou com prevalência de baixa estatura para a idade superior a 15% - que implementaram programas ou intervenções intersectoriais integrando moradia, água e saneamento, agricultura, educação e saúde, para promover a nutrição e o desenvolvimento.
- Número de países que contam com planos de formação de recursos humanos, nos quais são priorizadas intervenções intersectoriais para abordar a nutrição, a saúde e o desenvolvimento.
- Porcentagem de funcionários do ministério da saúde dos municípios vulneráveis – determinados segundo o índice de pobreza extrema ou com prevalência de baixa estatura para a idade superior a 15% - que foram capacitados em gerência social de programas intersectorais orientados para a prevenção da desnutrição.
- Número de municípios vulneráveis – determinados segundo o índice de pobreza extrema ou com prevalência de baixa estatura para a idade superior a 15% - que contam com instâncias municipais que permitem a participação ativa da mulher e outros agentes comunitários, no planejamento da saúde e do desenvolvimento.

### **Intervenção do Conselho Diretor**

32. Solicita-se ao Conselho Diretor que examine a Estratégia e o Plano de ação para a redução da desnutrição crônica e que estude a possibilidade de aprovar o projeto de resolução contido no anexo B.

### **Referências**

1. Black RE et al., *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences*. Lancet 2008. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).
2. Shrimpton R et al. *Worldwide timing of growth faltering: implications for nutritional interventions*. Pediatrics 2001;107(E75).
3. Victora CG et al. *Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital*. Lancet; 2008. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).
4. Hoddinott J et al. *Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults*. Lancet 2008;371:411-416.
5. Franzo J, Pronyk P. *An evaluation of progress toward the Millennium Development Goal One Hunger Target: A country-level, food and nutrition security perspective*. Undated. New York: The Earth Institute of Columbia University.

6. Lutter CK, Chaparro CM. *La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y el Caribe: alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Washington, DC: Organización Pan-Americana da Saúde; 2008.
7. Monteiro CA et al. *Causes for the decline in child under-nutrition in Brazil, 1996-2007*. Rev Saúde Pública 2009;43(1):1-8.
8. Bhutta ZA et al. *What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival*. Lancet; 2008. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).
9. Monteiro CA et al. *Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: the Brazilian experience (1974-2007)*. Bulletin of the World Health Organization 2009. Publicado on-line: 8 de dezembro de 2009.
10. Rivera JA, Irizarry LM, González-de Cossío T. *Overview of the nutritional status of the Mexican population in the last two decades*. Salud Pública de México 2009;51(suplemento 4): S645-S656.
11. McLean E et al. *Worldwide prevalence of anemia in preschool aged children, pregnant women and non-pregnant women of reproductive age, in nutritional anemia*. Kraemer K, Simmermann MB, editors. Suíça: Sight and Life Press; 2007.
12. Martínez R, Fernández A. *Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Desafíos*. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; 2006(2): 4-7.
13. Smith LC, Haddad L. *Explaining child malnutrition in developing countries: a cross-country analysis*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute; 2000.
14. Jacoby E. *PAHO Regional Consultation of the Americas on Diet, Physical Activity and Health. A call to action*. Food Nutrition Bull 2004;25(2):172-174.
15. Peña M, Bacallao J. *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1990.
16. Uauy R, Monteiro CA. *The challenge of improving food and nutrition in Latin America*. Food Nutr Bull 2004;25(2):175-182.
17. Jones G et al. *How many child deaths can we prevent this year?* Lancet 2003;362: 65-71.
18. Gakidou E et al. *Improving child survival through environmental and nutritional interventions: the importance of targeting interventions toward the poor*. JAMA 2007;298(16):1876-1887.

Anexos



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
*Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da*  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CD50/13 (Port.)  
Anexo A

**PLANILHA ANALÍTICA PARA VINCULAR OS TEMAS DA AGENDA  
AOS MANDATOS INSTITUCIONAIS**

**1. Tema da agenda:** 4.9: Estratégia e Plano de ação para a Redução da Desnutrição Crônica.

**2. Unidade encarregada:** Saúde Familiar e Comunitária

**3. Funcionário encarregado:** Manuel Peña

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

- Associações profissionais relacionadas com a saúde e o desenvolvimento
- Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP), México
- Instituto de Nutrição e Higiene dos Alimentos, Cuba
- Instituto Nacional de Nutrição (INN), Venezuela
- Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), Paraguai
- Instituto de Pesquisa Nutricional (IIN), Peru
- Instituto de Nutrição e Tecnologia dos Alimentos (INTA), Chile
- Ministérios ou secretarias de saúde
- Ministérios ou secretarias sociais
- Ministérios de desenvolvimento
- Ministérios de agricultura
- Ministérios de educação
- Ministérios de habitação
- Ministérios de comércio
- Ministérios de desenvolvimento
- Universidades

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

Por meio desta Estratégia e Plano de ação, espera-se fortalecer a autoridade sanitária nacional, abordar os determinantes da saúde, aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade, diminuir as desigualdades de saúde entre países e as iniquidades em cada país, reduzir os riscos e a carga de doenças, aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia. Em particular, o Plano de ação busca desenvolver e implementar políticas e intervenções intersectoriais que melhorem as condições de moradia das pessoas (moradia saudável, acesso a água segura e manejo adequado de dejetos); a educação e os conhecimentos para a mulher que lhe permitam tomar decisões informadas sobre sua saúde; a disponibilidade e o acesso a uma alimentação equilibrada que permita satisfazer as necessidades nutricionais; a disponibilidade e o acesso a serviços de saúde, insistindo na atenção primária, na promoção da saúde e nos programas de proteção social; melhorar as condições de trabalho, a renda e o poder aquisitivo das famílias; e assegurar a participação social e o exercício dos direitos humanos.

#### 6. Vínculo entre este tema e o Plano Estratégico 2008-2012:

**Objetivo Estratégico 9:** Melhorar a nutrição, a inocuidade dos alimentos e a segurança alimentar ao longo de todo o ciclo da vida e em apoio da saúde pública e do desenvolvimento sustentável.

**Objetivo Estratégico 4:** Reduzir a morbidade e mortalidade e melhorar a saúde em etapas essenciais da vida, como a gravidez, o parto, o período neonatal, a infância e a adolescência; melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e saudável de todas as pessoas.

**Objetivo Estratégico 7:** Abordar os fatores sociais e econômicos determinantes da saúde mediante políticas e programas que permitam melhorar a equidade em saúde e integrar enfoques favoráveis aos pobres, sensíveis às questões de gênero e baseados nos direitos humanos.

**Objetivo Estratégico 10:** Melhorar a organização, gestão e prestação dos serviços de saúde.

#### 7. Práticas ótimas nesta área e exemplos de países da Região das Américas:

**Brasil:** No nordeste do Brasil, a prevalência da baixa altura para a idade (<-2DP) em crianças menores de 5 anos diminuiu de 33,9% em 1986 para 22,2% em 1996 e para 5,9% em 2006; uma redução de um ponto percentual por ano no primeiro período e de 1,6 ponto percentual no segundo período.<sup>1</sup> Os fatores que mais contribuíram para este êxito, em ordem descendente, foram: o melhoramento da educação da mulher, o aumento do poder de compra das famílias mais pobres, a expansão dos serviços de saúde com maior cobertura da mãe e da criança com o Programa de Saúde Familiar e o melhoramento dos serviços de água e saneamento.

**México:** Entre 1988 e 2006 houve uma redução de 11,5 pontos percentuais da prevalência de baixa altura. A partir de 1999, o programa “Progride”, denominado mais tarde “Oportunidades”, se concentrou nas comunidades rurais e mais pobres com transferências monetárias condicionais, assim como na melhora da atenção a crianças nos serviços de saúde e nas escolas.

**Peru:** Entre 2006 e 2008 houve uma redução da desnutrição crônica de mais de seis pontos percentuais nas zonas rurais. A estratégia “Crescer” deu prioridade aos distritos em condições de pobreza extrema, coordenou o trabalho intersetorial, promoveu a participação dos governos regionais e locais e aplicou um amplo espectro de intervenções sobre as determinantes mais críticas: fomento da inscrição de todo recém-nascido, expansão da cobertura dos serviços de saúde, campanha para melhorar as condições de moradia, programa de alfabetização.

#### 8. Repercussões financeiras deste tema:

A OPAS não pode desenvolver este Plano por si só. A colaboração com outros organismos das Nações Unidas e outros interessados diretos é fundamental para a implementação do Plano.

O custo estimado da execução do Plano de ação é de US\$ 4,6 milhões por ano. Este custo inclui a manutenção do pessoal atual, contratação de pessoal adicional e execução das atividades regionais, sub-regionais e nacionais em oito países prioritários.

<sup>1</sup> de Lima AL, da Silva AC, Konno SC, Conde WL, Benicio MH, Monteiro CA. Causes of the accelerated decline in child undernutrition in Northeastern Brazil (1986-1996-2006). Rev Saúde Pública 2010 Fev;44(1):17-27.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## **50º CONSELHO DIRETOR** **DO COMITÊ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, 27 de setembro a 1º de outubro de 2010*

---

CD50/13 (Port.)  
Anexo B  
ORIGINAL: ESPANHOL

### ***PROJETO DE RESOLUÇÃO***

#### **ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA A REDUÇÃO DA DESNUTRIÇÃO CRÔNICA**

##### ***O 50º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Estratégia e Plano de Ação para a Redução da Desnutrição Crônica* (documento CD50/13);

Levando em conta os mandatos internacionais emanados da Assembleia Mundial da Saúde, em particular as resoluções WHA55.23 e WHA56.23, assim como os compromissos dos Estados Membros da Região das Américas para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM);

Reconhecendo as consequências da desnutrição infantil para o desenvolvimento físico e cognitivo, a resposta imunológica e o risco de adoecer ou de morrer prematuramente, assim como para o rendimento escolar e a capacidade funcional, a formação de capital humano, a produtividade e o bem-estar individual e coletivo;

Reconhecendo o direito das crianças a se desenvolverem física, mental, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em condições de liberdade e dignidade;

Reconhecendo que as condições de vida e a desnutrição em idade tenra da vida condicionam o desenvolvimento de sobrepeso, obesidade e doenças crônicas (diabetes, hipertensão, arteriosclerose, entre outras) com graves consequências para o bem-estar da população, a carga social por invalidez resultante e os anos de vida produtiva perdidos;

Ressaltando que na Região das Américas o indicador de altura para a idade reflete melhor tanto a falta prolongada de acesso a uma alimentação adequada como o efeito de

outros fatores sociais ligados à pobreza e que, com a tendência atual que este indicador apresenta, vários países talvez não consigam alcançar em 2015 a Meta 2 do ODM 1 e dificilmente alcançarão o ODM 4 e o ODM 5;

Reiterando que a nutrição é um fator condicionante do desenvolvimento humano e, ao mesmo tempo, é afetado por um conjunto de determinantes sociais e econômicos;

Reconhecendo o alto grau de complementaridade entre esta estratégia e outras como a Estratégia e Plano de Ação Regionais sobre a Nutrição na Saúde e no Desenvolvimento 2006-2015 e a resolução sobre o Apoio aos Esforços para a Erradicação da Desnutrição Infantil nas Américas, da Assembleia Geral da OEA (AG/RES. 2346 [XXXVII-O/07]);

Acolhendo com satisfação o quadro conceitual e operacional aprovado por consenso interinstitucional na Aliança Pan-Americana pela Nutrição e o Desenvolvimento (APND), para a abordagem da desnutrição (desnutrição aguda e crônica, sobrepeso, obesidade e deficiências específicas de micronutrientes),

***RESOLVE:***

1. Apoiar a Estratégia e aprovar o Plano de Ação para a Redução da Desnutrição Crônica e sua consideração em políticas, planos e programas de desenvolvimento, assim como nas propostas e na discussão dos orçamentos nacionais, que lhes permita criar as condições propícias para prevenir a desnutrição crônica.
2. Instar os Estados Membros a que:
  - (a) deem prioridade às ações intersetoriais para prevenir a desnutrição crônica;
  - (b) promovam o diálogo e a coordenação entre ministérios e outras instituições do setor público, assim como entre os setores público e privado e a sociedade civil, para obter consensos nacionais com relação ao enfoque dos determinantes sociais e o enfoque do curso da vida na prevenção da desnutrição crônica;
  - (c) proponham e implementem políticas, planos, programas e intervenções interministeriais destinados a prevenir a desnutrição crônica em todos os níveis de governo dos Estados Membros;
  - (d) estabeleçam um sistema integrado de monitoramento, avaliação e prestação de contas de políticas, planos, programas e intervenções que permita conhecer não só seu impacto sobre a redução da desnutrição crônica, mas também a situação de seus determinantes sociais, e orientar a tomada de decisões de maneira oportuna;

- (e) implantem processos de revisão e análise internos sobre a pertinência e viabilidade da presente Estratégia e Plano de Ação, com base nas prioridades, necessidades e capacidades nacionais.
3. Solicitar à Diretora que:
- a) proporcione apoio aos Estados Membros, em colaboração com outras agências internacionais, para iniciar um processo de análise interna da aplicabilidade da presente Estratégia e Plano de Ação e a implementação de atividades tendentes à sua execução;
  - b) promova a implementação e coordenação desta Estratégia e Plano de Ação, garantindo seu caráter transversal através das áreas programáticas e dos diferentes contextos regionais e sub-regionais da Organização;
  - c) promova e consolide a colaboração com os países e entre eles, assim como o intercâmbio de experiências e de lições aprendidas;
  - d) promova a incorporação de avaliações externas independentes na medição da redução da desnutrição crônica;
  - e) apoie o desenvolvimento e o fortalecimento das capacidades dos recursos humanos e a prestação de serviços com qualidade;
  - f) promova a formação de alianças nacionais, municipais e locais com outras agências internacionais, instituições técnico-científicas, organizações não governamentais e a sociedade civil organizada, setor privado e outros, seguindo o conjunto de intervenções integradas estabelecidas pela APND;
  - g) informe periodicamente os Órgãos Diretores sobre os progressos e limitações na execução da presente Estratégia e Plano de Ação, assim como sua adequação a contextos e necessidades específicas.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
*Repertição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da*  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CD50/13 (Port.)  
Anexo C

**Relatório sobre as repercussões financeiras e administrativas para  
a Repartição dos projetos de resolução**

**1. Tema da agenda:** 4.9. Estratégia e Plano de ação para a Redução da Desnutrição Crônica.

**2. Relação com o orçamento por programas:**

a) **Área de trabalho:**

**Objetivo Estratégico 9:** Melhorar a nutrição, a inocuidade dos alimentos e a segurança alimentar ao longo de todo o ciclo de vida, em apoio da saúde pública e do desenvolvimento sustentável. RER 9.1.1  
RER 9.2.1  
RER 9.3.1, RER 9.3.2  
RER 9.4.1, RER 9.4.2, RER 9.4.3

**Objetivo Estratégico 4:** Reduzir a morbidade e mortalidade e melhorar a saúde em etapas essenciais da vida, como a gravidez, o parto, o período neonatal, a infância e a adolescência, melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e saudável de todas as pessoas RER 4.1.1  
RER 4.3.1  
RER 4.4.1  
RER 4.5.1  
RER 4.6.2  
RER 4.7.1

**Objetivo Estratégico 7:** Abordar os fatores sociais e econômicos determinantes da saúde mediante políticas e programas que permitam melhorar a equidade em saúde e integrar enfoques favoráveis aos pobres, sensíveis às questões de gênero e baseados nos direitos humanos RER 7.1.1  
RER 7.2.3  
RER 7.4.1  
RER 7.5.3  
RER 7.6.1

**Objetivo Estratégico 10:** Melhorar a organização, gestão e prestação dos serviços de saúde. RER 10.1.3  
RER 10.1.4  
RER 10.2.1

**b) Resultado previsto:**

Entre 2010 e 2015:

- Reduzir em cinco pontos percentuais a desnutrição crônica (altura para a idade <-2DP) em crianças menores de cinco anos.
- Reduzir em cinco pontos percentuais as anemias nutricionais em grávidas e crianças menores de 5 anos.
- Prevenir o aumento ou reduzir a prevalência de sobrepeso e obesidade.

**3. Repercussões financeiras**

**a) Custo total estimado da aplicação da resolução em todo o seu período de vigência (arredondado para os US\$ 10.000 mais próximos; inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades):**

A OPAS não pode desenvolver este Plano por si só. A colaboração com outros organismos das Nações Unidas e outros interessados diretos é fundamental para a implementação do Plano.

O custo estimado da execução do plano de ação é de US\$ 4,6 milhões por ano. Este custo inclui a manutenção do pessoal atual, contratação de pessoal adicional e execução das atividades regionais, sub-regionais e nacionais em oito países prioritários.

O projeto Curso de Vida Saudável deve mobilizar recursos para aumentar seu orçamento e poder responder ao aumento de demanda gerado por esta Estratégia e Plano de ação.

No processo de planejamento, os Estados Membros devem estimar os custos de implementação deste plano de ação em seus países e fazer os ajustes orçamentários que sejam necessários.

**b) Custo estimado para o biênio 2010-2011 (arredondado para os US\$ 10.000 mais próximos; inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades):**

US\$ 4,6 milhões por ano.

- |  |                  |
|--|------------------|
| • Pessoal regional e nacional atual                        | US\$ 2,0 milhões |
| • Pessoal nacional a ser contratado em países prioritários | US\$ 0,6 milhão  |
| • Apoio às intervenções nos países prioritários            | US\$ 2,0 milhões |

**c) Do custo estimado indicado no parágrafo b), que parte poderia ser incluída nas atuais atividades programadas?:** Nas atuais atividades programadas poderiam ser incluídos US\$ 2,0 milhões.

#### 4. Repercussões administrativas

- a) **Níveis da Organização em que seriam realizadas as ações:** A prevenção da desnutrição crônica deve ser realizada em todos os países da Região; no entanto, atribui-se prioridade aos países com a prevalência mais alta (Guatemala, Bolívia, Honduras, Peru, Equador, Nicarágua, El Salvador e Paraguai), onde o efeito das intervenções contribuirá de forma significativa para prevenir a desnutrição crônica. No Haiti a estratégia será aplicada separadamente, no âmbito da resposta para a emergência que o país atravessa. No âmbito nacional, atribui-se prioridade aos municípios em condições de pobreza ou extrema pobreza e a zonas geodemográficas vulneráveis. As intervenções são integradas a outros programas da Organização.

##### **Mecanismos de coordenação em apoio à Estratégia e Plano de ação**

- **Nível regional:** Aliança Pan-Americana pela Nutrição e o Desenvolvimento; equipes técnicas transorganizacionais, Centros Colaboradores da OPAS/OMS na Região.
- **Nível sub-regional:** Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP).
- **Nível nacional:** Representações da OPAS, Ministérios da Saúde, agências do Sistema das Nações Unidas, Agências de Cooperação Bilateral, ONGs.

- b) **Necessidades adicionais de pessoal (indicar as necessidades adicionais no equivalente de cargos em período integral, indicando o perfil desse pessoal):** Contratação de consultores nacionais em período integral destinados aos países prioritários, que preencham o seguinte perfil: profissional do setor sanitário com formação acadêmica em nutrição e saúde pública e com experiência em: 1) negociação, desenvolvimento e implementação de políticas e programas intersetoriais integrados, com enfoque de direitos, gênero e interculturalidade; 2) desenvolvimento e implementação de sistemas de informação que permitam monitorar o estado nutricional e seus determinantes; 3) desenvolvimento, implementação e avaliação de intervenções durante o curso da vida que contribuam para melhorar o estado de saúde e nutrição; 4) coordenação intersetorial local (moradia, ambiente, educação, agricultura, saúde, trabalho, desenvolvimento) para promover e implementar intervenções integradas; 5) aplicação dos princípios da atenção primária renovada ao desenvolvimento e implementação de programas e intervenções de saúde, alimentação e nutrição como parte de enfoques intersetoriais.

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

2010 Aprovação e divulgação da Estratégia e Plano de ação, elaboração do diagnóstico inicial.

2011-2012 Implementação, vigilância e desenvolvimento em quatro países prioritários (4/8).

2013-2014 Implementação, vigilância e desenvolvimento em quatro países prioritários (8/8) e expansão a outros países.

2015 Avaliação da implementação da Estratégia e Plano de ação.