

Um panorama da desnutrição no Brasil nas últimas quatro décadas¹

Márcia Cristina Pereira da Silva Thomazinho
Juliana Lordello Sícoli
Kleber Wilson Valadares Felizardo da Silva

A desnutrição pode ser compreendida como um problema social e de saúde pública e ocorre quando o organismo não recebe os aportes energético-proteicos necessários para um desenvolvimento saudável. É um fenômeno multifatorial associado à falta ou dificuldade de oferta e acesso (físico e econômico) aos alimentos, à má qualidade da alimentação, à carência de minerais e vitaminas, bem como às precárias condições de saneamento básico, que aumentam a exposição da população ao risco de contrair doenças.

Entre as diferentes formas de classificar a desnutrição energético-proteica, incluem-se: i) "aguda" e "crônica" (expressa por meio do déficit altura para idade; quando a desnutrição crônica, o déficit é muito alto e é sinônimo de "nanismo nutricional") e ii) "leve, moderada e grave" (gradação expressa por meio do déficit de peso para a idade; quando grave aponta a necessidade de hospitalização). Além delas, há ainda as relevantes deficiências por micronutrientes².

Quando não há diagnóstico adequado e não são tomadas medidas cabíveis no curto prazo, a desnutrição pode ter efeitos nocivos irreversíveis e até mesmo levar à morte.

A desnutrição grave acomete todos os órgãos da criança, tornando-se crônica e levando a óbito, caso não seja tratada adequadamente. Pode começar precocemente na vida intrauterina (baixo peso ao nascer) e frequentemente cedo na infância, em decorrência da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e da alimentação complementar inadequada nos primeiros 2 anos de vida, associada, muitas vezes, à privação alimentar ao longo da vida e à ocorrência de repetidos episódios de doenças infecciosas (diarreias e respiratórias) (MS, 2005: 13).

A evolução da desnutrição no Brasil

No mundo, 2,6 milhões crianças menores de cinco anos morrem todo ano por subnutrição (corresponde a mais de 1/3 das mortes na infância), 170 milhões de crianças sofrem de desnutrição crônica e uma em cada três crianças de países em desenvolvimento sofre de nanismo (SAVE THE CHILDREN, 2012).

Diferentemente da pequena redução da desnutrição mundial nos últimos 30 anos, o Brasil registrou grandes avanços neste tema, tanto no que se refere à redução dos óbitos, como da prevalência de desnutrição na infância.

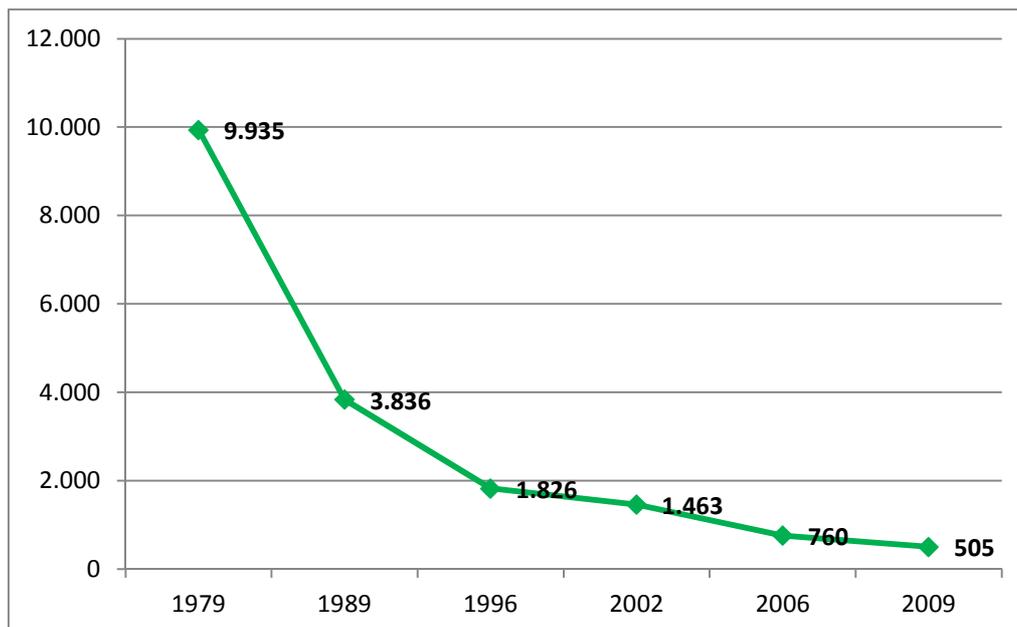
A série histórica de óbitos de crianças menores de cinco anos por desnutrição nas últimas três décadas mostra que houve uma expressiva redução desse problema no período. Entre 1979 e 2009, os óbitos por desnutrição reduziram 95%³, conforme mostra o gráfico 1.

¹ Texto produzido pela equipe técnica da Fundação Abrinq-Save The Children em fevereiro de 2012, no âmbito da Campanha *Uma Vida sem Fome: Combatendo a Desnutrição Infantil*, promovida pela Save The Children.

² A deficiência de vitamina A, a anemia ferropriva e os distúrbios por deficiência de iodo permanecem sendo problemas relevantes de saúde pública (MS, 2008), embora faltem dados nacionais para compreender sua magnitude.

³ A queda foi inclusive bastante superior à tendência geral de redução dos óbitos na infância nestes 30 anos (76%, caindo de 215 óbitos em 1979 para 50 mil em 2009).

Gráfico 1: Número de óbitos de crianças menores de 5 anos por desnutrição, Brasil (1979 a 2009)



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; **Elaboração:** Fundação Abrinq - Save the Children.

Nota: Os anos foram selecionados visando acompanhar a disponibilidade de dados antropométricos no Brasil, a exceção de 1979 - primeiro ano com dados de óbitos no Datasus.

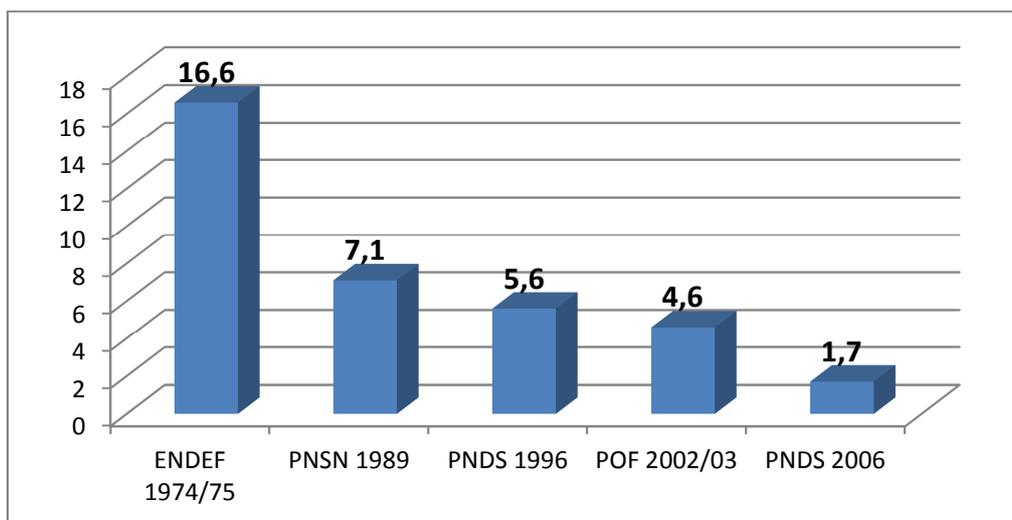
Em 1979, as mortes de crianças por desnutrição representavam quase 5% dos óbitos na infância no país; em 1989, o percentual caiu para 3%; em 1996 e 2002 para 2%; em 2006 para 1,3% e, finalmente, em 2009 representavam apenas 1% do total dos óbitos nesta faixa etária. Cabe ainda ressaltar que as regiões Norte e Nordeste concentraram 70% dos óbitos em 2009.

Para analisar a prevalência da desnutrição na infância adotam-se os índices antropométricos: altura-para-idade, peso-para-idade e peso-para-altura. Aqui optamos por analisar a evolução dos dois primeiros índices.

Conforme esclarece o Ministério da Saúde (MS, 2008: 194), o índice altura-para-idade sintetiza a *história nutricional* da criança "do nascimento (ou mesmo antes) até o momento atual, refletindo o aporte de energia, de macronutrientes e de vitaminas e minerais, todos elementos essenciais para o crescimento". Já o índice peso-para-idade "é influenciado tanto pela história nutricional de longo prazo da criança (via altura) quanto pela adequação do aporte recente de energia" (MS, 2008: 194). Embora possa ser considerado uma "medida-síntese" do estado nutricional da criança, o índice peso-para-idade não permite diferenciar se o comprometimento nutricional é atual/agudo ou progresso/crônico. Além disso, pode mascarar a combinação de distúrbios nutricionais "quando coexistem retardo do crescimento e aportes excessivos de energia, situação comum em realidades como a brasileira" (MS, 2008: 194). Apesar destas limitações, este é o índice antropométrico priorizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) para acompanhamento da meta 2 do ODM 1 (Erradicar a Extrema Pobreza e a Fome) e pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Pacto pela Saúde.

Os gráficos 2 e 3 mostram a expressiva queda na prevalência de desnutrição entre menores de cinco anos nas últimas três décadas. É importante salientar que esta queda contribuiu para a redução da mortalidade na infância no Brasil.

Gráfico 2: Déficit peso-idade entre menores de 5 anos, Brasil (%)

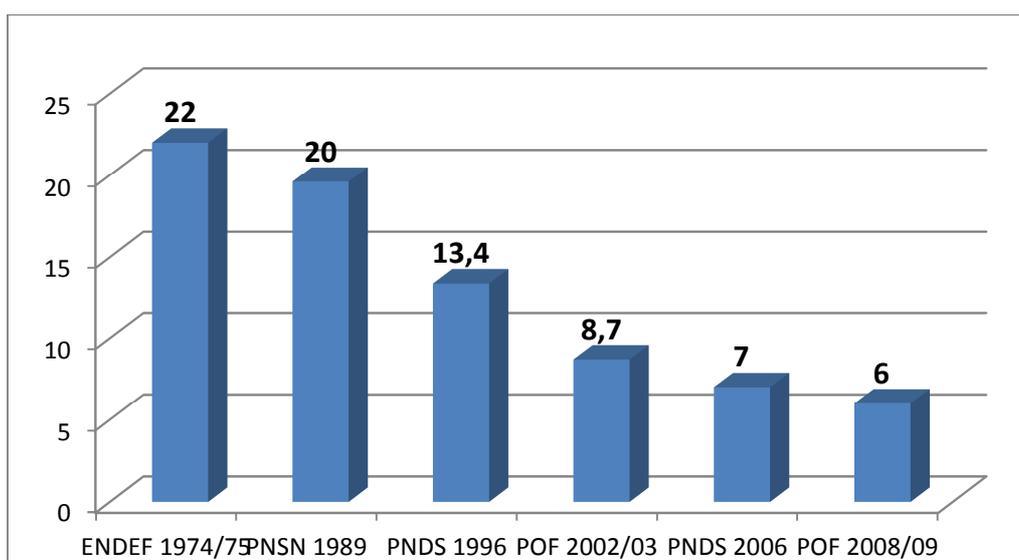


Fontes: Estudo Nacional da Despesa Familiar - ENDEF, 1974-1975; Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição - PNSN, 1989; Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS, 1996 e 2006; Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF, 2002-2003; **Elaboração:** Fundação Abrinq-Save the Children.

A redução do déficit peso-idade nas últimas três décadas foi de 90%. De forma semelhante aos óbitos por desnutrição (gráfico 1), as maiores quedas no déficit peso-idade aconteceram proporcionalmente entre meados da década de 1970 e final da década de 1980 (57% menor em 15 anos) e entre 2002/2003 e 2006 (63% menor em 4 anos), ainda que em números absolutos o avanço mais significativo tenha ocorrido entre 1974/1975 e 1989.

Uma vez que expressa o histórico nutricional de crianças, o déficit altura-idade é menos permeável a mudanças no curto prazo. Apesar da redução de 73%, entre 1974 e 2009, ser menor do que a queda observada nos óbitos por desnutrição (gráfico 1) ou no déficit peso-idade (gráfico 2), ela tem maior significado social uma vez que expressa os casos agudos e crônicos. Diferente dos dois indicadores anteriores, a queda no déficit altura-idade foi maior entre 1989 e 2002/03.

Gráfico 3: Déficit altura-idade entre menores de 5 anos, Brasil (%)



Fontes: Estudo Nacional da Despesa Familiar - ENDEF, 1974-1975; Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição - PNSN, 1989; Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS, 1996 e 2006; Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF, 2002-2003 e 2008-2009; **Elaboração:** Fundação Abrinq-Save the Children.

A despeito dos grandes avanços no âmbito nacional, é essencial compreender que o problema não foi erradicado no país. Embora em comparação com os parâmetros internacionais os percentuais do país sejam poucos expressivos, em 2011 o Brasil ainda possuía 32 mil crianças menores de cinco anos em desnutrição grave (muito baixo peso para a idade) e mais de 159 mil crianças desta faixa sofrendo de desnutrição crônica (altura muito baixa para a idade)⁴.

Assim como no caso dos óbitos (gráfico 1), a prevalência da desnutrição permanece sendo alta nas regiões Norte e Nordeste, que historicamente concentram os piores indicadores de condições de vida do país.

A última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) (2008-2009) evidenciou a maior presença de desnutrição nas famílias de menor renda: enquanto nas famílias com renda per capita até $\frac{1}{4}$ de *salário mínimo* foi constatado déficit altura-idade de 8,2%, este percentual caiu para 3,1% das crianças até cinco anos em famílias cujo rendimento per capita superava cinco salários mínimos. Por outro lado, diferente de inquéritos anteriores, a POF 2008-2009 não mostrou variação significativa entre a área rural e urbana.

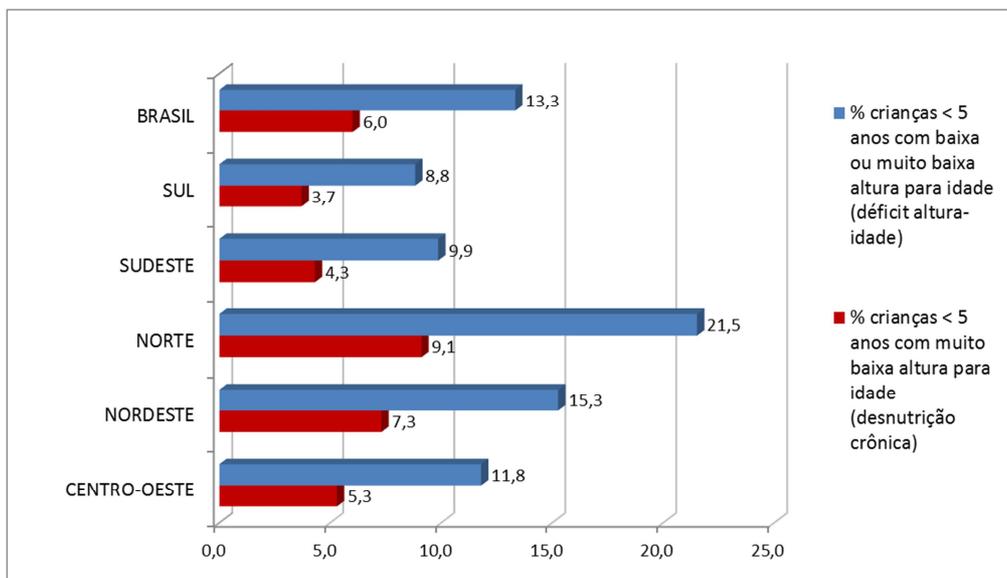
Desde 2008, em função da integração dos dados provenientes do "Sisvan-Web" (alimentado por meio dos dados fornecidos por equipamentos de saúde do SUS e pela Estratégia de Saúde da Família) e do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família⁵, o Brasil conta com um sistema informatizado que disponibiliza os três índices antropométricos, por diferentes faixas etárias, para cada um dos 5.565 municípios brasileiros. Embora os dados do Sisvan não possam ser comparados à série histórica e as fontes anteriormente apresentadas, uma vez que adotam diferentes metodologias e abrangências populacionais, eles são de grande importância para compreender a magnitude da desnutrição na infância hoje e indicar as ações prioritárias para seu enfrentamento.

O gráfico 4 mostra o déficit altura-idade no Brasil e nas regiões brasileiras em 2011, evidenciando que, tanto no caso da desnutrição crônica (altura muito baixa para a idade), como da somatória do percentual de altura baixa e muito baixa, as regiões Norte e Nordeste concentram as piores condições. O déficit de altura-idade é 61% maior no Norte e 15% maior do Nordeste do que na média do país.

⁴ Os dados são provenientes do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN e contabilizam tanto os registros provenientes do "SISVAN – WEB", como do "Sistema de Gestão do Bolsa Família" (Datusus), relativos ao ano de 2011 (<http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php> - consultar "Módulo gerador de relatórios").

⁵ Uma das três das condicionalidades impostas às famílias que recebem o benefício do Bolsa Família é o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 7 anos e da saúde de gestantes.

Gráfico 4: Déficit altura-idade entre menores de 5 anos, Brasil e Grandes Regiões, 2011 (%)

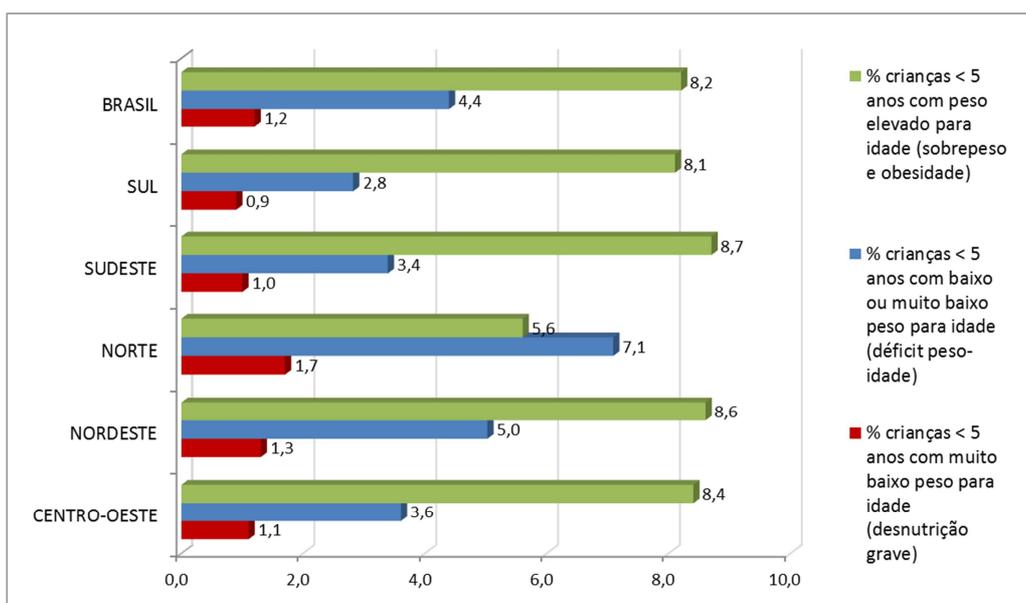


Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)/ Ministério da Saúde, 2011; **Elaboração:** Fundação Abrinq- Save the Children.

Nota: Foram contabilizados tanto os registros provenientes do "SISVAN - WEB", como do "Sistema de Gestão do Bolsa Família" (Datusus). Foi assumido como "déficit" a soma do percentual de crianças com altura muito baixa e baixa para a idade.

O gráfico 5 mostra o déficit peso-idade no Brasil e regiões brasileiras em 2011, assim como a presença de peso elevado. Mais uma vez, o déficit na região Norte é 61% e no Nordeste 13% superior à média nacional, desigualdade que se observa também quanto à desnutrição grave (muito baixo peso para idade). Já quanto ao peso elevado, o problema ocorre com intensidade semelhante em todas as regiões, exceto na Norte (32% menor que a média do país).

Gráfico 5: Déficit peso-idade e peso elevado entre menores de 5 anos, Brasil e Regiões, 2011 (%)



Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)/ Ministério da Saúde, 2011; **Elaboração:** Fundação Abrinq- Save the Children.

Nota: Foram contabilizados tanto os registros provenientes do "SISVAN - WEB", como do "Sistema de Gestão do Bolsa Família" (Datusus). Foi assumido como "déficit" a soma do percentual de crianças com muito baixo e baixo peso para a idade.

Ainda a respeito do gráfico 5, vale chamar a atenção para o fato do percentual de crianças com peso elevado no país ser quase o dobro do percentual daquelas com déficit peso-idade. Cabe ainda mencionar que os dados da POF 2008-2009 mostraram que a tendência de sobrepeso e obesidade aumenta com o avanço da idade. Na faixa etária de 5 a 9 anos, uma em cada três crianças estava acima do peso recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Já entre adolescentes do sexo masculino de 10 a 19 anos o percentual foi de 21,7, enquanto do sexo feminino foi de 19,4%. Entre os homens adultos o percentual aumenta para 50,1% e entre mulheres adultas para 48%.

A coexistência de doenças relacionadas à desnutrição e de doenças associadas ao excesso e má qualidade da alimentação - como sobrepeso, obesidade, diabetes e hipertensão - configura a chamada "transição nutricional". Este cenário requer a ampliação do foco sobre a qualidade da alimentação, remetendo à reorientação de hábitos alimentares e à revisão do atual padrão alimentar (com predominância de alimentos industrializados e ricos em gorduras e açúcares), além da promoção de atividades físicas, em lugar do sedentarismo.

Fatores que contribuíram para os avanços

O Brasil tem sido apontado como um dos países que mais avançaram na redução da desnutrição infantil. O sucesso tem sido objeto de estudo em função da disponibilidade dos inquéritos antropométricos nacionais realizados desde 1975.

Muito embora os inquéritos nutricionais possuam metodologias variadas, há um consenso na literatura (MONTEIRO, C.A. *et al*, 2009; MS, 2009; VICTORA, C.G. *et al*, 2011) sobre os fatores que contribuíram para o declínio da desnutrição nos últimos 30 anos. O quadro a seguir mostra os principais fatores, conforme três grandes períodos:

1974/75-1989	- Expansão dos serviços públicos de educação, com reflexos na escolaridade materna ⁶ ;
	- Expansão dos serviços de saneamento;
	- Expansão dos serviços básicos de saúde;
	- Aumentos moderados da renda familiar.
1989-1996	- Melhoria da escolaridade da mãe;
	- Ampliação substancial de serviços básicos de saúde;
	- Expansão da rede pública de abastecimento de água;
	- Modesto aumento da renda familiar.
1996-2006/07	- Melhoria significativa da escolaridade materna;
	- Elevação significativa do poder aquisitivo das famílias;
	- Expansão do acesso da população a serviços públicos essenciais;
	- Ampliação da cobertura de cuidados com a saúde materna e infantil
	- Em menor grau a expansão da rede de abastecimento d'água e de esgotamento sanitário

⁶ A pesquisa "Saúde infantil em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil", realizada pela Pastoral da Criança, indica a associação entre analfabetismo e baixa escolaridade dos pais ou responsáveis e a prevalência de desnutrição (CESAR *et al*, 2005).

A expansão da rede de saneamento básico é importante para o enfrentamento do binômio desnutrição/infecção, à medida que o acesso ao abastecimento adequado de água e à rede geral de esgoto reduz o risco de diarreias e outras doenças. São medidas essenciais para evitar a desnutrição ou o seu agravamento. De acordo com estudo realizado por Teixeira e Heller (2004: 270) em Juiz de Fora,

... para o controle da desnutrição crônica, são imprescindíveis boas cobertura e qualidade nos serviços de saneamento, em especial abastecimento contínuo de água do sistema público com a eliminação da intermitência no fornecimento. Programas de educação sanitária, visando melhorar as práticas de higiene dispensadas pelo responsável à criança, e o combate ao lançamento das fezes das fraldas da criança no peridomicílio revelam-se imprescindíveis.

Para melhor compreender os fatores anteriormente apresentados, é relevante resgatar brevemente o contexto social, político e econômico do país entre o período de 1970 e 2010.

A década de 1970 foi marcada por um rápido crescimento econômico nacional e aumento da concentração de renda. Procurando fazer frente à fragmentação da atenção em saúde no país e, contando com o incentivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), iniciaram-se os debates acerca da universalização do acesso à saúde. Em 1978, a Declaração de Alma-Ata apontou a atenção primária como um caminho para a estruturação dos sistemas nacionais de saúde.

A década de 1980 pode ser caracterizada pela estagnação do crescimento econômico e acirramento das desigualdades sociais. No cenário econômico, a passagem dos anos 1980 para os anos 1990 delimitou a transição entre a chamada "década perdida" e o período de abertura política e financeira do país. Tal mudança, embora indicasse o início de um novo crescimento econômico brasileiro, não trouxe respostas para os graves problemas sociais existentes, dentro os quais os altos índices de população vivendo abaixo da linha de pobreza.

No que diz respeito ao cenário político, o fim dos anos 1980 e início dos anos 1990 representam a reafirmação do processo democrático brasileiro, cujo marco principal foi a promulgação da Constituição Brasileira em 1988. Sucedida pela promulgação da Constituição, em julho de 1990 foi aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O Estatuto afirmou o dever da sociedade e do poder público em assegurar à criança e ao adolescente direitos fundamentais, como: o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação e ao respeito.

No campo da saúde, surgiu o movimento de reforma sanitária, decisivo para a conquista da saúde como um direito, estabelecido constitucionalmente⁷, e para a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da criação de sua base legal e jurídica (Lei nº 8.080, de 1990).

Ao longo dos anos 1990, o Brasil avançou na implementação do SUS, especialmente na expansão da atenção primária, por meio de dois programas: Agentes Comunitários de Saúde (1991) e Saúde da Família (1994). Ambos permitiram que a atenção básica em saúde alcançasse as regiões mais pobres do país, em particular no Norte, Nordeste e áreas rurais.

⁷ O Artigo 196 da Constituição estabelece que a "saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

A Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) está baseada na reorientação do modelo de atenção em saúde desde a atenção primária.

As equipes são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, contam ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias (feito por meio de visitas domiciliares) e pelos devidos encaminhamentos à rede pública do SUS. Assim, realizam ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes na comunidade acompanhada.

Conforme o Ministério da Saúde (MS), a Estratégia de Saúde da Família contribui para a "maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais [do SUS] e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas".

A cobertura da ESF teve um crescimento significativo nos últimos anos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país.

Especialmente focando a nutrição da população menor de cinco anos, cabe enfatizar também a contribuição do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Originado na década de 1950 e fortalecido a partir de 1988, o PNAE oferece alimentação a alunos da educação infantil (creches e pré-escolas), do ensino fundamental, da educação indígena, das áreas remanescentes de quilombos e aos alunos da educação especial de equipamentos públicos ou conveniados. Conforme reconhece Vasconcelos (2005: 453), o "PNAE (1954 até hoje) se constitui no programa de maior longevidade da trajetória da política social de alimentação e nutrição brasileira". Conforme prevê a lei, a alimentação oferecida nas escolas deve suprir no mínimo 15% das necessidades nutricionais diárias dos alunos.

A partir de 2000, as desigualdades de renda começaram a diminuir devido aos programas de transferência condicional de renda, aumento do salário mínimo⁸ e a melhora da educação das mães. Criada em 2003, a estratégia Fome Zero teve o mérito de colocar o tema da fome na agenda social e política do país e fortalecer iniciativas e programas em curso.

Com o lançamento do Fome Zero, o Governo Federal aproveitou as experiências anteriores, diferenciando-se ao admitir explicitamente que era responsável, em última instância, pela garantia da segurança alimentar e nutricional de todos os brasileiros (FAO, 2006: 5)

O Fome Zero reúne um conjunto de ações e projetos de diferentes Ministérios em torno de quatro eixos articuladores: acesso à alimentação, geração de renda, fortalecimento da agricultura familiar e articulação, mobilização e controle social. O Programa Bolsa Família (PBF) é uma das ações da Estratégia de Saúde da Família, transferindo renda direta com condicionantes. Atualmente atende mais de 13 milhões de famílias em todo o território nacional.

Apesar de não haver ainda pesquisas conclusivas sobre os impactos do Fome Zero e, especificamente do Bolsa Família, há indicativos de seus efeitos positivos na redução da desnutrição:

Estudos recentes feitos pelo MDS [Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome] evidenciam que os beneficiários do Bolsa Família estão gastando aproximadamente 76% deste valor em alimentação e que um número maior de famílias melhorou a frequência das refeições e o seu conteúdo nutricional. Por outro lado, comparando famílias que não recebem Bolsa Família, tem sido encontradas evidências que estas últimas tem 62% de probabilidade de que crianças de 6 a 11 meses sofram de desnutrição crônica (FAO, 2006: 6)

⁸ Na década de 1980 o salário-mínimo correspondia a US\$ 50 por mês. Atualmente equivale a US\$ 345.

Acrescente-se também que:

... as condicionalidades do PBF induzem as mães a realizar as consultas de pré-natal melhorando o cuidado com a gestação e reduzindo as intercorrências da gestação relacionadas ao baixo peso decorrente da prematuridade (MS, 2010: 291)

Conforme destacam Victora *et al* (2011), entre mais de 50 programas e ações para a melhoria da saúde infantil, a contribuição da Pastoral da Criança na identificação e acompanhamento de gestantes e crianças em municípios e comunidades de todo país também foi decisiva para a redução da desnutrição nas últimas décadas.

É relevante mencionar ainda que, no ano 2000, a comunidade internacional assinou a Declaração do Milênio das Nações Unidas, assumindo o compromisso de promover até 2015 o cumprimento de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), dentre os quais: a erradicação da extrema pobreza e a fome, a universalização da educação primária, a redução da mortalidade na infância, e melhoria da saúde materna.

Em 2002, Chefes de Estados e de Governo, incluindo o governo brasileiro, pactuaram objetivos e metas para a promoção e proteção dos direitos de crianças e adolescentes. Este pacto resultou na formulação do documento intitulado *Um mundo para as crianças*, que compreende a saúde e a nutrição adequadas como fundamentais para o desenvolvimento infantil. Visando a promoção de vidas saudáveis, o governo brasileiro assumiu a meta de reduzir no mínimo um terço a desnutrição de crianças menores de cinco anos entre 2000 e 2015.

Ambos documentos reforçaram o compromisso público do Estado em promover o enfrentamento das problemáticas relacionadas à desnutrição infantil e ao combate à fome.

A Estratégia Fome Zero

O FOME ZERO é uma estratégia impulsionada pelo governo federal para assegurar o direito humano à alimentação adequada às pessoas com dificuldades de acesso aos alimentos. Tal estratégia se insere na promoção da segurança alimentar e nutricional buscando a inclusão social e a conquista da cidadania da população mais vulnerável à fome.

Além de priorizar o tema da fome da agenda política do Brasil, possibilita vinculação entre Segurança Alimentar e Nutricional e a necessidade de repensar a ação do Estado.

Tem por base a transversalidade e intersetorialidade nas ações das três esferas de governo; no desenvolvimento de ações conjuntas entre o Estado e a sociedade; na superação das desigualdades econômicas, sociais, de gênero e raça; na articulação entre orçamento e gestão e de medidas emergenciais com ações estruturantes e emancipatórias.

Pressupõe interlocução entre nos seguintes Ministérios: Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Desenvolvimento Agrário; Saúde; Educação; Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Trabalho e Emprego; Ciência e Tecnologia; Integração Nacional; Meio Ambiente; Justiça e da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e Fazenda.

Extraído do site <http://www.fomezero.gov.br/>

Desafios atuais

A erradicação da desnutrição infantil pressupõe como ponto de partida o apropriado diagnóstico dos casos e o encaminhamento adequado das crianças com problemas agudos, graves e crônicos de desnutrição nos equipamentos de saúde do SUS, na comunidade e no domicílio. Conforme apontam os indicadores, é essencial concentrar o foco da atenção nas regiões Norte e Nordeste.

Para além, é fundamental desenvolver ações que assegurem a segurança alimentar e nutricional da população, ou seja,

a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Art. 3º da Lei 11.346/2006, Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional).

O alcance do direito humano à alimentação adequada implica o enfrentamento das desigualdades sociais e regionais existentes no país, abrangendo desde medidas para retirar da situação de extrema pobreza parcelas ainda numerosas da população, a medidas de incentivo à agricultura familiar e fortalecimento de programas de compra pública de alimentos (aqui incluída a fundamental contribuição da Política Nacional de Alimentação Escolar – PNAE e do Programa de Aquisição de Alimentos - PAA), além de ações que promovam a reeducação alimentar e os hábitos alimentares saudáveis.

Contribuições da Fundação Abrinq - Save The Children ao enfrentamento dos desafios em 2012

- ✓ Criação e inserção de Campanha, em mídia nacional / regional, sobre o direito ao pré-natal de qualidade (um bom acompanhamento pré-natal aumenta os cuidados durante a gestação, reduzindo o risco de prematuridade e baixo peso ao nascer);
- ✓ Criação e inserção de Campanha, em mídia nacional / regional, sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até 6 meses;
- ✓ Desenvolvimento de ações locais em municípios do Norte e Nordeste, visando contribuir com a saúde e a nutrição de crianças menores de cinco anos, gestantes e parturientes;
- ✓ Ações de *advocacy* em prol da sobrevivência de crianças de 0 a 5 anos.

Bibliografia

- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19:181-191, 2003.
- BRASIL. Lei nº 11.346 - **Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atendimento da criança em desnutrição grave em nível hospitalar**. Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (Relatório, versão preliminar)**. Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília, DF, 2011.
- CESAR et al. Saúde infantil em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: comparando indicadores básicos em áreas atendidas pela Pastoral da Criança e áreas-controlê. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(6): 1845-1855, 2005.
- COUTINHO, Janine Giuberti; GENTIL, Patrícia Chaves; TOTAL, Natacha. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):332-340, 2008.
- FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION (FAO). **Fome Zero: lições principais**. Santiago, Chile, 2006
- Monteiro, Carlos Augusto et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43(1):35-43, 2009.
- SAVE THE CHILDREN. **A life free from hunger: tackling child malnutrition**. London, UK, 2012.
- TEIXEIRA, J.M. e HELLER, L. Fatores ambientais associados à desnutrição infantil em áreas de Invasão. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v.7(3): 270-278, 2004.
- VASCONCELOS, F. A G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas à Lula. **Revista de Nutrição**. Campinas, 18(4):439-457, 2006.
- VICTORA, Cesar G et al. Condições de saúde e inovações políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **The Lancet**, 2011, DOI:10.1016/S140-6736(11)60055-X.
- VICTORA, Cesar G et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, 2011, DOI:10.1016/S140-6736(11)60138-4.