PANORAMA DA OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

RIO DE JANEIRO, VOL. 1, Nº1, OUT. 2019

desiderata
Trabalho coletivo
Saúde em foco

METODOLOGIA

Na seção "Obesidade em crianças e adolescentes", foi utilizado o conceito de obesidade segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1) e de dupla carga de má nutrição segundo a OMS e outras publicações relevantes (2–8). Nos infográficos de "Fatores que influenciam a obesidade em crianças e adolescentes" e "Riscos para a infância e vida adulta", foram considerados protocolos nacionais (9) e internacionais (10), além de revisões sistemáticas e outras publicações (11–25), respeitando os princípios e critérios da saúde baseada em evidências.

Para a "Avaliação da obesidade e sobrepeso em crianças e adolescentes", foram respeitados os critérios e definições do Ministério da Saúde (MS) no âmbito do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para o acompanhamento e aferição do crescimento e desenvolvimento infantil (26), sendo os padrões de crescimento ilustrados os constantes nas cadernetas da criança e do adolescente, oriundos das curvas de crescimento padrão desenvolvidas pela OMS (27,28).

Na seção "Obesidade em crianças e adolescentes no Estado do Rio de Janeiro", as informações dos infográficos "Comparativo do Estado Nutricional (%) segundo IMC para a idade de crianças e adolescentes em 2008 e em 2018, de acordo com o SISVAN" e "Série histórica de excesso de peso segundo IMC para a idade de 5-19 anos no município do Rio de Janeiro, de acordo com o SISVAN" são oriundas da base de dados do SISVAN (29), consultada em agosto de 2019. Tais informações refletem os acompanhamentos realizados no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), incluindo beneficiários do Programa Bolsa Família e demais usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que: residem em áreas cobertas pela APS, frequentaram unidades e tiveram avaliação realizada no período. As faixas etárias de 5-10 e 10-19 anos foram somadas, devido à similaridade das prevalências dos indicadores entre elas.

As projeções populacionais utilizadas para comparação ao número de avaliações do SISVAN no Estado do Rio de Janeiro são as do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando a última versão disponível e atualizada para a projeção do ano de 2018 (30) e de 2008 (31).

Na seção de "Enfrentamento", foi feita a escolha de apontar a importância da Declaração de Roma (32) como um compromisso assumido pelo governo Brasileiro com relação às políticas de alimentação e nutrição no contexto da Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição, resultando no lançamento dos Compromissos do Brasil em publicação (33). Também optou-se por pontuar os grandes grupos de ações preconizadas pela OMS para o enfrentamento da obesidade infantil (34), dada sua relevância e visão abrangente da complexidade de áreas de ação envolvidas. Da mesma forma, visto que a APS representa a porta de entrada do SUS e o local privilegiado para a vigilância alimentar e nutricional da população, foi apresentado o "Histórico da mediana anual de cobertura (%) da Estratégia da Saúde da Família" com base em informações do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (35).

Na seção de "Políticas Públicas sobre obesidade infantil e de adolescentes", foram consideradas as políticas específicas voltadas para a Promoção da Saúde e Obesidade Infantil preconizadas pelo Ministério da Saúde (programas Saúde na Escola e Crescer Saudável) e pontuados os repasses de recursos realizados para a organização e financiamento das ações durante os últimos ciclos (36–38).

Na seção "Estudos em andamento no Brasil", foram incluídas informações gerais de projetos de pesquisa e editais que se relacionam com as políticas públicas sobre obesidade infantil e de adolescentes e que têm potencial para direcionar e auxiliar no seu planejamento e avaliação.

Referências

1. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva; 2000.
2. World Health Organization. The Double Burden of malnutrition. Policy brief. Geneva; 2017b.
3. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, De Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Vol. 382, The Lancet. 2013. p. 427–51.
4. Kosaka S, Umezaki M. A systematic review of the prevalence and predictors of the double burden of malnutrition within households. Vol. 117, British journal of Nutrition. 2017. p. 1118 – 27.
5. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. Vol. 393, 2019. p. 791– 846.
6. Tzioumis E, Adair LS. Childhood dual burden of under- and overnutrition in low- and middle-income countries: A critical review. Food Nutr Bull. 2014 Jun 1;35(2):230– 43.
7. United Nations Children's Fund. World Health Organization TWB. Levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2019 Edition of the Joint Child Malnutrition Estimates. Geneva: World Health Organization; 2019.
8. Davis J, Oaks B, Engle-Stone R. The Double Burden of Malnutrition: A Systematic Review of Operational Definitions. Curr Dev Nutr. 2019 Jun 1;3(suppl 1).
9. Brasil. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 212 p.
10. Styne DM, Arslanian SA, Connor EL, Farooqi IS, Murad MH, Silverstein JH, et al. Pediatric obesity-assessment, treatment, and prevention: An endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2017 Mar 1;102(3):709–57.
11. Ogden CL, Carroll MD, Fakhouri TH, Hales CM, Fryar CD, Li X, et al. Prevalence of obesity among youths by household income and education level of head of household - United States 2011-2014. Morb Mortal Wkly Rep. 2018 Feb 16;67(6):186–9.
12. Abarca-Gómez L, Abdeen ZA, Hamid ZA, Abu-Rmeileh NM, Acosta-Cazares B, Acuin C, et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. Lancet. 2017 Oct 13;390(10113):2627–42.
13. Lee H, Andrew M, Gebremariam A, Lumeng JC, Lee JM. Longitudinal associations between poverty and obesity from birth through adolescence. Am J Public Health. 2014;104(5).
14. Min J, Xue H, Wang Y. Association between household poverty dynamics and childhood overweight risk and health behaviours in the United States - a 8-year nationally representative longitudinal study of 16 800 children. Pediatr Obes [Internet]. 2018; 13(10):590–7.
15. Noonan RJ, Fairclough SJ. Is there a deprivation and maternal education gradient to child obesity and moderate-to-vigorous physical activity? Findings from the Millennium Cohort Study. Pediatr Obes. 2018 Jul 1;13(7):458–64.
16. Souza MCC, Tibúrcio JD, Bicalho PMF, Rennó HMS, Dutra JS, Campos LG, et al. Fatores associados à obesidade e sobrepeso em escolares: Texto contexto - enferm. 2014;23(3):712–21.
17. Welfort VR, Lamounier JA. Nutrição em Pediatria: da Neonatologia à Adolescência. 2nd ed. Editora Manole; 2017. 1036 p.
18. Kumar S, Kelly AS. Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment. Vol. 92, Mayo Clinic Proceedings. 2017. p. 251–65.
19. Lobstein T, Baur L, Uauy R, Lobstein T, Baur L, Uauy R, IASO International Obesity TaskForce. Obesity in children and young people: a crisis in public health. Obes Rev SSuppl 1l:4-104. Vol. 5 Suppl 1. 2004. 4–104 p.
20. Perry DC, Metcalfe D, Costa ML, Van Staa T. A nationwide cohort study of slipped capital femoral epiphysis. Arch Dis Child. 2017 Dec 1;102(12):1132–6.
21. Sonntag D, Ali S, Lehnert T, Konnopka A, Riedel-Heller S, König H-H. Estimating the lifetime cost of childhood obesity in Germany: Results of a Markov Model. Pediatr Obes [Internet]. 2015 Dec;10(6):416–22.
22. Shore RJ, Allar B, Miller PE, Yee Y-M, Matheney TH, Kim Y-J. Childhood Obesity: Adverse Effects on Activity and Hip Range of Motion. Orthop J Harvard Med Sch. 2018;39(June):24–31.
23. Trasande L, Liu Y, Fryer G, Weitzman M. Effects of childhood obesity on hospital care and costs, 1999-2005. Health Aff. 2009 Jul;28(4).
24. Yan Y, Hou D, Zhao X, Liu J, Cheng H, Wang Y, et al. Childhood Adiposity and Nonalcoholic Fatty Liver Disease in Adulthood. Pediatrics. 2017. Oct 31;139(4).
25. Chen Y-C, Fan H-Y, Huang Y-T, Huang S-Y, Liou T-H, Lee YL. Causal relationships between adiposity and childhood asthma: bi-directional Mendelian Randomization analysis. Int J Obes (Lond). 2019;43(8):73–81.
26. Brasil. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. 2011. 1–71 p.
27. World Health Organization. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva; 2006. 336 p.
28. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bull World Health Organ. 2007 Sep;85(9):660–7.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Relatórios Públicos. 2019.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060. 2019
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 2000/2060 [Internet]. 2013
32. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Rome Declaration on Nutrition. Rome; 2014.
33. Brasil. Compromissos do Brasil para a Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição (2016-2025). Brasília; 2016.
34. World Health Organization. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity: implementation plan: executive summary. Geneva; 2017a.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Cobertura da Atenção Básica. 2019.
36. Brasil. Portaria no 2.706, de 18 de outubro de 2017 Brasília; 2017.
37. Brasil. Portaria no 3.662, de 14 de novembro de 2018. Brasília; 2018
38. Brasil. Portaria no 2.264, de 30 de agosto de 2019. Brasília; 2019.

PAINEL DE OPINIÕES

INFORMAÇÃO PARA AÇÃO

Katiana Teléfora - Coordenadora da Área Técnica de Alimentação e Nutrição – SES-RJ

Informação para ação, afirmação ouvida comumente na gestão pública, ainda é potente para pensar no avanço da obesidade e como podemos enfrentá-la. O único sistema de informação do SUS que identifica o percentual de pessoas com obesidade em todos os municípios é o SISVAN. Seu uso é fundamental para o diagnóstico coletivo do estado nutricional de crianças e adolescentes.

O excesso de peso nesses grupos aumentou nos últimos anos, e ações governamentais têm sido feitas para seu enfrentamento, como o Programa Saúde na Escola e seu braço, o Programa Crescer Saudável.

Uma forma de articular o diagnóstico nutricional (antropométrico e consumo alimentar) é a utilização dos Guias Alimentares. Os guias são documentos que trazem as diretrizes nacionais de recomendações para uma alimentação adequada e saudável para apoiar as ações de educação alimentar e nutricional.

Consideramos muito importante incorporar o Guia em nossas ações no território.

POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Rafaella da Costa Santin[1], Ana Maria Cavalcante de Lima[1], Sara Araújo da Silva[1], Gisele Ane Bortolini[1].

[1] - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN / Ministério da Saúde - MS

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como propósito melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira e estabelece, dentre suas diretrizes, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) enquanto um componente imprescindível para a atenção nutricional no Sistema Único de Saúde (SUS). Entende-se por VAN a descrição contínua e a predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes.

Na prática, recomenda-se que, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, a gestão e a organização dos cuidados em alimentação e nutrição considerem todo o ciclo de VAN que contempla as etapas de coleta de dados e produção de informações, de análise e decisão, de implementação de ações e de avaliação para re-planejamento das ações e políticas.

Para tanto, está disponível a todos os municípios brasileiros, desde 2004, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), que é a principal ferramenta utilizada para a gestão das informações de VAN na Atenção Primária à Saúde. O Sisvan permite o registro e a disseminação de informações acerca da avaliação antropométrica e de consumo alimentar da população atendida na APS, seja esta criança, adolescente, adulta, idosa ou gestante, independente do sexo, raça/cor, escolaridade ou pertencente a algum povo ou comunidade tradicional. Em 2018, mais de 40 milhões de pessoas foram acompanhadas quanto ao estado nutricional e aproximadamente 2 milhões de pessoas foram avaliadas quanto aos marcadores de consumo alimentar em todo o país, pelo Sisvan. Dessa forma, o sistema possibilita conhecer o cenário alimentar e nutricional da população adstrita aos serviços e as equipes de APS e a formulação de políticas que atendam às necessidades desse público.

O reconhecimento do cenário nutricional e alimentar da população permite e oportuniza aos gestores e profissionais de saúde a aplicação das diretrizes oficiais para uma alimentação adequada e saudável, conforme recomendam os Guias Alimentares da População Brasileira e das Crianças Menores de 2 Anos. Desta forma, garantamos à população brasileira, a atenção nutricional prevista na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e à proteção da saúde, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de agravos para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados no SUS.

ATIVIDADE FÍSICA E OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Ricardo Brandão de Oliveira – Professor Adjunto da UERJ / Coordenador do Laboratório de Vida Ativa – LaVA da UERJ / Coordenador Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Exercício e do Esporte da UERJ

A atividade física exerce um importante papel na prevenção do sobrepeso e da obesidade na infância e adolescência, reduzindo os riscos da obesidade também na vida adulta. O período da puberdade, seguida da adolescência, é reconhecido como o de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento da obesidade, devido à maturação sexual e, em muitos casos, a reduções concomitantes nos níveis de atividade física, especialmente entre os 9 e 15 anos. Atualmente, em todo o mundo, 3 em cada 4 crianças entre 4 e 11 anos de idade não atingem as recomendações mínimas de atividade física (WHO, 2018). No Brasil, segundo resultados do estudo ERICA (Cureau et al, 2016), 38% dos meninos e 71% das meninas realizam menos do que 300 minutos de atividade física semanal. Comportamentos ativos têm sido substituídos por atividades mais sedentárias. Crianças brasileiras passam em média 5 horas assistindo televisão e tempo cada vez maior envolvidas com jogos eletrônicos. Sem políticas adequadas capazes de promover o engajamento de crianças e adolescentes a uma vida mais ativa, possivelmente teremos a primeira geração de adultos com menor qualidade de vida que a dos pais.

Em uma perspectiva ampla de saúde pública, o combate à obesidade parece ser mais efetivo com a adoção de políticas públicas associadas à rotulagem adequada de alimentos, à taxação de produtos com importantes externalidades, como as bebidas açucaradas e ao investimento em infraestrutura associada ao uso de transportes ativos, como caminhadas e bicicletas.

IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E USO DA CADERNETA DE SAÚDE

Mônica Moretzsohn - Presidente do Departamento de Nutrologia da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro – SOPERJ

O peso é o índice que mais rapidamente se altera quando há um problema de saúde. A estatura demora a sofrer alterações em condições mórbidas, sendo parâmetro pouco sensível para avaliar a presença de doenças agudas, porém, quando comprometido, pode-se inferir que a doença é de longa data, sendo importante para avaliar a duração da doença.

Com os dados de peso e estatura, é possível calcular o índice de massa corporal – IMC (peso em quilos dividido pela altura em metros elevada ao quadrado). Estes dados devem ser plotados nos gráficos da OMS presentes na caderneta de saúde da criança do Ministério da Saúde para crianças < de 5 anos e de 5 a 19 anos, para meninos e meninas.

Toda criança deve ser medida e pesada nas consultas de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento nos seguintes momentos: 1ª semana, 1º mês, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e aos 24 meses, e acima de 24 meses, no mínimo, anualmente (Brasil, 2012; Brasil, 2019).

Como dria o professor Marcondes: "Crescimento não é fotografia, é filme" (Marcondes et al, 2002). Assim, um único valor isolado de um parâmetro antropométrico qualquer tem uma capacidade muito limitada de expressar o crescimento da criança, sendo fundamental o acompanhamento a longo prazo da velocidade de crescimento. Portanto a avaliação da trajetória da curva de crescimento é de fundamental importância antropométrica e deve constar da caderneta de saúde da criança, poderosa ferramenta para acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança e adolescente (Moretzsohn et al, 2015).

Vale mencionar que é importante a participação da atenção primária no acompanhamento do estado nutricional de crianças e adolescentes, possibilitando que desvios nutricionais sejam detectados em tempo oportuno e que os casos sejam tratados ou encaminhados ao especialista o mais rápido possível, sempre que necessário.

EDITORIAL

Esta é a primeira edição do PANORAMA DA OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES. A relevância do tema se dá pela sua magnitude como um problema de saúde de ordem global: no mundo, há 124 milhões de crianças e adolescentes com obesidade. No Brasil, 1 a cada 3 crianças estão com sobrepeso ou obesidade.

O avanço rápido do número de pessoas acometidas por essa doença e suas consequências, seja na infância e adolescência ou na vida adulta, torna urgente a necessidade de políticas e programas que orientem os sistemas de saúde e toda a sociedade para o seu enfrentamento. Para isso, a produção de informações nacionais e o monitoramento dos sistemas públicos de informação são importantes aliados. Assim, o Instituto Desiderata, em seu compromisso de contribuir para que as crianças brasileiras estejam entre as mais saudáveis do mundo, reúne nesta publicação informações que ajudam a entender o cenário da obesidade infantil no estado do Rio de Janeiro e os desafios e as oportunidades para o seu controle.

Na seção Obesidade em crianças e adolescentes, apresentamos o conceito de obesidade e obesidade infantil, os fatores que a influenciam e os riscos na infância e vida adulta, ressaltando a caderneta da criança e do adolescente como instrumento elementar para o acompanhamento de peso e altura. Na seção Obesidade em crianças e adolescentes no estado do Rio de Janeiro, o comparativo dos anos 2008 e 2018 para o estado nutricional de menores de 5 anos e entre 5 e 19 anos no Brasil, no estado e no município do Rio de Janeiro; e a série histórica de excesso de peso segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) ajudam a entender o rápido crescimento da obesidade em crianças e adolescentes. Na seção Enfrentamento, ressaltamos o compromisso internacional assumido pelo governo brasileiro e as principais recomendações globais para o enfrentamento da obesidade infantil. Também destacamos a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, entendendo sua relevância para o cuidado integral e continuado. Nas seções Políticas Públicas sobre obesidade infantil e de adolescentes e Estudos em andamento no Brasil, selecionamos as principais políticas e estudos que estão sendo desenvolvidos no país. Por fim, no Painel de Opiniões, especialistas das áreas afins comentam o cenário apresentado a partir do Panorama.

Estudos mostram que o enfrentamento da obesidade requer mudanças na legislação para a produção e o comércio de alimentos mais saudáveis, para a eliminação de propagandas que induzam crianças ao consumo não saudável, para o aumento de atividades físicas e a redução de tempo em frente a computadores, dispositivos eletrônicos e televisão. Há responsabilidades individuais, mas também dos governos. De setores públicos e privados. Da área da saúde, educação, assistência e outros. Ações isoladas e responsabilizações unilaterais não serão capazes de solucionar o problema. É preciso que toda a sociedade se envolva e entenda a urgência do tema, para que possamos garantir um futuro saudável para nossas crianças e adolescentes.

Esperamos que esta publicação traga conhecimento e inspire a participação!

Boa leitura.

Equipe editorial: Anna Cardoso, Elisa Mendonça, Evelyn K. Santos; Laurenice Pires; Roberta Costa Marques.
Colaboradores: Aline Ribeiro, Cintia Curioni, Geila Felipe, Inês Rugani.

Instituto Desiderata
Rua Dona Mariana, 137 - casa 07, Botafogo | Rio de Janeiro, RJ, Brasil - 22280-020. | Tel.: +55 (21) 2540-0066 / 3648-6092

OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

OBESIDADE é um agravo de caráter multifatorial representado pelo desequilíbrio entre consumo e gasto de calorias

O excesso de peso pode coexistir com outras formas de má nutrição, incluindo carência de micronutrientes e déficit de estatura para a idade

rico em calorias, pobre em nutrientes

Fatores que influenciam a obesidade em crianças e adolescentes

- Filhos de mães com diabetes ou pais com obesidade;
- Publicidade Infantil
- Interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo
- Prematuridade
- Acesso a alimentos

- Atividades Físicas
- Bebês pequenos ou grandes para idade gestacional
- Introdução inadequada da alimentação complementar
- Regulação e taxação de alimentos não saudáveis

- Biológicos
- Políticos
- Ambiente alimentar
- Socioeconômicos
- Culturais
- Segurança

Possíveis consequências na infância e na vida adulta

Doenças e complicações cardiovasculares, endócrinas, ortopédicas (musculoesqueléticas), dermatológicas e neurológicas

Obesidade na vida adulta, desenvolvimento precoce de hipertensão, diabetes tipo 2, doença hepática gordurosa não alcoólica, asma

Bullying, baixa autoestima, frequência escolar, empregabilidade e salários na vida adulta

Excesso de custos em saúde por toda a vida

Qualidade de vida

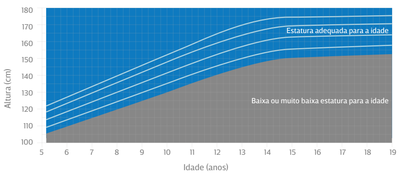
World Health Organization, 2000; Black *et al.*, 2013; Tzioumis and Adair, 2014; Kosaka and Umezaki, 2017; World Health Organization, 2017b; Davis, Oaks and Engle-Stone, 2019; Swinburn et al., 2019; United Nations Children's Fund, World Health Organization, 2019; Brasil, 2014; Styne *et al.*, 2017; Lobstein, Baur and Uauy, 2004; Trasande *et al.*, 2009; Christina Caetano de Souza *et al.*, 2014; Lee *et al.*, 2014; Sonntag *et al.*, 2015; Abarca-Gómez *et al.*, 2017; Weffort and Lamounier, 2017; Yan *et al.*, 2017; Kumar and Kelly, 2017; Perry *et al.*, 2017; Shore *et al.*, 2018; Min, Xue and Wang, 2018; Noonan and Fairclough, 2018; Ogden *et al.*, 2018; Chen *et al.*, 2019

Avaliação da obesidade e sobrepeso em crianças e adolescentes

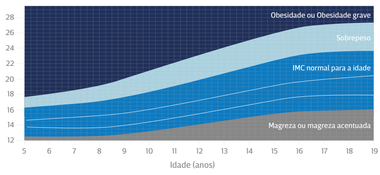
Fontes: Brasil, 2011; World Health Organization, 2006; de Onis *et al.*, 2007

A caderneta da criança e do adolescente oferecida pelo Ministério da Saúde é o principal instrumento para acompanhamento do crescimento da criança e do adolescente

Estatura para a idade: é o índice que melhor reflete o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento e é considerado o mais sensível para aferir a qualidade de vida de uma população



IMC para a idade: útil para a identificação de excesso de peso



Nota: ilustrações baseadas nas curvas de crescimento padrão para meninas de 5-19 anos, desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde e adotadas pelo Ministério da Saúde no Brasil, constando nas cadernetas da criança e do adolescente.

OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Comparativo do Estado Nutricional (%) segundo IMC para a idade de crianças e adolescentes em 2008 e em 2018, de acordo com o SISVAN

Brasil, 2019; IBGE, 2019; IBGE, 2013

Crianças menores de 5 anos

	Magreza acentuada	Magreza	Eutrofia	Risco de Sobrepeso	Sobrepeso	Obesidade
Esperado em uma população saudável	0,13%	2,14%	81,85%	13,59%	2,14%	0,13%
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (MRJ)						
2008 (n=17.671)	3,0%	1,9%	61,3%	19,8%	8,0%	5,9%
2018 (n=79.622)	9,7%	2,9%	51,5%	17,1%	8,0%	10,8%
ESTADO DO RIO DE JANEIRO (ERJ) (População: 2008 = 1.137.134	2018 = 1.127.818)					
2008 (n=65.665)	4,1%	2,9%	59,0%	18,4%	7,9%	7,7%
2018 (n=216.108)	5,8%	2,8%	55,0%	18,8%	8,9%	8,7%
BRASIL						
2008 (n=2.011.279)	4,5%	3,4%	58,6%	17,7%	7,8%	8,0%
2018 (n=5.018.499)	2,8%	2,9%	59,6%	19,1%	8,8%	6,9%

equivale a 5,8% da projeção populacional de <5 anos do IBGE para o ano e representa usuários da atenção primária do SUS

equivale a 19,2% da projeção populacional de <5 anos do IBGE para o ano e representa usuários da atenção primária do SUS

Crianças e adolescentes (5-19 anos)

**Os grupos de 5-9 e 10-19 anos apresentaram % similares e, por este motivo, optou-se por somar as faixas etárias*

	Magreza acentuada	Magreza	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade	Obesidade grave
Esperado em uma população saudável	0,13%	2,14%	81,85%	13,59%	2,14%	0,13%
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (MRJ)						
2008 (n=73.744)	2,5%	2,2%	68,9%	16,1%	6,4%	3,8%
2018 (n=237.480)	5,8%	2,9%	58,4%	17,2%	8,3%	7,4%
ESTADO DO RIO DE JANEIRO (ERJ) (População: 2008 = 3.819.361	2018 = 3.358.594)					
2008 (n=280.539)	3,0%	2,9%	67,3%	15,8%	6,4%	4,5%
2018 (n=709.288)	3,5%	2,2%	60,9%	18,1%	9,1%	6,2%
BRASIL						
2008 (n=8.913.100)	3,3%	3,4%	69,1%	14,5%	5,5%	4,2%
2018 (n=18.569.368)	1,9%	2,9%	64,9%	17,6%	8,3%	4,4%

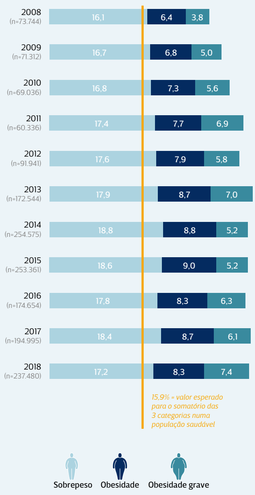
equivale a 7,3% da projeção populacional de 5-19 anos do IBGE para o ano e representa usuários da atenção primária do SUS

equivale a 21,1% da projeção populacional de 5-19 anos do IBGE para o ano e representa usuários da atenção primária do SUS

Série histórica de excesso de peso segundo IMC para a idade de 5-19 anos no município do Rio de Janeiro, de acordo com o SISVAN

**Os grupos de 5-9 e 10-19 anos apresentaram % similares e, por este motivo, optou-se por somar as faixas etárias*

Fonte: Brasil, 2011; Brasil, 2019



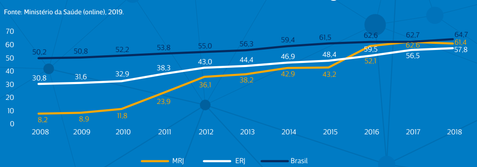
ENFRENTAMENTO

Em 2014, o governo do Brasil assinou a Declaração de Roma, assumindo um compromisso com relação às políticas de alimentação e nutrição, no contexto da Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição (2016-2025). Após a assinatura, o Brasil divulgou seus Compromissos para o período em publicação oficial, englobando diversos setores e instituições.

Fonte: FAO, 2014; Brasil, 2016

Histórico da mediana anual de cobertura (%) da Estratégia da Saúde da Família

Fonte: Ministério da Saúde (online), 2019.



Áreas de ação recomendadas pela Organização Mundial da Saúde para o enfrentamento da obesidade infantil

Fonte: World Health Organization, 2017a

- Controle de peso
- Promoção da atividade física
- Cuidado na preconcepção e gravidez
- Dieta saudável e atividade física na primeira infância
- Saúde, nutrição e atividade física para crianças em idade escolar
- Promoção da ingestão de alimentos saudáveis e redução da ingestão de alimentos não saudáveis

As recomendações pedem que os países lidem com os ambientes obesogênicos, adotem uma abordagem ao longo da vida para a promoção da prevenção da obesidade e melhorem o tratamento para as crianças que apresentam a doença

POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE OBESIDADE INFANTIL E DE ADOLESCENTES

Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE) visa à integração e à articulação permanentes da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira

RECURSO PSE

		Ciclo 2017/2018			Ciclo 2019/2020		
		Total de municípios pactuados	Total de escolares pactuados	R$ Total	Total de municípios pactuados	Total de escolares pactuados	R$
MRJ	1º ano	1	673.020	846.676.00	1	548.398	690.676.00
	2º ano	0	0		-	-	
ERJ (92 municípios)	1º ano	87	1.311.600	1.982.668.00	92	1.352.286	2.187.192.00
	2º ano	42	350.255		-	-	
BRASIL (5.570 municípios)	1º ano	5.099	20.857.262	43.585.060,00	5.288	22.425.160	56.726.364,00
	2º ano	2.572	10.597.741		-	-	

Fonte: Portaria 2706/2017; Portaria 3662/2018; Portaria 2.264/2019

Programa Crescer Saudável

O programa Crescer Saudável é uma iniciativa do Ministério da Saúde voltada para o enfrentamento da obesidade infantil. Contempla ações sobre promoção da alimentação saudável e práticas corporais, avaliação do estado nutricional realizadas nas escolas e atendimentos na atenção primária para as crianças identificadas com obesidade

RECURSO CRESCER SAUDÁVEL

		Ciclo 2017/2018		Ciclo 2019/2020	
		Total de municípios prioritários*	R$ Total	Total de municípios prioritários*	R$
MRJ	1º ano	1	700.000.00	1	490.000.00
	2º ano	0		-	
ERJ (92 municípios)	1º ano	41	7.200.000.00	87	1.741.513,44
	2º ano	41		-	
BRASIL (5.570 municípios)	1º ano	532	71.370.000.00	3.947	38.829.649,61
	2º ano	548		-	

**Foram considerados Municípios prioritários aqueles com população acima de 20 mil habitantes, cobertura do SISVAN maior que 10% em 2016 e prevalência de excesso de peso maior que 20% em 2016.*

Fonte: Portaria 2706/2017; Portaria 3662/2018; Portaria 2.264/2019

ESTUDOS EM ANDAMENTO NO BRASIL

NOME	OBJETIVO	RESPONSÁVEIS	PERÍODO
Chamada para Pesquisas em Alimentação e Nutrição CNPq Nº 26/2019	Apoiar o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação do País, nas áreas de alimentação e nutrição e de economia da saúde com foco nas ações de alimentação e nutrição (diversos eixos e linhas de pesquisa).	Aguardando resultado da chamada	2019-2021 (cada pesquisa durará de 18-24 meses após seleção)
Edital para enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do SUS	Subsidiar a implementação de ações para o controle e o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade em municípios do Estado do Rio de Janeiro. Não é específico para obesidade infantil.	Um grupo executor por estado. No Rio de Janeiro: UERJ; UNIRIO; UFF.UFRJ; SES; SMS- RJ 2019	2019-2021
Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil - ENANI	Avaliar as práticas de aleitamento materno e de alimentação complementar, o consumo alimentar, o estado nutricional infantil e materno e a deficiência de micronutrientes (hemoglobina, vit. A, vit. D, vit. E, vit. B1, vit. B6, vit. B12, folato, zinco, selênio e ferritina) entre crianças brasileiras <5 anos, segundo macrorregiões do país, zonas rural e urbana, faixa etária e sexo.	Um grupo executor por estado. No Rio de Janeiro: UFRJ; UERJ; FIOCRUZ; UFF	2017 -2019
Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE	Investiga informações que permitem conhecer e dimensionar os fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes do Brasil. Além disso, identifica as questões prioritárias para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde em escolares, em especial o Programa Saúde na Escola.	IBGE, MEC, Ministério da Saúde	2009, 2012, 2015, 2019

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico | FIOCRUZ - Fundação Instituto Oswaldo Cruz | IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística | MEC - Ministério da Educação e Cultura | SES - RJ - Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro SMS-RJ - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro | UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro | UFF - Universidade Federal Fluminense | UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro | UNIRIO - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Envie elogios, críticas e sugestões para desiderata@desiderata.org.br

desiderata

Katiana Teléfora

Coordenadora da Área Técnica de Alimentação e Nutrição – SES-RJ

Informação para ação, afirmação ouvida comumente na gestão pública, ainda é potente para pensar no avanço da obesidade e como podemos enfrentá-la. O único sistema de informação do SUS que identifica o percentual de pessoas com obesidade em todos os municípios é o SISVAN. Seu uso é fundamental para o diagnóstico coletivo do estado nutricional de crianças e adolescentes.

O excesso de peso nesses grupos aumentou nos últimos anos, e ações governamentais têm sido feitas para seu enfrentamento, como o Programa Saúde na Escola e seu braço, o Programa Crescer Saudável.

Uma forma de articular o diagnóstico nutricional (antropométrico e consumo alimentar) é a utilização dos Guias Alimentares. Os guias são documentos que trazem as diretrizes nacionais de recomendações para uma alimentação adequada e saudável para apoiar as ações de educação alimentar e nutricional.

O Guia Alimentar da População Brasileira, além da abordagem inovadora nas recomendações nutricionais, destaca a importância dos processos da comensalidade, o papel do ambiente alimentar na estruturação de hábitos alimentares e na mudança deles.

O Guia soma-se aos dados do monitoramento do estado nutricional e ambos permitem ações para conter o crescimento da obesidade em crianças e adolescentes e permitindo uma geração com mais saúde no futuro. Consideramos muito importante incorporar o Guia em nossas ações no território.

Referências:

- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed., 1. reimpr. Brasília, 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.264, de 30 de agosto de 2019. Define Municípios com adesão aos Programas Saúde na Escola (PSE) e Crescer Saudável para o ciclo 2019/2020, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências. Brasília, 2019.
- Nascimento, F.A.; Gabe,K.T; Jaime, P.C. Vigilâncias em saúde: o lugar da vigilância alimentar e nutricional e da vigilância sanitária de alimentos. In: Jaime, P.C.(org). Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição. Rio de Janeiro. 1 ed. Editora Atheneu, 2019.

As ideias aqui expressas representam a opinião dos autores.

POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Rafaella da Costa Santin[1], Ana Maria Cavalcante de Lima[1], Sara Araújo da Silva[1], Gisele Ane Bortolini[1]

[1] Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN / Ministério da Saúde - MS

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como propósito melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira e estabelece, dentre suas diretrizes, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) enquanto um componente imprescindível para a atenção nutricional no Sistema Único de Saúde (SUS). Entende-se por VAN a descrição contínua e a predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes.

A implementação das ações de VAN é fundamental para garantir a oferta de práticas de saúde que atendam aos problemas e as necessidades da população adscrita no território e pode ser realizada em equipamentos públicos, como escolas, associações ou grupos organizados, e nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS).

Na prática, recomenda-se que, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, a gestão e a organização dos cuidados em alimentação e nutrição considerem todo o ciclo de VAN que contempla as etapas de coleta de dados e produção de informações, de análise e decisão, de implementação de ações e de avaliação para re-planejamento das ações e políticas.

Para tanto, está disponível a todos os municípios brasileiros, desde 2004, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), que é a principal ferramenta utilizada para a gestão das informações de VAN na Atenção Primária à Saúde. O Sisvan permite o registro e a disseminação de informações acerca da avaliação antropométrica e de consumo alimentar da população atendida na APS, seja esta criança, adolescente, adulta, idosa ou gestante, independente do sexo, raça/cor, escolaridade ou pertencente a algum povo ou comunidade tradicional. Em 2018, mais de 40 milhões de pessoas foram acompanhadas quanto ao estado nutricional e aproximadamente 2 milhões de pessoas foram avaliadas quanto aos marcadores de consumo alimentar em todo o país, pelo Sisvan. Dessa forma, o sistema possibilita conhecer o cenário alimentar e nutricional da população adstrita aos serviços e às equipes de APS e a formulação de políticas que atendam às necessidades desse público.

Segundo dados do Sisvan, em 2018, 7% das crianças menores de 5 anos e 13,2% das crianças de 5 a 9 anos apresentaram obesidade e, entre os adolescentes, a prevalência de obesidade é cerca de 13%. Ao observar os indicadores de consumo alimentar, nota-se que 54% das crianças menores de 6 meses estão em aleitamento materno exclusivo, 79% das crianças de 2 a 5 anos consumiram fruta no dia anterior, 62% das crianças de 5 a 9 anos consumiram verduras e legumes e 83% dos adolescentes referiram o consumo de feijão no dia anterior. Paralelamente, observa-se também a frequência de consumo de alimentos ultraprocessados em 48% das crianças de 6 a 23 meses; o consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas em 60% das crianças de 2 a 5 anos; 68% de consumo de bebidas adoçadas em crianças de 5 a 9 anos e; 45% de consumo de hambúrguer e/ou embutidos entre os adolescentes.

O reconhecimento do cenário nutricional e alimentar da população permite e oportuniza aos gestores e profissionais de saúde a aplicação das diretrizes oficiais para uma alimentação adequada e saudável, conforme recomendam os Guias Alimentares da População Brasileira e das Crianças Menores de 2 Anos. Desta forma,

garantimos à população brasileira, a atenção nutricional prevista na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e à proteção da saúde, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de agravos para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados no SUS.

Referências:

- Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição [Internet]. Brasil; 2013 p. 54p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde. Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica. Brasília; 2015. 59 p.
- Brasil, Ministério da Saúde. Manual Operacional para Uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan versão 3.0. Brasília; 2017. p. 39.
- Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan.

As ideias aqui expressas representam a opinião dos autores.

ATIVIDADE FÍSICA E OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Dr. Ricardo Brandão de Oliveira

Professor Adjunto da UERJ / Coordenador do Laboratório de Vida Ativa – LaVA da UERJ / Coordenador Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Exercício e do Esporte da UERJ

A atividade física exerce um importante papel na prevenção do sobrepeso e da obesidade na infância e adolescência, reduzindo os riscos da obesidade também na vida adulta. O período da puberdade, seguida da adolescência, é reconhecido como o de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento da obesidade, devido à maturação sexual e, em muitos casos, a reduções concomitantes nos níveis de atividade física, especialmente entre os 9 e 15 anos. Atualmente, em todo o mundo, 3 em cada 4 crianças entre 4 e 11 anos de idade não atingem as recomendações mínimas de atividade física[1]. No Brasil, segundo resultados do estudo ERICA[2], 38% dos meninos e 71% das meninas realizam menos do que 300 minutos de atividade física semanal. Comportamentos ativos têm sido substituídos por atividades mais sedentárias. Crianças brasileiras passam em média 5 horas assistindo televisão e tempo cada vez maior envolvidas com jogos eletrônicos. Sem políticas adequadas capazes de promover o engajamento de crianças e adolescentes à uma vida mais ativa, possivelmente teremos a primeira geração de adultos com menor qualidade de vida que a dos pais. Programas de prevenção costumam incluir a combinação de amplas e variadas ações, desde a inclusão no currículo escolar de temas sobre alimentação saudável, prática de atividade física e imagem corporal; a implementação de programas de atividade física no contra turno escolar, como também, o suporte aos professores e aos pais na implementação de rotinas mais ativas. Tais intervenções são mais eficazes quando consideradas crianças e adolescentes entre os 6 e 19 anos[3]. Em uma perspectiva ampla de saúde pública o combate a obesidade parecer ser mais efetivo com a adoção de políticas públicas associadas a rotulagem adequada de alimentos, a taxação de produtos com importantes externalidades, como as bebidas açucaradas e o investimento em infraestrutura associada ao uso de transportes ativos, como caminhadas e bicicletas.

Referências:

1. World Health Organization. Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030: More Active People for a Healthier World. Geneva. 2018.
2. Cureau, FV, et al. ERICA: inatividade física no lazer em adolescentes brasileiros. Revista de Saúde Pública 50, 2016.
3. Brown T, et al. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database Syst Rev. 2019.

As ideias aqui expressas representam a opinião dos autores.

IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E USO DA CADERNETA DE SAÚDE

Mônica Moretzsohn

Presidente do Departamento de Nutrologia da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de janeiro – SOPERJ

O crescimento é uma característica comum aos organismos jovens e seu acompanhamento é um poderoso instrumento para avaliação da saúde de crianças e adolescentes. O peso e estatura são as medidas mais simples e mais utilizadas para avaliar o crescimento e o estado nutricional na faixa etária pediátrica.

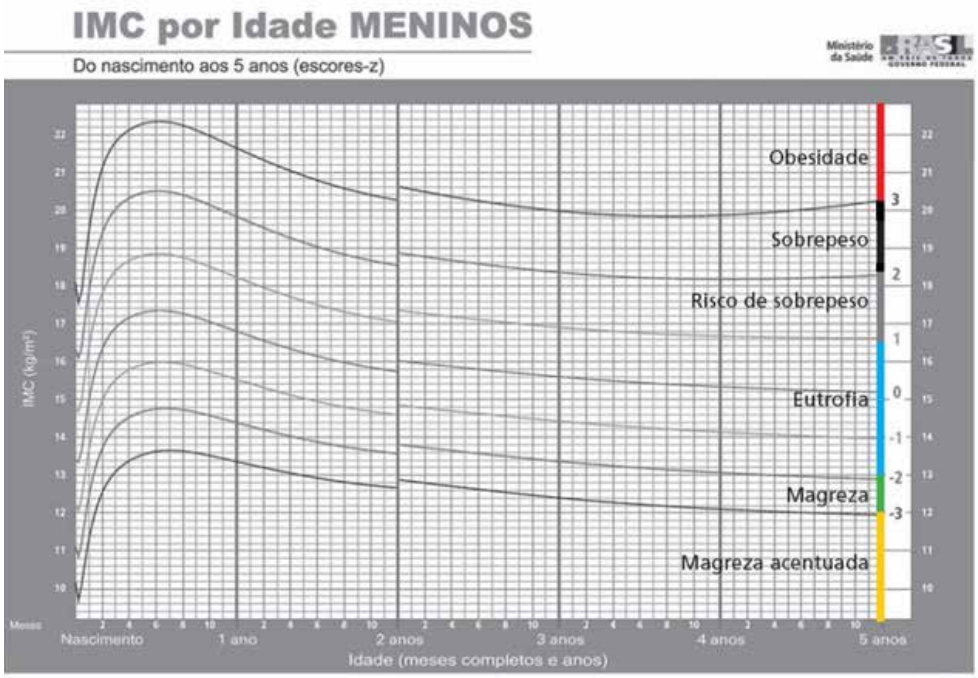
O peso é o índice que mais rapidamente se altera quando há um problema de saúde. A estatura demora a sofrer alterações em condições mórbidas, sendo parâmetro pouco sensível para avaliar a presença de doenças agudas, porém quando comprometido pode -se inferir que a doença é de longa data, sendo importante para avaliar a duração da doença. Como a desnutrição costuma levar a déficit de estatura e a obesidade costuma acelerar o crescimento, a avaliação isolada do peso e altura podem superestimar tanto o grau de desnutrição como obesidade. Portanto para avaliar de forma mais fidedigna a alteração do peso corporal é habitual a utilização do índice peso/estatura, que ajuda a ajustar as alterações do peso à estatura.

Entretanto, os gráficos da OMS de peso/estatura contemplam apenas crianças menores de 5 anos. Assim, a classificação nutricional utilizando dados de peso e comprimento /estatura é a maneira mais utilizada para saber se uma criança ou adolescente está com ganho de peso inadequado. Com os dados de peso e estatura, é possível calcular o índice de massa corporal - IMC (peso em quilos dividido pela altura em metros elevada ao quadrado). Estes dados devem ser plotados nos gráficos da OMS presentes na caderneta de saúde da criança do Ministério da Saúde para crianças < de 5 anos e de 5 a 19 anos, para meninos e meninas.

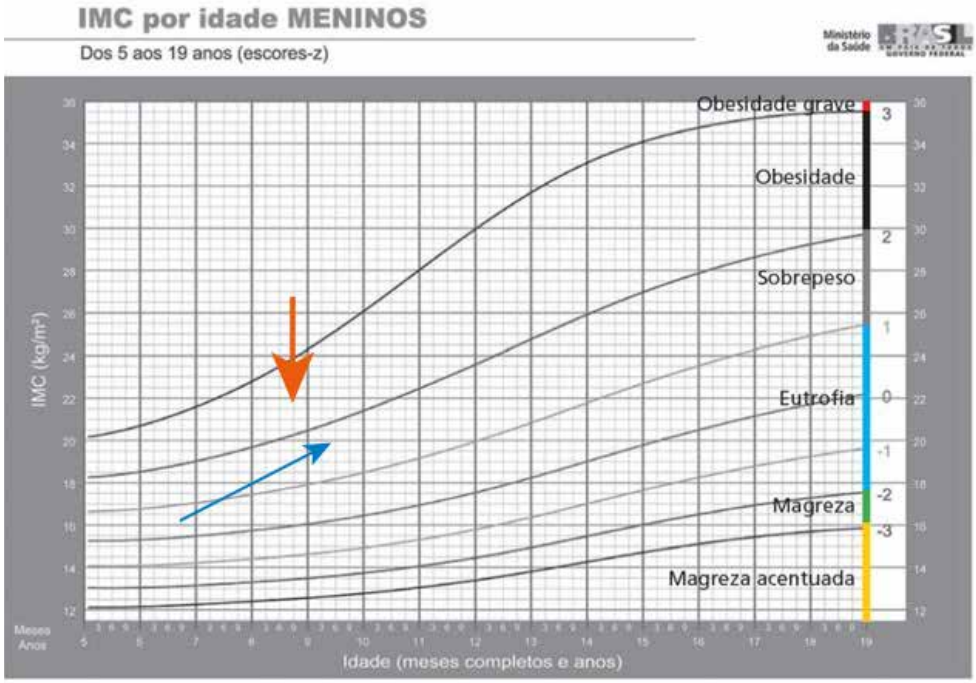
O perímetro cefálico é um parâmetro antropométrico que reflete, de forma indireta, o crescimento cerebral e pode ser utilizado como índice de adequação nutricional e deve sempre ser considerada em conjunto com avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor e do padrão familiar.

As curvas são uma importante ferramenta para avaliar se o crescimento está adequado, para identificar quando há risco de excesso ou deficiência de peso e para acompanhar a evolução das crianças e adolescentes. As curvas são apresentadas em percentis ou Z escore e os desvios padrões são utilizados para classificação nutricional. No caso de obesidade, em crianças < de 5 anos o aumento de 2 desvios padrões (DP) classifica sobrepeso e > 3 DP classifica obesidade. Nas crianças e adolescentes de 5 a 19 anos, > 1DP sobrepeso e > 2 DP obesidade.

Utilizando o z escore, podemos classificar da seguinte maneira:



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (http://www.who.int/childgrowth/en/)



Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (http://www.who.int/growthref/en/)

Toda criança deve ser medida e pesada nas consultas de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento nos seguintes momentos: 1ª semana, 1º mês, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e aos 24 meses, e acima de 24 meses, no mínimo anualmente [1, 2].

Como diria o professor Marcondes: "Crescimento não é fotografia, é filme" [3]. Assim, um único valor isolado de um parâmetro antropométrico qualquer tem uma capacidade muito limitada de expressar o crescimento da criança, sendo fundamental o acompanhamento a longo prazo da velocidade de crescimento. Portanto a avaliação da trajetória da curva de crescimento é de fundamental importância antropométrica e deve constar da caderneta de saúde da criança, poderosa ferramenta para acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança e adolescente [4] .

Vale mencionar que é importante a participação da atenção primária no acompanhamento do estado nutricional de crianças e adolescentes, possibilitando que desvios nutricionais sejam detectados em tempo oportuno e que os casos sejam tratados ou encaminhados ao especialista o mais rápido possível, sempre que necessário.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Brasília, 2012. 272 p.
2. Brasil. Ministério da Saúde (online). Saúde da Criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento - Acompanhando a Saúde da Criança. 2019.
3. Marcondes, E.; Vaz, F. A. C.; Ramos, J. L. A. Pediatria Básica. Sarvier, 2002.
4. Moretzsohn, M, Rocha.H F, Caetano. RR. Nutrologia. Guanabara Koogan / Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro, 2015, 184p.

As ideias aqui expressas representam a opinião dos autores.