

LINHA DE CUIDADO PARA
PREVENÇÃO E MANEJO
DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL
EM NITERÓI

REGIONAIS PENDOTIBA E NORTE II

ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS
COM GESTÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

LINHA DE CUIDADO PARA PREVENÇÃO E MANEJO DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL EM NITERÓI

REGIONAIS PENDOTIBA E NORTE II

ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS
COM GESTÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE



NITERÓI
SEMPRE À FRENTE

450
Anos

Saúde

FICHA TÉCNICA
INSTITUTO DESIDERATA

desiderata.org.br
obesidadeinfantil.org.br

Conteúdo:

Hugo Braz Marques
Ana Carolina Rocha Oliveira
Raphael Barreto da Conceição Barbosa

Revisão:

Danilo Mariano Pereira

Projeto gráfico e diagramação:

Refinaria Design

Elaboração:

Grupo técnico condutor para a implantação e monitoramento da linha de cuidado em obesidade infantojuvenil no município de Niterói (Portaria FMS/FGA nº 746/2022, publicada no Diário Oficial do Município em 06/10/2022)

Ana Carolina Rocha Oliveira
Ciane dos Santos Rodrigues
Hugo Braz Marques
Julienne Martins Araújo
Gabrielle Regine Passos de Almeida
Karina Dias de Carvalho
Laura Ribeiro de Paula
Mariana Santos da Cunha
Paola Valadares Console
Raphael Barreto da Conceição Barbosa
Renilda Caldas Cabral
Viviane Villas Boas de Azevedo Marins

Colaboração:

Brena Gabriella Tostes de Cerqueira
Camille Melo Barreto e Sousa de Assis
Eliane López
Erica Willner
Fernanda Christine Dutra Bastos
Gitonan Lucas Tavares Honorato
Isabel do Vale Pereira Silva
Laís Leonardo Fiebig de Faria
Lucas Nascimento Ferreira Lopes
Myrian Coelho Cunha da Cruz
Nathália Fernandes
Saville Maria Coutinho Borges de Almeida
Viviane Costa Melo

Supervisão:

Maria Angélica Duarte Silva (Subsecretária de Gestão de Redes/Secretaria Municipal de Saúde)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Niterói (RJ). Prefeitura

Linha de cuidado para prevenção e manejo da obesidade infantojuvenil em Niterói: regionais Pendotiba e Norte II : orientações para profissionais envolvidos com gestão e assistência à saúde /Prefeitura do Município de Niterói --1. ed. -- Rio de Janeiro : Instituto Desiderata, 2022.

Vários colaboradores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-993042-2-4

1. Alimentação infantil 2. Niterói (RJ) - Saúde Pública 3. Obesidade - Cuidado e tratamento 4. Obesidade - Fatores de risco 5. Profissionais da saúde I. Título.
23-140465

CDD-618.92398

NLM-WD-210

Índices para catálogo sistemático:
1. Obesidade infantil : Pediatria : Medicina 618.92398
Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
COOPERAÇÃO TÉCNICA DO INSTITUTO DESIDERATA PARA A REDUÇÃO DA PREVALÊNCIA DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL EM NITERÓI	11
ANÁLISE DA VIABILIDADE TÉCNICA E ESTRATÉGICA DE REGIONAIS DE SAÚDE PARA IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM OBESIDADE INFANTOJUVENIL	14
ARCABOUÇO TEÓRICO PARA A CONSTRUÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM OBESIDADE INFANTOJUVENIL	21
VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	22
Panorama alimentar e nutricional nas Regionais Pendotiba e Norte II	28
MAPEAMENTO DO AMBIENTE ALIMENTAR COMUNITÁRIO	36
A experiência de mapeamento do ambiente alimentar comunitário no PMF Maceió, Regional de Saúde Pendotiba, Niterói	40
ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM OBESIDADE INFANTOJUVENIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE NITERÓI	41
Fluxos assistenciais	44
INDICADORES PARA O MONITORAMENTO DA EFETIVIDADE DA IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM OBESIDADE INFANTOJUVENIL EM NITERÓI	52
AÇÕES INTERSETORIAIS PARA PREVENÇÃO E MANEJO DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL EM NITERÓI	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICE A - Matriz de estruturação da RAS de Niterói para prevenção e manejo da obesidade infantojuvenil na regional Pendotiba	63
APÊNDICE B - Matriz de estruturação da RAS de Niterói para prevenção e manejo da obesidade infantojuvenil na regional Norte II	69
APÊNDICE C - Metadados dos indicadores referentes à linha de cuidado	75

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Viabilidade de intervenção segundo pontuação final da região de saúde	15
Quadro 2	Classificação do estado nutricional conforme o IMC	23
Quadro 3	Classificação dos estabelecimentos varejistas de acordo com a predominância do tipo de alimento comercializado	38
Quadro 4	Pactuação de apoio matricial clínico-assistencial alternativo diante da limitação de recursos humanos no NASF-AB para a Regional Pendotiba	47
Quadro 5	Pactuação de apoio matricial clínico-assistencial alternativo diante da limitação de recursos humanos no NASF-AB para a Regional Norte II	47
Quadro 6	Modelo de ficha de qualificação do indicador	53
Mapa 1	Dispositivos de saúde na cidade de Niterói	15
Mapa 2	Vulnerabilidade social na cidade de Niterói	16
Mapa 3	Distribuição das unidades escolares em Niterói	16
Mapa 4	Espaços promotores de exercício físico e bem-estar em Niterói	17
Mapa 5	Espaços promotores de alimentação saudável em Niterói	17
Mapa 6	Espaços expositivos à alimentação não saudável em Niterói	18
Figura 1	Pranchas de avaliação da maturação sexual conforme Tanner	25
Figura 2	Ficha de marcadores de consumo alimentar do Sistema e-SUS AB	27
Figura 3	Passo 1 para mapeamento do ambiente alimentar via Google Maps	39
Figura 4	Passo 2 para mapeamento do ambiente alimentar via Google Maps	39
Figura 5	Passo 3 para mapeamento do ambiente alimentar via Google Maps	39
Figura 6	Fluxograma de organização do processo de cuidado de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade na APS segundo o Ministério da Saúde	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Síntese da pontuação de cada regional de saúde segundo as três dimensões de indicadores de viabilidade de intervenção	18
Tabela 2	Registros de marcadores de consumo alimentar para crianças menores de 2 anos por regional de saúde	31
Tabela 3	Registros de marcadores de consumo alimentar para crianças com idade entre 2 e 5 anos incompletos por regional de saúde	32
Tabela 4	Registros de marcadores de consumo alimentar para crianças com idade entre 5 e 10 anos incompletos por regional de saúde	33
Tabela 5	Registros de marcadores de consumo alimentar para adolescentes por regional de saúde	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AUP	Alimentos Ultraprocessados
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
HMGVF	Hospital Municipal Getúlio Vargas Filho
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MMF	Módulo Médico de Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PROTEJA	Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil
PMF	Programa Médico de Família
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SIGEO	Sistema de Gestão da Informação da Prefeitura de Niterói
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMASES	Secretaria Municipal de Assistência Social e Economia Solidária
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional

APRESENTAÇÃO

Uma linha de cuidado compreende um conjunto de padronizações técnicas que descrevem rotinas do itinerário multidisciplinar do cuidado em saúde, incluindo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de modo a organizar uma assistência continuada por meio da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Sua implantação deve ter a Atenção Primária à Saúde (APS) como gestora dos fluxos assistenciais, por meio da coordenação do cuidado em saúde (BRASIL, 2022b).

Esta linha de cuidado está fundamentada no pensamento epidemiológico social contemporâneo, que reconhece a produção de saúde de maneira sistêmica, determinada pela interação cumulativa com o ambiente e o contexto social e político em que se vive, expressa na corporificação biológica ou *embodiment* (KRIEGER, 2001).

Tal pensamento se afina com a conceituação de linha de cuidado por Malta e Mehry (2010), que apontam articulações micro e macropolíticas sobre determinantes sociais. Na perspectiva da micropolítica, propõe-se o itinerário terapêutico coordenado pela APS ao longo dos diversos níveis de atenção, com vinculação e produção de autonomia do usuário e de sua rede de apoio. Na perspectiva da macropolítica, fazem-se necessárias a organização da vigilância e da informação em saúde; a organização da RAS; a elaboração de protocolos assistenciais; a comunicação em saúde; e o desenvolvimento de ações intersetoriais.

A infância e a adolescência constituem períodos extremamente decisivos para o desenvolvimento humano em diversos aspectos. As experiências vividas e os hábitos construídos podem exercer impacto duradouro por toda a vida adulta. Nessa época da vida, uma alimentação saudável desempenha papel crucial no crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, na aprendizagem, no rendimento escolar e na formação de hábitos alimentares saudáveis. Ademais, dado que a alimentação é um pilar fundamental da saúde, o que se come na infância e adolescência pode impactar a saúde de uma pessoa ao longo de toda a vida (IDEC, 2018; KEELEY; LITTLE; ZUEHLKE, 2019).

A alimentação inadequada é um dos mais importantes fatores de risco para a carga global de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil e no mundo. Na infância e adolescência, além de representar uma grave violação a um direito fundamental, a má nutrição em suas diferentes formas – desnutrição, deficiências nutricionais, sobrepeso e obesidade – é a principal causa de mortes prematuras em todo o mundo, ameaçando a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento de crianças, adolescentes, economias e nações (WHO, 2021; AFSHIN *et al.*, 2019; KEELEY; LITTLE; ZUEHLKE, 2019). Dentre os vários desafios globais para a saúde e a sociedade, a obesidade, principalmente quando relacionada ao público infantojuvenil, destaca-se e alcança grande relevância para a ação política, pois se configura como um dos maiores e mais graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2021c; WFP, 2021).

A dupla carga de má nutrição pode levar à manifestação simultânea de formas variadas tanto de desnutrição quanto de obesidade, especialmente em países de baixa e média renda. Por vezes, uma condição pode ser considerada predisponente à outra, ao longo das fases do ciclo da vida (POPKIN; CORVALAN; GRUMMER-STRAW, 2019). Sua ocorrência tem sido atribuída ao chamado sistema alimentar hegemônico (SWINBURN *et al.*, 2019), que, no Brasil, tem sido caracterizado pela produção de *commodities* agrícolas voltadas para a exportação, com forte dependência da indústria de defensivos agrícolas, sementes transgênicas e maquinaria (BORSATTO, 2020).

Além disso, esse urgente problema de saúde pública impacta diretamente os custos do Sistema Único de Saúde (SUS), gerando altos gastos relacionados ao tratamento do agravo e de suas complicações. No Brasil, os custos totais da hipertensão, diabetes e obesidade para o SUS, nas diversas faixas etárias, alcançaram R\$ 3,45 bilhões em 2018. Desses, 11% foram referentes ao tratamento da obesidade. Considerando-se separadamente a obesidade como fator de risco para hipertensão e diabetes, os custos atribuíveis a essa condição de saúde chegaram a R\$ 1,42 bilhão (NILSON *et al.*, 2020).

A prevalência de obesidade tem aumentado de maneira epidêmica entre crianças e adolescentes nas últimas quatro décadas (ABARCA-GÓMEZ *et al.*, 2017). Segundo dados do Ministério da Saúde, 33,5% das crianças e adolescentes brasileiros atendidos pela APS do SUS em 2021 apresentavam excesso de peso (que compreende o sobrepeso e a obesidade), percentual bem similar ao encontrado no estado do Rio de Janeiro, que chega a 33,4% (BRASIL, 2021c). Segundo recente relatório divulgado pelo Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), uma em cada dez crianças brasileiras de até 5 anos apresenta excesso de peso, e quase um quinto (18,6%) estão em faixa de risco de sobrepeso (UFRJ, 2022).

Sabe-se que a obesidade infantojuvenil é resultado de uma série complexa de fatores individuais e ambientais que atuam em múltiplos contextos: familiar, comunitário, escolar, social e político (SMITH *et al.*, 2018; ST. GEORGE *et al.*, 2020). Contudo, na última década, um conjunto de trabalhos científicos robustos, conduzidos em vários países, tem demonstrado que o consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) constitui, atualmente, o principal fator de deterioração da qualidade da alimentação e uma das principais causas do crescimento exponencial da prevalência de obesidade e doenças crônicas não transmissíveis relacionadas à alimentação (NERI *et al.*, 2022; PAGLIAI *et al.*, 2021; LANE *et al.*, 2021; ASKARI *et al.*, 2020; HALL *et al.*, 2019; MACHADO *et al.*, 2019; MARRÓN-PONCE *et al.*, 2019; LOUZADA *et al.*, 2018). Cabe esclarecer que AUP são aqueles produzidos industrialmente com o emprego de substâncias derivadas dos alimentos e que, em geral, apresentam baixo valor nutricional, são energeticamente densos e ricos em açúcar, gordura, sal e aditivos químicos utilizados para realce de textura, sabor e conservação (BRASIL, 2014c).

Em grandes centros urbanos, os AUP são os principais produtos que compõem a cadeia de abastecimento. A produção desses alimentos é realizada por um único conglomerado de indústrias transnacionais e comercializados em grandes redes de supermercados, que são extremidades distais dessas corporações (MONTEIRO, 2012). Destaca-se a concessão progressiva de incentivos fiscais aos AUP, em

contraste com a alta tributação de alimentos *in natura* ou minimamente processados para consumo interno.

Um dos locais mais críticos dos sistemas alimentares para a aplicação de intervenções que apoiem práticas alimentares adequadas e saudáveis são os ambientes alimentares (DOWNS *et al.*, 2020), cuja configuração envolve ecossistemas e aspectos econômicos, socioculturais e políticos, que determinam nossas possibilidades e escolhas, ou seja, nosso comportamento alimentar. Uma gama de nomenclaturas tem sido utilizada para classificar os ambientes alimentares, tais como desertos alimentares e pântanos alimentares.

Os desertos alimentares foram definidos como “áreas que propiciam o acesso limitado a alimentos que compõem uma dieta saudável, devido à baixa disponibilidade de estabelecimentos que comercializam esses produtos ou difícil acessibilidade física a esses estabelecimentos” (BEAULAC; KRISTJANSSON; CUMMINS, 2009). Já os pântanos alimentares se caracterizam por serem locais onde há “exposição excessiva a estabelecimentos que comercializam alimentos não saudáveis em comparação com estabelecimentos que comercializam alimentares saudáveis” (MUI *et al.*, 2017). Somam-se a essas características a alta exposição ao marketing e propaganda de alimentos não saudáveis, além de ambientes com grande estímulo ao consumo desses alimentos, como restaurantes tipo *fast-food*, com oferta de porções extras e cada vez maiores (YANG *et al.*, 2012).

Nessa discussão, ressalta-se o entendimento acerca do conceito de ambiente obesogênico, que pode ser definido como o “conjunto das influências que o meio, as oportunidades ou as condições de vida têm na promoção da obesidade em indivíduos ou populações” (SWINBURN; EGGER, 2002). Uma vez que crianças e adolescentes estão subordinados às condições de vida de suas famílias, que constituem em grande medida o contexto social e econômico em que estão inseridas, o ambiente familiar pode se tornar um fator determinante na construção de um meio saudável ou obesogênico. Os entornos geográficos em que se vive e os padrões sociais podem ser dificultadores da aquisição de alimentos (poder de compra e tipo de alimentação) e do incentivo à prática de atividades físicas (estímulo e disponibilidade de espaços seguros e apropriados).

Opta-se aqui por considerar a obesidade não necessariamente como doença, mas, sim, como condicionante para doenças e agravos não transmissíveis. Essa opção visa combater o estigma, a regulação moral e a medicalização, além de apostar na oportunidade de reversão do quadro, em especial no público infantojuvenil.

A compreensão dos determinantes da obesidade exige uma abordagem sistêmica, que leve consideração os sistemas alimentares. Estes, em sua configuração contemporânea, favorecem o acesso físico e econômico, a disponibilidade e a conveniência do consumo de alimentos com alto grau de processamento industrial, em detrimento de alimentos *in natura* ou minimamente processados. Logo, pode-se dizer que não há equidade nas condições para a realização de escolhas alimentares autônomas. É neste ponto que nossa perspectiva deve ser ampliada, para que possamos pensar em estratégias de prevenção.

Embora a obesidade seja uma condição de saúde possível de ser prevenida, as abordagens com enfoque na mudança de hábitos individuais já se comprovaram pouco efetivas se comparadas a intervenções mais amplas que promovam ambientes favoráveis à adoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis. Uma vez que os fatores determinantes do aumento da prevalência da obesidade são populacionais, a estratégia de prevenção precisa ser social e coletiva, envolvendo políticas públicas eficazes.

Nessa direção, o Ministério da Saúde lançou a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA), com o propósito de incentivar os municípios a implementar ações em todos os espaços frequentados por crianças e suas famílias com vistas à prevenção da obesidade infantil, bem como oferecer cuidado em saúde para crianças com excesso de peso. Especificamente, tais ações incluem: a) monitoramento, prevenção e cuidado do excesso de peso; b) criação de espaços promotores de atividade física; c) ampliação do acesso a alimentos saudáveis por meio de feiras e hortas comunitárias; d) educação e informação sobre alimentação saudável e atividade física regular; e) ampliação do acesso a alimentos saudáveis e de oportunidades para a prática de atividade física, conjugada a ações de educação alimentar e nutricional (EAN); e f) medidas regulatórias que promovam saúde (BRASIL, 2021c).

Embora o PROTEJA permita repasse financeiro apenas para municípios com população inferior a 30 mil habitantes, a mesma foi adotada como referência para a cooperação técnica estabelecida entre o Instituto Desiderata e o município de Niterói, cujo objetivo é promover a prevenção e o manejo da obesidade infantojuvenil. Essa escolha se baseia no fato de que o PROTEJA constitui a primeira estratégia oficial do Ministério da Saúde voltada para esse público e incorpora a visão sistêmica da determinação da saúde, superando modelos que reforçam a responsabilização individual e a regulação moral.

O Panorama da Obesidade Infantil¹, plataforma dinâmica que utiliza informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), do Ministério da Saúde, revela que, desde 2017, a prevalência da obesidade infantojuvenil (de 0 a 19 anos) no município de Niterói é maior do que as verificadas no país como um todo e no estado do Rio de Janeiro.

Em 2013, uma pesquisa sobre o estado nutricional de 328 estudantes do sexto ao nono ano do ensino fundamental da rede municipal de Niterói mostrou que 25,7% apresentavam excesso de peso, dos quais 18% foram classificados com sobrepeso e 7,7% com obesidade, havendo pouca variação na estratificação por sexo (VASCONCELLOS; ANJOS; VASCONCELLOS, 2013). Dez anos antes, em 2003, de acordo com uma pesquisa semelhante (SILVA; MALINA, 2003), apenas 10,5% dos meninos e 9% das meninas apresentavam excesso de peso, o que representa menos da metade do que foi encontrado na década seguinte.

¹ <https://www.obesidadeinfantil.org.br/panorama>

Vale destacar que, no Brasil, a pandemia da Covid-19 constituiu uma grave crise sanitária, política e econômica, representada pela inflação de preços de alimentos *in natura* e pela manutenção dos preços e subsídios aos AUP, o que intensificou a insegurança alimentar e nutricional. Adicionalmente, o distanciamento social provocou uma redução da atividade física e um aumento do tempo de tela.

Por outro lado, o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 – que foi o último realizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD Brasil), com dados dos Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010 – classificou Niterói como o sétimo município com maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil. E, de acordo com dados do Censo 2010, a cidade apresenta o maior IDH do estado. Cabe esclarecer que este índice considera três dimensões básicas do desenvolvimento humano – renda, educação e saúde –, oferecendo um contraponto aos indicadores estritamente econômicos, como o Produto Interno Bruto (PIB).

Ademais, em 2021, Niterói ficou em primeiro lugar entre as cidades do estado no Ranking de Competitividade dos Municípios, situando-se entre as cidades do país que mais priorizam políticas públicas, atenção às necessidades da população e criação de um ambiente de negócios positivo. Desse modo, nota-se que a cidade apresenta um contexto muito favorável à adoção de medidas, como a aqui proposta, que enfoquem o bem-estar e a saúde da população e ampliem ainda mais o impacto da gestão pública no que diz respeito ao desenvolvimento humano.

Dadas as características descritas acima sobre o território em questão, acreditamos que a implementação de uma linha de cuidado em obesidade infantojuvenil na cidade de Niterói, além de representar uma ação pioneira nesse tema, visa cumprir as recomendações do Ministério da Saúde na prevenção e no cuidado da criança e do adolescente com obesidade, bem como estimular as equipes de atenção básica a empoderar os usuários sobre suas condições de saúde, desenvolvendo o autocuidado. Destacamos que, dentre as inúmeras ações que compõe a atenção em obesidade, a promoção da saúde e o cuidado clínico longitudinal são essenciais na garantia da integralidade, de modo que a implementação de uma linha de cuidado é uma ação primordial para a efetivação de tais ações.

Esta intervenção-piloto pode ser considerada inovadora, na medida em que promove a revisão das práticas de gestão e cuidado em saúde, incorporando a clínica ampliada com abordagem multicomponentes e estimulando o exercício da intersetorialidade com vistas a ramificações que promovam ambientes protetores da alimentação adequada e saudável e atividade física. Ademais, a implementação da linha de cuidado evidencia a condição do excesso de peso em crianças e adolescentes na RAS, favorecendo a identificação de casos e a integração de ações, regulação e resolutividade.

COOPERAÇÃO TÉCNICA DO INSTITUTO DESIDERATA PARA A REDUÇÃO DA PREVALÊNCIA DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL EM NITERÓI

Em uma conjuntura de grande sensibilidade para as temáticas relativas à saúde da infância e às práticas de saúde preventiva”, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Niterói confere prioridade à prevenção e ao manejo da obesidade infantojuvenil.

Cabe frisar que a meta prevista no Plano Municipal de Saúde Participativo de Niterói é reduzir em 2% a prevalência da obesidade em pessoas menores de 15 anos no quadriênio (2021-2025) e em 10% a prevalência da obesidade em crianças menores de 6 anos acompanhadas pela APS do município na década (2022-2032).

Pelo menos dez propostas inseridas na meta 44 do Plano Municipal de Saúde Participativo de Niterói convergem com o aprimoramento da gestão do cuidado na APS. Dessas, as mais diretamente correlacionadas com a prevenção da obesidade são: “criar estratégia de combate à obesidade” (proposta nº 1.168); “fortalecer a adesão ao SISVAN por parte das unidades de saúde” (proposta nº 1.560); “mapear e ampliar os polos do Programa Academia da Saúde” (proposta nº 1.557); “criar um programa voltado à alimentação saudável nas áreas menos favorecidas em que se possa orientar o consumo e reaproveitamento de todo alimento, criar centro com cozinhas comunitárias e capacitar profissionais da área de Nutrição” (proposta nº 1.068); e “implantar programas de saúde preventiva, com acesso franqueado a toda a população, através de informação, atividade física, monitoramento dos impactos ambientais na saúde humana e ações de mitigação destes impactos” (proposta nº 1.166).

Grande parte das estratégias propostas nas metas estabelecidas nos eixos E1 (Educação e vivências socioambientais para as infâncias) e E4 (Ambiente urbano e habitação favoráveis ao desenvolvimento infantil) do Plano Municipal pela Primeira Infância propõe o mapeamento e a promoção de ambientes saudáveis, em congruência com ações complementares do PROTEJA. Mais especificamente, a meta M5, inserida no eixo E2 (Saúde integral para o desenvolvimento saudável), pretende reduzir em 10% a obesidade infantil em crianças menores de 6 anos acompanhadas pela APS. Além do destaque à “implementação da linha de cuidado

para o combate à obesidade infantil em parceria com o Desiderata” (estratégia nº 20.511), objetiva-se: “sensibilizar os profissionais da APS para realizar o registro no SISVAN de todas as crianças acompanhadas pelas unidades” (estratégia nº 20.512); “realizar campanhas publicitárias a respeito da alimentação saudável na infância, bem como da importância do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida” (estratégia nº 20.513); “intensificar as ações do Programa Saúde na Escola (PSE) a respeito do combate à obesidade infantil” (estratégia nº 20.514); “oferecer atividades de promoção e prevenção à obesidade aos alunos das escolas municipais, através dos profissionais das unidades de saúde, em conjunto com as equipes das unidades escolares do mesmo território de abrangência” (estratégia nº 20.521).

A interação entre a SMS de Niterói e o Instituto Desiderata culminou no estabelecimento de uma cooperação técnica em 8 de abril de 2022, abrangendo um conjunto de soluções integradas para prevenção e manejo da obesidade infantojuvenil no município.

A partir de então, iniciou-se um processo de construção coletiva da linha de cuidado (LC) por um grupo técnico constituído por gestores e profissionais de diferentes níveis de atenção com foco na promoção, prevenção e manejo da obesidade infantojuvenil na cidade.

A elaboração da linha de cuidado se deu nas seguintes etapas:

1. Reuniões com um Grupo de Trabalho (GT) preliminar, constituído por profissionais envolvidos com gestão e assistência à saúde em Niterói. Foi realizado o mapeamento dos profissionais, recursos e serviços disponíveis na RAS, além do diagnóstico da viabilidade das regionais de saúde para a implementação da LC.
2. Discussão sobre métodos, referenciais e protocolos a serem adotados na LC.
3. Reuniões descentralizadas nas duas regionais de saúde a fim de identificar vivências inspiradoras e oportunidades, além de validar fluxos de estruturação da RAS para prevenção e manejo da obesidade infantojuvenil.
4. Discussão com o GT delimitado em portaria municipal para a construção de indicadores de monitoramento da efetividade da LC e o refinamento do conteúdo do documento-síntese.
5. Realização de oficinas intersecretoriais com o objetivo de envolver e sensibilizar representantes de outras secretarias para a prevenção da obesidade infantojuvenil.
6. Qualificação por meio do curso intitulado “Cuidados Relacionados à Obesidade em Crianças e Adolescentes”, ministrado em modalidade híbrida (presencial e à distância). Ao todo, 82,6% dos profissionais da APS das Regionais Pendotiba e Norte II foram qualificados, contando com a facilitação de uma tutora.



Reunião do GT



Capacitação de profissionais



Assinatura do Termo de Cooperação
entre SMS e Desiderata no HMGVF

ANÁLISE DA VIABILIDADE TÉCNICA E ESTRATÉGICA DE REGIONAIS DE SAÚDE PARA IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM OBESIDADE INFANTOJUVENIL

A fim de subsidiar a seleção das regionais de saúde com melhor viabilidade para a implantação do projeto piloto da linha de cuidado em obesidade infantojuvenil, foram realizadas reuniões sistemáticas entre o Instituto Desiderata e a Sala de Situação em Saúde/COE da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói. Esta corresponde a um setor de inteligência constituído por sanitaristas multiprofissionais, vinculado diretamente ao Gabinete do Secretário de Saúde e responsável, na presente parceria, pela construção de cenários de saúde passíveis de intervenções.

Com base nas proporções do último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada de residentes da cidade de Niterói para o ano de 2021 era de 516.981 pessoas. Dessas, 120.755 (23,4%) eram crianças e adolescentes, cuja composição étnico-racial era de 56,85% brancos, 32,47% pardos, 10% pretos, 0,57% amarelos e 0,11% indígenas.

Quanto às regiões de planejamento em saúde no município de Niterói, utilizamos para a construção deste trabalho a seguinte divisão: Leste-Oceânica, Pendotiba, Praias da Baía I, Praias da Baía II, Norte I e Norte II.

Para escolha das duas regiões destinadas ao projeto-piloto, optamos pela criação de um indicador-síntese baseado em 13 indicadores que permitem identificar o perfil nutricional e de morbidades relacionadas à obesidade infantojuvenil, os fatores de exposição a ambientes obesogênicos e os fatores protetivos do excesso de peso (sobrepeso e obesidade). Assim, foram definidas três categorias para a classificação da viabilidade da intervenção nas regiões de saúde. Cada uma delas é segmentada a partir do resultado do somatório dos pesos dos indicadores, ou seja, de acordo com a pontuação do indicador-síntese, como exposto no Quadro 1:

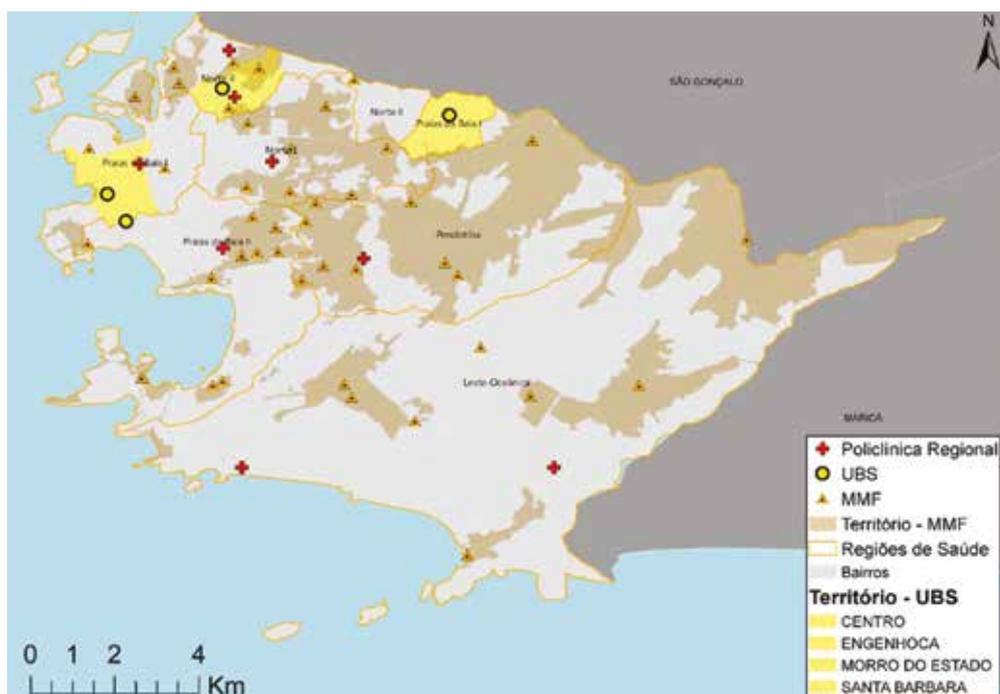
Quadro 1: Viabilidade de intervenção segundo pontuação final da região de saúde

Pontuação Final	Viabilidade de Intervenção
0 – 3	Regular
4 – 6	Boa
7 – 10	Ótima

Fonte: Sala de Situação de Saúde (SDSS/Niterói), 2022.

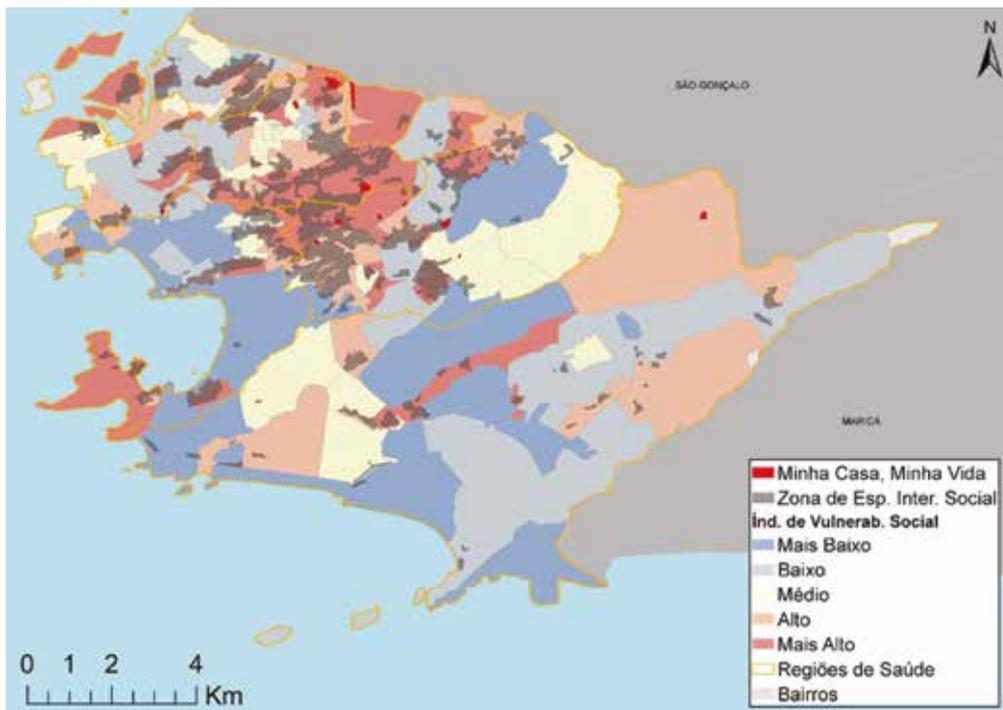
O subsídio técnico levou em consideração os seguintes fatores expositivos e protetivos, ilustrados, respectivamente, nos Mapas 1 a 6: (i) distribuição de dispositivos de saúde; (ii) vulnerabilidade social; (iii) distribuição de unidades escolares; (iv) espaços promotores de exercício físico e bem-estar; (v) espaços promotores de alimentação saudável; e (vi) espaços expositivos à alimentação não saudável.

Mapa 1: Dispositivos de saúde na cidade de Niterói



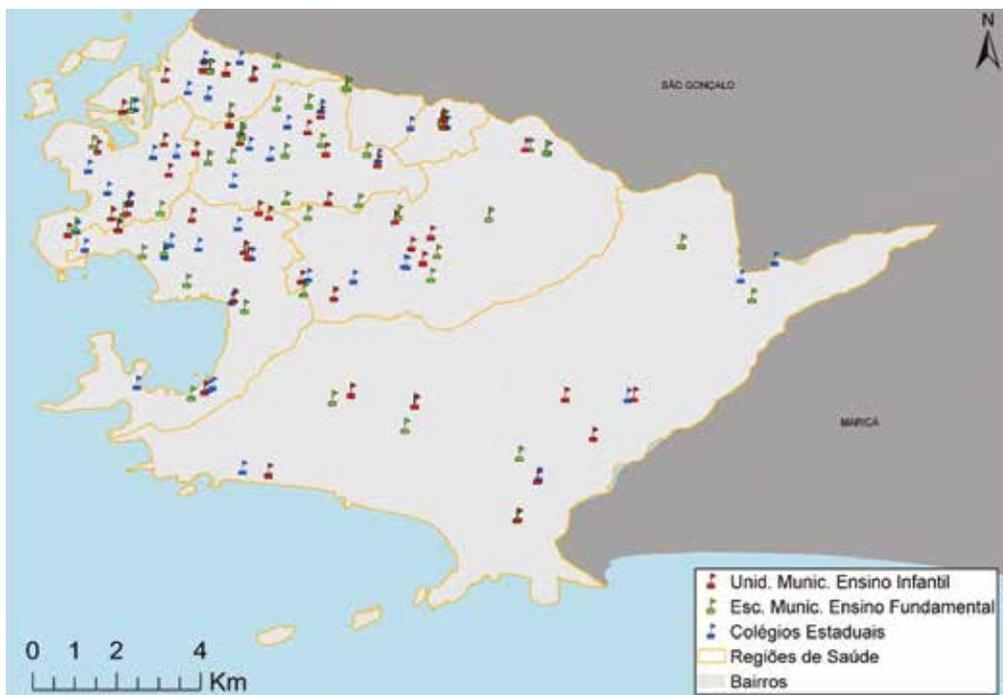
Fonte: SIGEO (2021). Elaboração: SDSS (2022).

Mapa 2: Vulnerabilidade social na cidade de Niterói



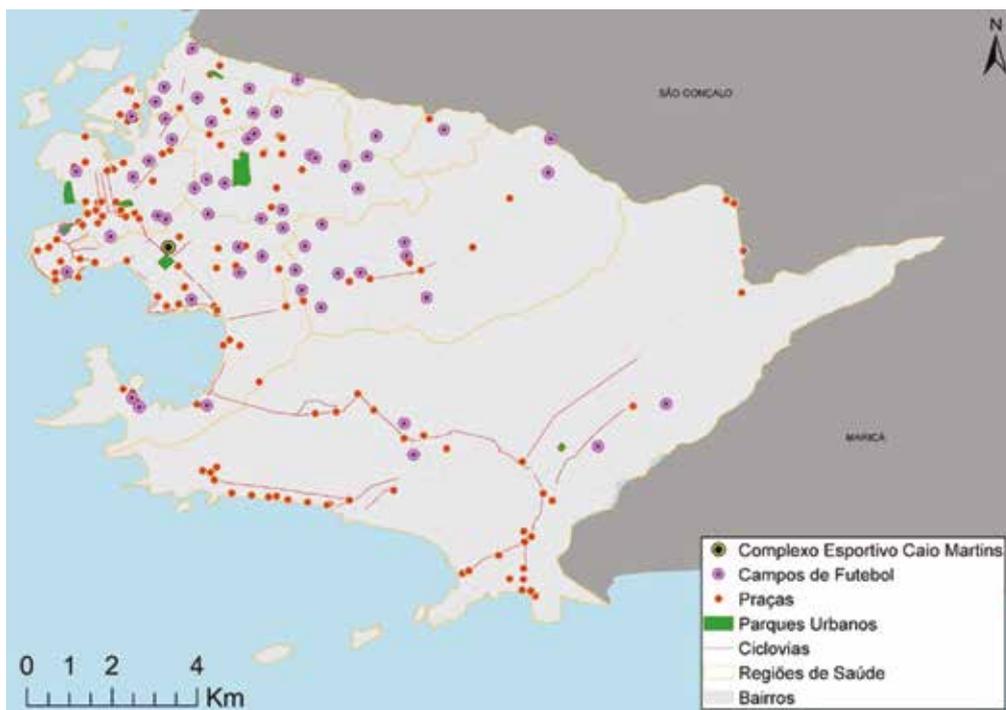
Fonte: SIGEO (2021). Elaboração: SDSS (2022).

Mapa 3: Distribuição das unidades escolares em Niterói



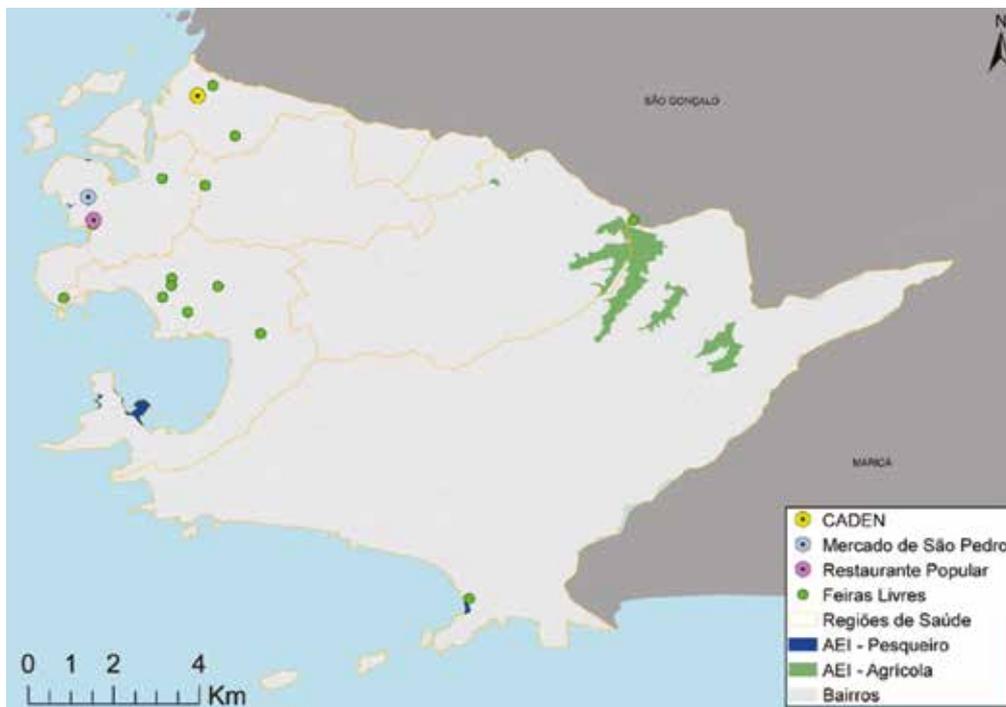
Fonte: SIGEO (2021). Elaboração: SDSS (2022).

Mapa 4: Espaços promotores de exercício físico e bem-estar em Niterói



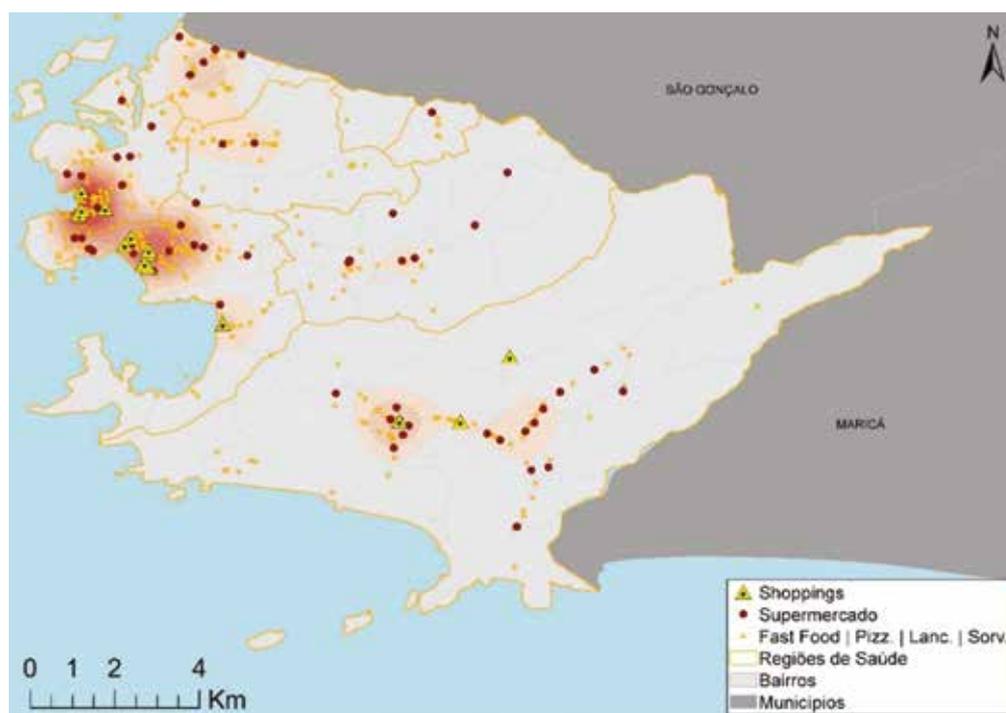
Fonte: Adaptado de SIGEO (2021). Elaboração: SDSS (2022).

Mapa 5: Espaços promotores de alimentação saudável em Niterói



Fonte: SDSS (2022).

Mapa 6: Espaços expositivos à alimentação não saudável em Niterói



Fonte: Adaptado de SIGEO (2021). Elaboração: SDSS (2022).

A Tabela 1 apresenta a síntese da pontuação segundo as três dimensões (morbidades, fatores expositivos e fatores protetivos), bem como a classificação final de cada uma das regiões de saúde.

Tabela 1: Síntese da pontuação de cada regional de saúde segundo as três dimensões de indicadores de viabilidade de intervenção

Indicador	Regional de Saúde					
	Norte I	Norte II	Pendotiba	Praias da Baía I	Praias da Baía II	Leste-Oceânica
	<i>Pontuação por dimensão</i>					
Morbidades (0 – 5 pontos)	3,92	4,24	4,75	2,50	3,24	2,60
Fatores expositivos (0 – 3 pontos)	1,81	1,90	2,12	1,86	2,37	2,07
Fatores protetivos (0 – 2 pontos)	1,01	1,04	1,00	1,76	1,64	1,47
Total	6,74	7,19	7,87	6,11	7,26	6,14
Classificação final	Boa	Ótima	Ótima	Boa	Ótima	Boa

Fonte: SDSS (2022).

Além dos resultados desse estudo, foram levados em consideração fatores estratégicos, como o histórico de ações voltadas para prevenção e manejo da obesidade; a existência de equipamentos sociais e de educação com expressivo alinhamento com a APS; e a formação prévia pelo Projeto de Enfrentamento da Obesidade do Estado do Rio de Janeiro. Além disso, considerou-se também a diferença estatística pouco significativa entre os graus de viabilidade para intervenção das Regionais Praias da Baía II e Norte II. Assim, o Grupo de Trabalho optou pela implementação do projeto piloto na Regional Norte II e em Pendotiba. O relatório final do estudo em questão apresenta detalhadamente os indicadores em cada uma das regiões de saúde analisadas, porém, para fins metodológicos, apresentamos a seguir os resultados das regionais selecionadas para intervenção.

REGIÃO DE SAÚDE NORTE II

Em relação à dimensão “Morbidades” e seus respectivos indicadores, na Tabela 1 nota-se que a Regional Norte II apresenta a segunda maior taxa de prevalência de excesso de peso em crianças em adolescentes (2,95), estando atrás somente de Pendotiba (3,13). O mesmo é observado quanto à prevalência de risco de sobrepeso em crianças na faixa etária de 0 a 4 anos, sobressaindo-se as regiões de Pendotiba (4,82) e Norte II (3,91), que apresentaram as maiores taxas. Quanto às internações, Norte II foi a região com o quarto maior número hospitalizações por causas associadas (presumivelmente em alguns casos) ao excesso de peso.

Como já mencionado, em relação aos “Fatores Expositivos”, as duas regiões selecionadas para intervenção apresentam Índice de Vulnerabilidade Social semelhantes, porém Norte II apresenta o maior índice entre as regionais (0,29). Nesta região, há duas áreas com condomínios do Programa Minha Casa Minha Vida. Já os espaços expositivos à obesidade estão entre os que apresentam menor frequência. Norte II ainda apresenta um relevante número de equipes (20) do Programa Médico de Família (PMF), igual ao da região Leste Oceânica e um pouco abaixo em relação à região de Pendotiba (23).

Quanto aos “Fatores Protetivos”, a região se destaca com o segundo maior número de unidades da APS (10), logo abaixo das Praias da Baía II (11). Mas, na análise de outros equipamentos existentes no território, como unidades escolares, espaços promotores de alimentação saudável, praças, parques, campos de futebol e ciclovias, Norte II se destacou negativamente pela baixa frequência desses equipamentos, que ficou entre as menores de todas as regiões.

Em termos de distribuição espacial, observa-se uma concentração dos equipamentos da APS, como Policlínicas, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Módulos Médico de Família, nas Regionais Norte I, Praias da Baía II e Pendotiba. Tais regiões concentram também o maior número de territórios contíguos com altos Índices de Vulnerabilidade Social, Zonas de Especial Interesse Social e condomínios do Programa Minha Casa Minha Vida.

REGIÃO DE SAÚDE PENDOTIBA

A região de Pendotiba obteve a maior pontuação na dimensão “Morbidades” (4,75) – Tabela 2. Quanto aos resultados dos indicadores, a Tabela 1 mostra que a região apresenta a maior taxa de prevalência de excesso de peso em crianças e adolescentes (3,13). Além disso, a região se destaca com a maior taxa de prevalência de risco de sobrepeso em crianças de 0 a 4 anos (4,82) em comparação às demais regiões. Ressalte-se que os Módulos Médico de Família dessa região reúnem o maior número de crianças e adolescentes cadastrados.

Em relação à dimensão “Fatores Expositivos”, Pendotiba obteve a segunda maior pontuação, ficando atrás apenas da região Praias da Baía II. Entre os indicadores que compõem o eixo, destacam-se o maior número de condomínios do Minha Casa Minha Vida (seis conjuntos habitacionais) e o maior número de equipes do Módulo Médico de Família (23). Além disso, apresentou o terceiro maior Índice de Vulnerabilidade Social, ficando atrás das regiões Norte II e Norte I, respectivamente. Quanto aos espaços expositivos à obesidade, os dessa região estão entre os de menor frequência.

Quanto aos “Fatores Protetivos”, a pontuação de Pendotiba (1,00) foi semelhante às regiões Norte I (1,01) e Norte II (1,04). As maiores pontuações foram as das regiões Praias da Baía I (1,76), Praias da Baía II (1,64) e Leste-Oceânica (1,47). Além disso, Pendotiba é a segunda região com maior número de unidades de APS (10), semelhante às regiões Norte II (8) e Leste Oceânica (7). Em relação aos outros equipamentos existentes no território, como unidades escolares, espaços promotores de alimentação saudável, praças, parques, campos de futebol e ciclovias, não houve destaque quanto à frequência.

Nesse eixo, cabe destacar que o processo de urbanização da cidade impacta na forma como os equipamentos sociais são distribuídos entre as regiões. Dessa forma, espaços de lazer e prática esportiva, como praças, campos de futebol, assim como a presença de escolas e trechos de ciclovias, concentram-se majoritariamente nas regiões Praias da Baía I e Praias da Baía II, seguidas da Leste-Oceânica. Isso faz com que a região de Pendotiba, embora apresente um relevante número de unidades de APS (10), perca pontos quando são considerados os equipamentos protetivos como um todo. Ademais, as Áreas de Especial Interesse Agrícola se concentram na parte mais a oeste das regiões de Pendotiba e Leste Oceânica, as quais, paradoxalmente, apresentam a menor concentração de feiras livres (apenas uma).

ARCABOUÇO TEÓRICO PARA A CONSTRUÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM OBESIDADE INFANTOJUVENIL

Considerando a obesidade infantojuvenil como um agravo largamente influenciado pelo contexto dos ambientes alimentares, recorreu-se à pesquisa bibliográfica e à análise documental para identificar trabalhos científicos que discutam esse tema. Na busca, optou-se por documentos técnicos nacionais que mencionam ou orientam a condução do trabalho de cuidado e a criação de estratégias para a promoção da educação de hábitos saudáveis (alimentação, atividades físicas e aspectos comportamentais).

Para tanto, foram selecionados os seguintes documentos técnicos para subsidiar o arcabouço teórico-metodológico da linha de cuidado em questão:

1. **Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA) - 2021**
2. **Guia Alimentar para a População Brasileira (2014)**
3. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (2019)**
4. **Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta (2021)**
5. **Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (2022)**
6. **Instrutivo: Metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica (2016)**
7. **Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as políticas públicas (2012)**
8. **Cadernos de Atenção Básica, n. 38 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**
9. **Manual do gerente – linha de cuidado (2011)**
10. **Manual Instrutivo: Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (2014).**
11. **Portaria nº 425 de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (2013).**
12. **Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.**
13. **Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS (2021).**

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) abrange informações sobre o estado nutricional, como indicadores antropométricos e de consumo alimentar, estratificadas em nível local por regional de saúde, unidades da APS (como UBS e PMF), unidades escolares ou Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), a fim de potencializar ações no território para a promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável.

De acordo com o PROTEJA, as ações essenciais para prevenção e manejo da obesidade infantojuvenil na APS devem incluir:

- a)** o monitoramento do estado nutricional e de marcadores de consumo alimentar de crianças, adolescentes e gestantes;
- b)** a oferta de cuidado multiprofissional individual e coletivo para gestantes com excesso de peso pré-gestacional ou ganho de peso gestacional excessivo;
- c)** a oferta de cuidado multiprofissional individual e coletivo para crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade; e
- d)** a provisão mínima das UBS com balança e estadiômetro (adulto e infantil).

Para o diagnóstico nutricional direto, as principais variáveis são peso, comprimento/estatura, idade e sexo. E são necessários equipamentos antropométricos, como balanças pediátrica e plataforma, estadiômetro horizontal (infantômetro) e vertical ou fitas antropométricas. Com base em gráficos elaborados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) presentes nas cadernetas de crianças, adolescentes e gestantes, é possível avaliar o estado nutricional com base nos parâmetros de classificação que consideram o Índice de Massa Corporal (IMC), conforme o Quadro 2.

Quadro 2: Classificação do estado nutricional conforme o IMC

FASE DO CICLO DA VIDA	ÍNDICE ANTROPO-MÉTRICO	PONTOS DE CORTE		CLASSIFICAÇÃO
Crianças menores de 5 anos	IMC/Idade	< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
		≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
		≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
		> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Risco de Sobrepeso
		> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Sobrepeso
		> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade
Crianças entre 5 e 10 anos incompletos	IMC/Idade	< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
		≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
		≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
		> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Sobrepeso
		> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Obesidade
		> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave
Adolescentes	IMC/Idade	< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
		≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
		≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
		> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Risco de Sobrepeso
		> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Sobrepeso
		> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade
Gestantes	Ganho de peso gestacional	Ganho de peso por idade gestacional Excessivo	Insuficiente	
			Baixo peso	
	Variável por semana gestacional	Adequado		
		Sobrepeso		
		Obesidade		

Com relação aos adolescentes, é importante monitorar, adicionalmente, a maturação sexual, que está diretamente relacionada ao crescimento linear. No período que precede o estirão pubertário, costuma haver aumento na velocidade de ganho de peso e acúmulo de tecido adiposo para fins de reserva. Trata-se de momento decisivo de atenção para prevenção de sobrepeso e obesidade. A maturação sexual de corte para o estirão envolve o desenvolvimento de pelos pubianos, o aumento do volume testicular e o surgimento do broto mamário. Em meninas, a menarca acontece cerca de um ano após o máximo de velocidade de crescimento, coincidindo com a fase de sua desaceleração.

COM RELAÇÃO AOS ADOLESCENTES, É IMPORTANTE MONITORAR, ADICIONALMENTE, A MATURAÇÃO SEXUAL, QUE ESTÁ DIRETAMENTE RELACIONADA AO CRESCIMENTO LINEAR.

O estágio 1 corresponde sempre à fase infantil, impúbere, e o estágio 5, à fase pós-puberal, a adulta. Portanto, são os estágios 2, 3 e 4 que caracterizam o período puberal, como observado na Figura 1.

Para a avaliação do grau de maturação sexual em adolescentes, é importante dispor de um local adequado para o atendimento, com garantia de privacidade, a fim de evitar o constrangimento do indivíduo avaliado. Outra estratégia pode ser a autoavaliação (o adolescente, por meio de lâminas, compara-se a desenhos ou fotos apresentadas). É preciso ainda esclarecer o adolescente sobre como o exame ocorrerá e garantir-lhe o direito de decidir se será ou não acompanhado por um responsável.

Os gráficos para classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes, estratificados por sexo, estão disponíveis nas Cadernetas de Saúde da Criança e do Adolescente, conforme preconizado pela OMS (2006).

No que se refere ao diagnóstico nutricional indireto, incluem-se métodos para a avaliação do consumo alimentar. O Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014c) propõe uma classificação dos alimentos, conforme seu grau de processamento industrial, nas seguintes categorias: (i) alimentos *in natura* ou minimamente processados; (ii) ingredientes culinários (sal, açúcar, óleos e gorduras); (iii) alimentos processados; e (iv) alimentos ultraprocessados. Estes últimos têm sido os mais relacionados com excesso de peso e menor saudabilidade, em virtude da alta densidade energética e do teor de carboidratos, gorduras e aditivos químicos.

A VAN é monitorada pelo SISVAN Web, sistema de informação do Ministério da Saúde que constitui valioso instrumento de apoio às ações de promoção e atenção à saúde. Tal sistema está disponível para equipes e gestores, visando aumentar a qualidade da assistência à população, além de ser um componente básico do SUS no âmbito do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

Figura 1: Pranchas de avaliação da maturação sexual conforme Tanner

Estágios de desenvolvimento das mamas



Estágio 1
Mamas infantis (M1)



Estágio 2
O broto mamário forma-se com uma pequena saliência com elevação da mama e da papila e ocorre o aumento do diâmetro areolar. Melhor visualizar lateralmente. (M2)



Estágio 3
Maior aumento da aréola e da papila sem separação do contorno da mama. (M3)



Estágio 4
Aumento continuado e projeção da aréola e da papila formando uma segunda saliência acima do nível da mama. (M4)



Estágio 5
Mama com aspecto adulto, com retração da aréola para o contorno da mama e projeção da papila. (M5)

Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos



Estágio 1
Ausência de pelos, ou pelugem natural. (P1)



Estágio 2
Pelos iniciam-se com uma pelugem fina, longa, um pouco mais escura, na linha central da região pubiana. (P2)



Estágio 3
Pelos em maior quantidade, mais escuros e mais espessos, e discretamente encaracolados, com distribuição em toda a região pubiana. (P3)



Estágio 4
Pelos do tipo adulto, encaracolados, mais distribuídos, e ainda em pouca quantidade. (P4)



Estágio 5
Pelos tipo adulto, com maior distribuição na região pubiana, e na raiz da coxa. (P5)

Estágios de desenvolvimento da genitália



Estágio 1
Genitália pré-puberal ou infantil. (G1)



Estágio 2
Aparece um afinamento e hipervascularização da bolsa escrotal, e aumento do volume testicular sem aumento do tamanho do pênis. (G2)



Estágio 3
Ocorre aumento da bolsa escrotal e do volume testicular, com aumento do comprimento do pênis. (G3)



Estágio 4
Maior aumento e hiperpigmentação da bolsa escrotal, maior volume testicular com aumento do pênis em comprimento e diâmetro, e desenvolvimento da glândula. (G4)



Estágio 5
Genitália adulta em tamanho e forma e volume testicular. (G5)

Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos



Estágio 1
Pelugem pré-puberal ou infantil, nenhum pelo pubiano. (P1)



Estágio 2
Ocorre o início do crescimento de alguns pelos finos, longos, escuros e lisos na linha medial ou na base do pênis. (P2)



Estágio 3
Aparecimento de maior quantidade de pelos, mais escuros e mais espessos, e discretamente encaracolados, com distribuição em toda a região pubiana. (P3)



Estágio 4
Pelos escuros, espessos, encaracolados, do tipo adulto, mas ainda em menor quantidade na sua distribuição na região pubiana. (P4)



Estágio 5
Pelos do tipo adulto, em maior quantidade, cobrindo toda a região pubiana, e estendendo-se até a superfície interna das coxas. (P5)

Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde – Ministério da Saúde.

As informações geradas rotineiramente pelo SISVAN Web são essenciais para repensar a prática e qualificar a assistência prestada às pessoas atendidas diariamente na rede de saúde. O monitoramento do estado nutricional e alimentar individual e coletivo, bem como o registro adequado dos dados nos sistemas de informação, permitem a promoção da saúde em consonância com a realidade epidemiológica local. Assim, pode-se esperar que as informações e as ações contribuam efetivamente para o controle dos problemas de saúde e para prevenir e promover a saúde e a nutrição da população (BRASIL, 2015a).

O SISVAN Web visa gerir as informações da VAN, desde o registro de dados antropométricos e de marcadores de consumo alimentar até a geração de relatórios. Os marcadores de consumo alimentar previstos no sistema abrangem todas as fases do ciclo da vida, como apresentado a seguir e na Figura 2.

Indicadores para crianças menores de 2 anos – Aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses; aleitamento materno continuado em crianças com idade entre 6 e 23 meses e 29 dias; introdução de alimentos em crianças com idade entre 6 e 23 meses e 29 dias; diversidade alimentar mínima em crianças com idade entre 6 e 23 meses e 29 dias; frequência mínima e consistência recomendada em crianças com idade entre 6 e 23 meses e 29 dias; consumo de alimentos ricos em ferro em crianças com idade entre 6 e 23 meses e 29 dias; consumo de alimentos ricos em vitamina A em crianças com idade entre 6 e 23 meses e 29 dias; consumo de alimentos ultraprocessados em crianças com idade entre 6 e 23 meses e 29 dias; consumo de hambúrguer e/ou embutidos em crianças com idade entre 6 e 23 meses e 29 dias; consumo de bebidas adoçadas em crianças com idade entre 6 e 23 meses e 29 dias; consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados em crianças com idade entre 6 e 23 meses e 29 dias; consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas em crianças com idade entre 6 e 23 meses e 29 dias.

Indicadores para crianças de 2 a 9 anos e adolescentes – hábito de realizar no mínimo as três refeições principais do dia; hábito de realizar as refeições assistindo à televisão; consumo de feijão; consumo de fruta; consumo de verduras e legumes; consumo de hambúrguer e/ou embutidos; consumo de bebidas adoçadas; consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas.

O formulário a seguir orienta o profissional de saúde da APS na captação de informações essenciais sobre consumo alimentar, as quais devem ser registradas em sistema de informação da APS, preferencialmente o sistema e-SUS AB, antes de migrarem para a plataforma SISVAN Web.

Figura 2: Ficha de marcadores de consumo alimentar do Sistema e-SUS AB

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR			DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES*	INE	DATA* / /	
CNS DO CIDADÃO:* _____					
Nome do Cidadão:* _____					
Data de nascimento:* / / Sexo:* <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino Local de Atendimento: <input type="checkbox"/>					
CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>				
	Mingau <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Água/chá <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Leite de vaca <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Fórmula infantil <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Suco de fruta <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Fruta <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
Outros alimentos/bebidas <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe					
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe				
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe				
	Se sim, essa comida foi oferecida: <input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe				
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>				
	Outro leite que não o leite do peito <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Mingau com leite <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Iogurte <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, beralha, espinafre, mostarda) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Verdura de folha (alfaca, acelga, repolho) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Fígado <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Feijão <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe					
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe					
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe					
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bala, pirulito, chiclete, caramelo, gelatina) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe					
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS**	Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Quais refeições você faz ao longo do dia? <input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia				
	<i>Ontem, você consumiu:</i>				
	Feijão <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe					
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bala, pirulito, chiclete, caramelo, gelatina) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe					

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

*Campo obrigatório

**Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abriço 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

Versão 3.0

PANORAMA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NAS REGIONAIS PENDOTIBA E NORTE II

A fim de conhecer o padrão de consumo alimentar dos indivíduos atendidos no SUS na Rede de APS em Niterói, foram gerados relatórios com base em dados extraídos dos marcadores de consumo alimentar previstos no SISVAN Web para as faixas etárias menores de 6 meses, 6 a 8 meses, 6 a 23 meses e 29 dias, 2 a 4 anos, 5 a 9 anos e adolescentes. É importante ressaltar que o SISVAN apresenta uma considerável subutilização, notadamente quanto aos registros de consumo alimentar, o que impacta diretamente no diagnóstico produzido sobre a população.

Os filtros adotados para a consolidação das informações do SISVAN foram:

- Referência: todos os meses do ano de 2021
- Agrupado por: município
- Estado: RJ
- Município: Niterói
- Relatório por estabelecimento de saúde: selecionado

A partir da emissão desses relatórios, buscou-se interpretar a distribuição dos registros nos MMF, UBS tradicionais e Policlínicas de Niterói, delimitados para as regionais de saúde deste projeto-piloto, analisando-se, qualitativamente, os marcadores de consumo alimentar de cada eixo compreendido pelo ciclo infantojuvenil.

Apesar da fragilidade dos relatórios ocasionada pelo sub-registro dos dados, efetuou-se uma análise qualitativa, dividindo esses dados em marcadores positivos e negativos de consumo alimentar. Com base no manual de orientações para a avaliação de marcadores de consumo alimentar na APS (BRASIL, 2015), assumem-se como marcadores positivos: aleitamento materno exclusivo e continuado; diversidade alimentar, frequência mínima e consistência adequada; consumo de alimentos ricos em ferro e vitamina A; hábito de realizar no mínimo as três principais refeições do dia; consumo de feijão; consumo de fruta; e consumo de verduras e legumes. Como marcadores negativos, consideraram-se: introdução de fórmula infantil; consumo de AUP; consumo de hambúrguer e/ou embutidos; consumo de bebidas adoçadas; consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas; e hábito de realizar as refeições assistindo à televisão. Cada marcador foi avaliado conforme a respectiva faixa etária de referência.

Foram incluídos os estabelecimentos que pertencem à APS do município. Na Regional de Saúde de Pendotiba, foram considerados os Módulos Médico de Família (Badu, Cantagalo, Maceió, Grota I, Grota II, Matapaca, Ititioca, Atalaia e Sapê) e a Policlínica Regional do Largo da Batalha. Na Regional de Saúde Norte II, foram considerados os Módulos Médico de Família (Leopoldina, Maruí, Marítimos, Nova Brasília, Vila Ipiranga, Baldeador e Coronel Leôncio), a Policlínica Comunitária Dr. Renato Silva, a Policlínica Regional Dr. João da Silva Vizella e a UBS da Engenhoca.

Sobre a APS tradicional de Niterói, verificou-se que, na UBS da Engenhoca, apenas na faixa etária da adolescência, havia dois indivíduos acompanhados para os indicadores de consumo alimentar (hábito de realizar no mínimo as três refeições principais do dia; hábito de realizar as refeições assistindo à televisão; consumo de feijão; consumo de fruta; consumo de verduras e legumes; consumo de AUP; consumo de hambúrguer e/ou embutidos; consumo de bebidas adoçadas; consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas). Nas demais faixas etárias não havia registro de indivíduos acompanhados no período de 2021. As informações provenientes das Policlínicas da Regional Pendotiba (Largo da Batalha) e Norte II (Engenhoca e Barreto) foram consideradas nulas.

Nascimento *et al.* (2019) também haviam verificado uma cobertura bastante reduzida do acompanhamento do consumo alimentar entre 2008 e 2013 (0,1 a 0,4%), em um estudo realizado com o SISVAN, cujo objetivo era avaliar o percentual de utilização do componente consumo alimentar e a cobertura do acompanhamento do consumo alimentar, de acordo com as macrorregiões e as fases da vida. Apon-ta-se que as principais causas da subutilização dos sistemas são: deficiência da estrutura física e do suporte tecnológico (computadores e acesso à internet de baixa qualidade); e escassez de recursos humanos e de educação permanente dos profissionais, que impede a consolidação do sistema (LIMA; SCHMIDT, 2018; NASCIMENTO *et al.*, 2019; MARINS, 2020).

Com relação ao Módulo Médico de Família, cabe salientar que é impossível garantir uma análise fidedigna do cenário alimentar e nutricional no município, pois os registros encontrados no sistema são muito escassos, representando menos de 1% das 34.079 crianças de 0 a 12 anos acompanhadas pelo PMF de Niterói. Diante de tantas limitações, foi possível traçar o seguinte perfil relacionado ao MMF por fase do ciclo de vida:

MENORES DE 6 MESES

Para a faixa etária de crianças menores de 6 meses, coletou-se informações referentes ao aleitamento materno exclusivo. Foi possível localizar seis unidades da Regional Pendotiba e uma unidade da Norte II. No total, durante todo o ano de 2021, as duas regionais apresentaram informações de 62 crianças, das quais apenas uma era da Regional Norte II.

Apesar de o quantitativo não ser suficiente para definir um perfil alimentar e nutricional, as informações coletadas mostram que, das 62 crianças, apenas 37 apresentavam resposta positiva para o aleitamento materno até o 6º mês de vida, o que representa cerca de 60% dos registros. Conforme a Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde), está em processo de estruturação a formação dos profissionais para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

6 A 8 MESES

O critério de avaliação da faixa etária de 6 a 8 meses é a introdução de alimentos. Em Pendotiba, cinco das nove unidades realizaram o registro de suas crianças acompanhadas nessa faixa etária, ao passo que, na Regional Norte II, a única unidade existente realizou o registro de crianças menores de 6 meses. Ao todo, no ano de 2021, foram 22 registros relacionados à introdução de novos alimentos, dos quais 13 apresentavam resposta positiva, ou seja, 13 das 22 crianças já haviam iniciado a introdução alimentar, o que representa 59% do total registrado no período.

6 A 23 MESES

A partir desta faixa etária, há uma variedade maior de critérios de avaliação da alimentação das crianças, adolescentes e gestantes. Assim, o ciclo em análise compreende os seguintes marcadores: aleitamento materno continuado, frequência mínima e consistência adequada, consumo de alimentos ricos em ferro, consumo de alimentos ricos em vitamina A, diversidade alimentar, consumo de AUP, consumo de hambúrguer e/ou embutidos, consumo de bebidas adoçadas, consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado e consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas.

Em relação às regionais de saúde, mantém-se o mesmo parâmetro das faixas etárias anteriores: seis MMF da Regional Pendotiba e apenas uma da Regional Norte II, totalizando 74 crianças acompanhadas por estes módulos, das quais apenas duas eram da Regional Norte II.

A Tabela 2 apresenta os percentuais de respostas afirmativas para cada um dos marcadores utilizados para crianças menores de 2 anos, de acordo com a regional de saúde:

Tabela 2: Registros de marcadores de consumo alimentar para crianças menores de 2 anos por regional de saúde

MARCADOR DE CONSUMO ALIMENTAR	Respostas afirmativas por regional de saúde	
	Pendotiba (N = 72)	Norte II (N = 2)
Frequência mínima e consistência adequada	94%	100%
Diversidade alimentar mínima	57%	100%
Consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	14%	0%
Consumo de hambúrguer e/ou embutidos	10%	0%
Consumo de bebidas adoçadas	15%	100%
Consumo de alimentos ultraprocessados	33%	100%
Consumo de alimentos ricos em vitamina A	78%	100%
Consumo de alimentos ricos em ferro	17%	100%
Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas	21%	50%
Aleitamento materno continuado	74%	50%

Apesar de a Regional Norte II apresentar os maiores percentuais, estes não são significativos, pois há apenas dois registros.

Em relação à Regional Pendotiba, os marcadores que mais chamam a atenção quando consideramos a obesidade infantojuvenil são o consumo de alimentos ricos em ferro e a diversidade alimentar mínima. Negativamente, destacam-se a introdução precoce de alimentos e produtos alimentares como bebidas adoçadas, hambúrgueres e embutidos, macarrão instantâneo e salgadinhos, biscoitos recheados, doces ou guloseimas e os AUP.

Diante destes dados, é importante reforçar com os profissionais do PMF de Niterói as orientações contidas no Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos.

2 A 5 ANOS INCOMPLETOS

Em relação às crianças de 2 a 5 anos incompletos, além das mudanças dos marcadores de monitoramento do consumo alimentar, observa-se também uma mudança no comportamento do registro das regionais analisadas. Apesar de a regional Pendotiba manter um quantitativo maior de módulos realizando os registros (três MMF ao todo), o número de crianças acompanhadas é menor quando comparado ao da Regional Norte II, que permanece apenas com um módulo nos relatórios. Ao todo, são 16 crianças acompanhadas de acordo com os seguintes marcadores: consumo de alimentos ultraprocessados; consumo de hambúrguer e/ou embutidos; consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas; consumo de fruta; consumo de feijão; consumo de bebidas adoçadas; consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado; consumo de verduras e legumes; hábito de realizar as refeições assistindo à televisão; e hábito de realizar no mínimo as três refeições principais do dia.

A Tabela 3 apresenta os percentuais de respostas afirmativas para cada um dos marcadores relacionados a crianças com idade entre 2 e 5 anos incompletos, por regional de saúde:

Tabela 3: Registros de marcadores de consumo alimentar para crianças com idade entre 2 e 5 anos incompletos por regional de saúde

MARCADOR DE CONSUMO ALIMENTAR	Respostas afirmativas por regional de saúde	
	Pendotiba (N = 7)	Norte II (N = 9)
Consumo de alimentos ultraprocessados	71%	100%
Consumo de hambúrguer e/ou embutidos	43%	33%
Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas	43%	100%
Consumo de fruta	86%	89%
Consumo de feijão	100%	100%
Consumo de bebidas adoçadas	57%	89%
Consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado	57%	33%
Consumo de verduras e legumes	28%	89%
Hábito de realizar as refeições assistindo à televisão	57%	44%
Hábito de realizar no mínimo as três refeições principais do dia	0%	0%

Dentre os fatores que podem ser associados à obesidade infantojuvenil, destacam-se o alto percentual de crianças que realizam as refeições assistindo à televisão e o alto consumo de bebidas adoçadas, de AUP e de biscoitos (recheados e salgadinhos), doces e guloseimas.

Deve-se ressaltar, também, a ausência de respostas afirmativas sobre o ato de realizar no mínimo as três refeições principais do dia. É possível que esse dado decorra de algum erro de entendimento dos profissionais sobre como preencher a ficha e realizar as perguntas aos responsáveis. Caso contrário, indica um alto grau de vulnerabilidade social, o que, nessa faixa etária, pode resultar em problemas de crescimento e desenvolvimento nas crianças.

5 A 10 ANOS INCOMPLETOS

Em um cenário totalmente distinto em comparação às faixas etárias anteriores, os relatórios de consumo alimentar das crianças de 5 a 9 anos revelam uma ausência total de registros da Regional Pendotiba e uma presença mais significativa da Norte II, principalmente do MMF do Maruí, que inseriu 62 registros. Vale ressaltar que essa é uma das poucas unidades informatizadas do município, o que pode explicar esse número elevado de registros em comparação às que não informatizadas. Porém, essa diferença só é observada nessa faixa etária específica, o que nos leva a questionar se a explicação é, de fato, a informatização da unidade ou o trabalho mais intenso que é realizado com essa faixa etária.

A Tabela 4 exibe a distribuição dos registros dos marcadores de consumo alimentar para crianças com idade entre 5 e 10 anos incompletos, por regional de saúde:

Tabela 4: Registros de marcadores de consumo alimentar para crianças com idade entre 5 e 10 anos incompletos por regional de saúde

MARCADOR DE CONSUMO ALIMENTAR	Respostas afirmativas por regional de saúde	
	Pendotiba (N = 0)	Norte II (N = 79)
Consumo de alimentos ultraprocessados	–	95%
Consumo de hambúrguer e/ou embutidos	–	61%
Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas	–	58%
Consumo de fruta	–	9%
Consumo de feijão	–	22%
Consumo de bebidas adoçadas	–	62%
Consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado	–	37%
Consumo de verduras e legumes	–	64%
Hábito de realizar as refeições assistindo à televisão	–	49%
Hábito de realizar no mínimo as três refeições principais do dia	–	0%

Considerando os fatores relacionados ao desenvolvimento e agravamento do quadro da obesidade infantojuvenil, observa-se que, no MMF do Maruí, não houve nenhum registro positivo, isto é, consumo de feijão, verduras, legumes e fruta. Tais hábitos são classificados como positivos e de proteção contra o desenvolvimento da obesidade na infância, de modo que a ausência de respostas afirmativas para esses marcadores nos leva, novamente, a questionar se houve um problema de entendimento dos profissionais ou se de fato os hábitos alimentares são precários.

Quanto aos demais marcadores, os percentuais são semelhantes às demais faixas etárias, porém, observa-se o aumento percentual no hábito de realizar as refeições assistindo à televisão, comportamento que incentiva o ato de comer de forma desatenta, alterando negativamente o mecanismo de fome-saciedade.

Não é possível realizar qualquer análise ou comparação direta entre os dados, visto que a regional Pendotiba não apresentou nenhum registro para a faixa etária e o total apresentado pela regional Norte II foi muito maior do que o registrado nas demais faixas etárias.



ADOLESCENTES

Seguindo a tendência da faixa etária anterior, apenas a Regional Norte II realizou registros de consumo alimentar de adolescentes acompanhados no ano de 2021. Ao todo, foram 41 registros desta regional.

A Tabela 5 discrimina os registros dos marcadores de consumo alimentar nessa fase do ciclo da vida.

Tabela 5: Registros de marcadores de consumo alimentar para adolescentes por regional de saúde

MARCADOR DE CONSUMO ALIMENTAR	Respostas afirmativas por regional de saúde	
	Pendotiba (N = 0)	Norte II (N = 41)
Consumo de alimentos ultraprocessados	–	98%
Consumo de hambúrguer e/ou embutidos	–	78%
Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas	–	78%
Consumo de fruta	–	34%
Consumo de feijão	–	56%
Consumo de bebidas adoçadas	–	73%
Consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado	–	34%
Consumo de verduras e legumes	–	80%
Hábito de realizar as refeições assistindo à televisão	–	61%
Hábito de realizar no mínimo as três refeições principais do dia	–	0%

Destaca-se que a unidade de Maruí (Norte II) segue sem apresentar respostas positivas para consumo de feijão, frutas e a realização das três refeições principais do dia, o que reforça a dúvida se isso deriva da inexistência efetiva desses hábitos ou da falta de entendimento sobre a pergunta.

Alguns marcadores apresentaram porcentagem maior de respostas afirmativas em comparação às demais faixas etárias, principalmente o consumo de bebidas adoçadas, hambúrguer e embutidos e o hábito de realizar as refeições assistindo à televisão. Isso se explica pelo fato de que, geralmente, os adolescentes começam a ter maior autonomia e a fazer suas próprias escolhas, incluindo as alimentares. É por isso que nós, como profissionais da APS, devemos promover ações voltadas para esse público, de modo a lhes apresentar novas possibilidades de escolhas, principalmente em relação aos hábitos alimentares.

MAPEAMENTO DO AMBIENTE ALIMENTAR COMUNITÁRIO

O sistema alimentar compreende fluxos que conectam as relações de produção, processamento, distribuição, abastecimento, comercialização e consumo de alimentos. O ambiente alimentar, por sua vez, compreende uma série de condicionantes (econômicos, políticos, socioculturais, oportunidades etc.) de práticas alimentares que determinam o estado nutricional dos indivíduos (HLPE, 2017).

O ambiente alimentar comunitário é definido pela disponibilidade de estabelecimentos varejistas de alimentos em território compartilhado, assim como por sua acessibilidade, que inclui a localização, a proximidade e o horário de funcionamento. A disponibilidade pode ser definida por limites administrativos (região administrativa, regional de saúde, bairro, território adscrito ao PMF) ou pelo tipo de transporte utilizado para acessar determinado ponto de interesse, em um raio de metros ou quilômetros. Já a acessibilidade pode ser definida pela distância, a ser percorrida a pé ou utilizando um meio de transporte, entre um local e o estabelecimento de comércio varejista de alimentos (PESSOA *et al.*, 2022).

Uma metodologia interessante para a representação do ambiente alimentar comunitário é a construção do “mapa falante”, por meio da identificação dos estabelecimentos varejistas de alimentos, produtores autônomos e cooperativas de produção de refeições, bem como espaços de partilha de comida no território, com o suporte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), equipes do MMF e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Tendo o Guia Alimentar para a População Brasileira como referência, é importante identificar oportunidades e obstáculos para a promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS).

UMA METODOLOGIA INTERESSANTE PARA A REPRESENTAÇÃO DO AMBIENTE ALIMENTAR COMUNITÁRIO É A CONSTRUÇÃO DO “MAPA FALANTE”,

O referido Guia divide os alimentos em: a) in natura ou minimamente processados (obtidos diretamente de plantas ou animais sem qualquer adição de substâncias); b) ingredientes culinários (como óleos, gorduras, sal e açúcar, extraídos de alimentos in natura por processos como prensagem, moagem, trituração e refino); c) processados (produzidos com adição de sal, açúcar ou óleo para prolongar validade ou aumentar a palatabilidade); e d) ultraprocessados (produzidos industrialmente, derivados de constituintes alimentares agregados de aditivos químicos, como corantes, conservantes, emulsificantes e realçadores de sabor, que fazem com que a matriz do alimento de origem seja mínima). A regra de ouro do guia é preferir alimentos in natura ou minimamente processados (BRASIL, 2014c).

Alimentos *in natura* ou minimamente processados compreendem legumes (abobrinha, berinjela, cenoura, chuchu), verduras (agrião, rúcula, taioba), frutas (banana, maçã, laranja, ameixa seca, castanhas sem sal), raízes e tubérculos (batata-doce, aipim, inhame), cereais (arroz, milho, farinha de mandioca), leguminosas (feijão, lentilha, grão-de-bico), carnes frescas, resfriadas ou congeladas (boi, frango, peixe, porco), ovos, leite e iogurte natural.

Alimentos processados podem ser exemplificados por atum em conserva, geleias de frutas, doces de fruta em barra ou pasta, azeitona em conserva, extrato de tomate, toucinho e carne seca.

Alimentos ultraprocessados incluem lasanha e refeições prontas congeladas, macarrão instantâneo, biscoitos salgadinhos e recheados, creme de avelã industrializado, temperos instantâneos, bebidas adoçadas, bebidas lácteas, salsicha, mortadela, peito de peru defumado, pão de forma industrializado, margarina.

Maldonado (2019) propõe o cumprimento de alguns passos para construção do mapa falante relacionado ao ambiente alimentar comunitário, a saber: 1) Elaborar um roteiro de perguntas para nortear o diálogo; 2) Discutir a proposta em grupos educativos em saúde ou outras atividades coletivas com a população; 3) Iniciar uma conversa geral sobre ambiente alimentar comunitário; 4) Combinar com o grupo a extensão do território a ser delimitada, convidando os participantes a iniciar o desenho do mapa; 5) Apresentar as perguntas do roteiro de forma progressiva, à medida que a reflexão do grupo avance; 6) Manter o movimento de conversa e desenho constante; 7) Mediar a participação de cada um, para que todos participem; 8) Registrar comentários para discussão futura.

Locais de oferta de alimentos e bebidas podem compreender padarias, quitandas, mercados, sacolões, açougue, peixaria, cozinhas comunitárias, restaurantes populares, feiras, hortas, pomares e quintais produtivos, escolas e creches públicas (contempladas pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar), escolas e creches privadas (que geralmente são dotadas de cantinas), locais de doação de alimentos, bares, restaurantes, lanchonetes, *fast food* e ambulantes. É possível ainda mapear árvores frutíferas em equipamentos sociais ou espaços compartilhados no território.

O Quadro 3 apresenta a classificação dos estabelecimentos varejistas de acordo com a predominância do tipo de alimento comercializado por grau de processamento industrial, com base no Mapa de Desertos Alimentares da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2018).

Atualmente, seria importante incluir os serviços de entrega de refeições por *delivery*, via aplicativos de *smartphone*, que expõem os indivíduos a uma ampla variedade de alimentos, geralmente ultraprocessados. Com o aumento do tempo de tela e a interação precoce do público infantojuvenil com o celular, a autonomia nas decisões sobre compras de alimentos em ambiente virtual deve ser considerada e problematizada em ações de Educação Alimentar e Nutricional (PESSOA *et al.*, 2022). Além disso, vale registrar esses espaços no mapa falante do ambiente alimentar comunitário.

Quadro 3: Classificação dos estabelecimentos varejistas de acordo com a predominância do tipo de alimento comercializado

Categoria	Estabelecimentos
Predominância de alimentos in natura	Peixarias, hortifrutigranjeiros, açougues, minimercados, feiras, sacolões, pensões
Predominância de alimentos ultraprocessados	Lanchonetes, lojas de conveniência, lojas de doces, bares, cantinas, fast food, serviços ambulantes
Todos os tipos de alimentos	Hipermercados, supermercados, restaurantes, padarias, mercearias

A título de exemplo, sugere-se colocar na barra de pesquisa o termo “Clínica Comunitária da Família do Badu”, clicar em “Adicionar ao mapa” e renomear o mapa sem título como “Ambiente Alimentar do MMF Badu”, conforme ilustrado na Figura 3.

Ao ampliar a visualização do mapa à esquerda, tendo o MMF Badu como ponto de referência (Figura 4), encontram-se três estabelecimentos varejistas de alimentos: um mercado, um bar e uma loja de *fast food* (Figura 5). Recomenda-se, então, o georreferenciamento para exploração da área adscrita, levantando-se os pontos de acesso e disponibilidade de alimentos, para discussão em equipe e planejamento de ações de PAAS.

VOCÊ SABIA?

ALÉM DO MAPA FÍSICO, É POSSÍVEL CONSTRUIR UM MAPA VIRTUAL, UTILIZANDO A PLATAFORMA GOOGLE MAPS PARA COMPLEMENTAR O DIAGNÓSTICO DO TERRITÓRIO. BASTA ACESSAR UMA CONTA DO GMAIL E ESCOLHER O APLICATIVO MAPS. NO MENU DO LADO ESQUERDO, DEVE-SE CLICAR NA OPÇÃO “SEUS LUGARES”, EM SEGUIDA, EM “MAPAS” E, POR FIM, EM “CRIAR MAPA”.

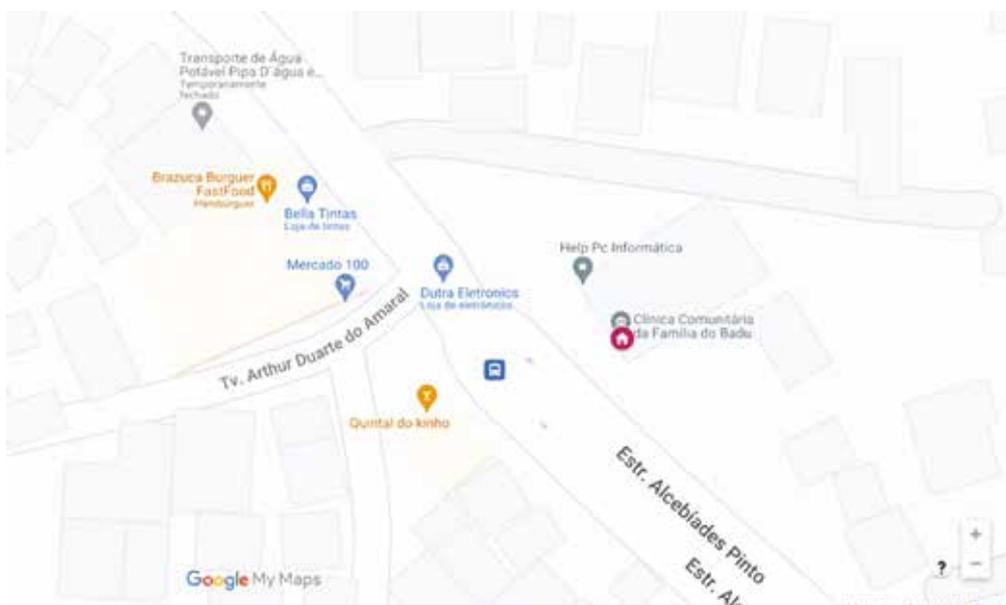
Figura 3: Passo 1 para mapeamento do ambiente alimentar via Google Maps



Figura 4: Passo 2 para mapeamento do ambiente alimentar via Google Maps



Figura 5: Passo 3 para mapeamento do ambiente alimentar via Google Maps



A EXPERIÊNCIA DE MAPEAMENTO DO AMBIENTE ALIMENTAR COMUNITÁRIO NO PMF MACEIÓ, REGIONAL DE SAÚDE PENDOTIBA, NITERÓI



Diante da demanda por regulação na especialidade de Nutrição no nível secundário da RAS de Niterói, ao fim do ano de 2019, uma equipe do MMF Maceió, na Regional Pendotiba, criou grupos educativos com ênfase na PAAS. Por meio desses espaços, buscou-se também promover o reconhecimento da cultura alimentar e o compartilhamento de vivências relacionadas a esse tema.

É importante ressaltar que a PAAS está constantemente inserida nas abordagens em saúde realizadas nas consultas de enfermagem em puericultura e no pré-natal, que constituem períodos propícios para a revisão de práticas de saúde e alimentares, com vistas à prevenção de DCNT na fase adulta.

Uma das culminâncias dos referidos grupos educativos compreendeu o mapeamento do território pelos usuários, com o apoio dos ACS, para a identificação de estabelecimentos varejistas de alimentos e de hortas privativas ou comunitárias. Além disso, foram pesquisados os dias da semana com ofertas de frutas e verduras em cada estabelecimento comercial, de modo a favorecer a acessibilidade financeira a alimentos *in natura*, o resgate da comida de verdade e a redução do consumo de alimentos processados e ultraprocessados. Com isso, foi identificado um usuário que cultivava ervas aromáticas e temperos para geração de renda, e outro que cultivava horta e pomar para consumo de sua família. Os estabelecimentos mapeados incluíam: dois supermercados, oito lanchonetes, cinco hortifrutigranjeiros ou sacolões, cinco bares, duas mercearias, quatro padarias e três peixarias.

ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM OBESIDADE INFANTOJUVENIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE NITERÓI

A identificação de gestantes, crianças e adolescentes nos territórios abarcados pela APS pode se dar por meio da busca ativa ou do acompanhamento clínico-assistencial nos três pontos da RAS.

A busca ativa pode ser realizada por intermédio dos ACS e demais componentes das equipes do Programa Médico de Família (PMF) ou dos NASF-AB. Pode-se ainda apelar para a intersectorialidade, captando beneficiários de programas sociais cadastrados na Secretaria Municipal de Assistência Social e Economia Solidária (SMASES) e estudantes da rede de ensino da Secretaria Municipal de Educação (SME) ou Secretaria Estadual de Educação (SEEDUC).

No campo da saúde, o acompanhamento clínico-assistencial se faz no âmbito da própria APS (seja na modalidade tradicional em UBS ou no PMF com suporte técnico ou não pelo NASF-AB); na atenção secundária, por meio das policlínicas municipais, unidades de acolhimento infantojuvenil ou rede de atenção psicossocial; em unidades de pronto atendimento; ou na atenção terciária, por meio de hospitais e maternidades.

Especificamente na APS, o acompanhamento clínico-assistencial inclui atendimentos individuais e interconsultas, bem como ações coletivas para PAAS que contemplem educação alimentar e nutricional, empregando estratégias que despertem criticidade e autonomia sobre as práticas alimentares e garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Nesse sentido, é importante explorar as potencialidades e os equipamentos sociais do território, bem como a participação popular visando ir ao encontro de suas necessidades em saúde.

A PAAS deve se iniciar pela promoção, apoio e proteção ao aleitamento materno, seguido pela introdução da alimentação complementar adequada e saudável, conforme o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos (BRASIL, 2019). É importante que, para além da gestante, a discussão inclua o companheiro ou companheira, familiares e/ou pessoas que façam parte da rede de apoio. Em todas as fases do ciclo da vida, deve-se incentivar o consumo predominante de preparações baseadas em alimentos *in natura* ou minimamente processados, tendo como diretriz o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014c).

Com vistas à integralidade, é necessário proporcionar uma escuta qualificada e acolher as necessidades por vezes silenciosas ou não tão evidentes, principalmente diante das seguintes condicionalidades:

O QUE É IMPORTANTE SABER DURANTE A ANAMNESE?"

CASO REFRACTÁRIO A TRATAMENTOS ANTERIORES DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

HISTÓRIA FAMILIAR DE OBESIDADE PARA A CRIANÇA OU ADOLESCENTE

INTRODUÇÃO PRECOCE DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS PARA A CRIANÇA OU ADOLESCENTE

TRANSTORNO ALIMENTAR NA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL OU DIABETES PRÉVIA NA MÃE

EXCESSIVO GANHO DE PESO GESTACIONAL DA MÃE

SEDENTARISMO DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

HISTÓRICO FAMILIAR DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DANT) EM PARENTES DE 1º GRAU DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

DESMAME PRECOCE DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE (ANTES DOS 4 MESES DE VIDA)

TRANSTORNO MENTAL NA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

REALIZAÇÃO DE REFEIÇÕES PELA CRIANÇA OU ADOLESCENTE COM MÚLTIPLOS ESTÍMULOS, COMO TELAS DE ELETRÔNICOS

PREMATURIDADE AO NASCER DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

DISTÚRBIOS DE SONO NA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

BAIXO GRAU DE INSTRUÇÃO DOS CUIDADORES

Delimitando-se à dimensão biomédica da clínica ampliada, não desviante da integralidade em saúde, recomendam-se procedimentos como dosagens de glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicérides e enzimas hepáticas, além de exame físico que inclua os seguintes procedimentos:

AVALIAR
FREQUÊNCIA CARDÍACA
E PRESSÃO ARTERIAL

OBSERVAR
SINAIS DE ACANTOSE
NIGRICANS, AUTOMUTILAÇÃO
OU VIOLÊNCIA

VERIFICAR
A PRESENÇA DE ESTRIAS
VIOLÁCEAS, ACNE E OUTROS
SINAIS SUGESTIVOS DE
HIPERCORTISOLISMO

VERIFICAR
A PRESENÇA DE ACNE
E HIRSUTISMO EM MENINAS
ADOLESCENTES, SINAIS
SUGESTIVOS DE ANDROGENISMO,
BEM COMO ALTERAÇÕES
NO CICLO MENSTRUAL
(SUGESTIVO DE SÍNDROME
DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS)

CONSIDERAR
PRANCHAS DE MATURAÇÃO SEXUAL
DE TANNER (PÁGINA 37),
UMA VEZ QUE O DESENVOLVIMENTO
GENITAL PODE ESTAR RELACIONADO
A ALTERAÇÕES NO CRESCIMENTO LINEAR
(ESTATURA) E ALTERAÇÕES NO
GANHO DE PESO (DÉFICIT OU EXCESSO).
CASO ESSE DESENVOLVIMENTO
NÃO OCORRA, PODE-SE INVESTIGAR
HIPOTIREOIDISMO, HIPOGONADISMO
E DESENVOLVIMENTO MENTAL
COM SÍNDROMES GENÉTICAS.

FLUXOS ASSISTENCIAIS

A proposta pensada para promover uma assistência integral à saúde começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede de atenção básica e vai se somando a outras ações assistenciais. Considerando que a presente intervenção é direcionada para a definição de fluxos de cuidado de crianças e adolescentes com obesidade na APS, apresentamos a seguir as propostas previstas nos documentos oficiais já listados, bem como os fluxos discutidos conjuntamente no grupo de trabalho.

Após a definição das regionais de saúde elegíveis para a intervenção no município de Niterói, foi feita consulta à base de dados do DataSUS referente ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de modo a identificar a estruturação da Rede de Atenção à Saúde. Tais informações foram confirmadas com a gestão da APS tradicional (DESUM) e do Programa Médico de Família (FeSaúde).

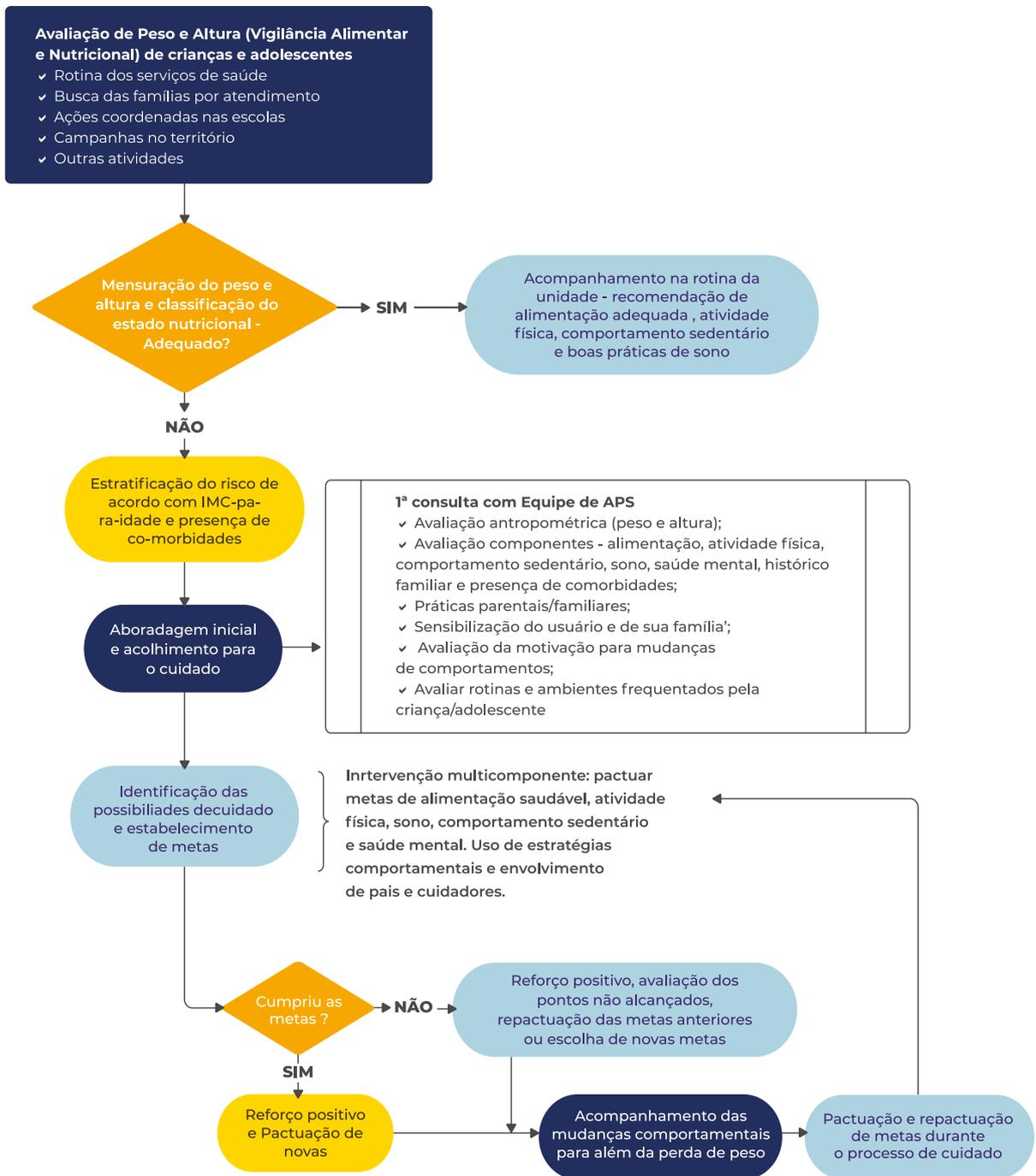
Em Niterói, a APS é constituída por UBS e pelo Programa Médico de Família (PMF). Especificamente na Regional Pendotiba, a Policlínica Regional do Largo da Batalha atende a população descoberta pelo PMF, devendo cumprir concomitantemente ações de promoção da saúde.

Em Pendotiba, existem nove unidades do PMF (Badu, Cantagalo, Maceió, Grotta I, Grotta II, Matapaca, Ititioca, Atalaia e Sapê), todas contempladas por pediatra, além da equipe mínima de Saúde da Família. Na atenção secundária, a Policlínica Municipal do Largo da Batalha conta com profissionais como nutricionista, psicólogo, pediatra, endocrinologista e ginecologista, aptos para a prevenção e o manejo da obesidade da gestação até a adolescência.

Na Regional Norte II, dispõe-se de uma UBS tradicional (Engenhoca), contemplada por nutricionista, psicólogo, pediatra e ginecologista. O PMF totaliza sete unidades (Leopoldina, Maruí, Marítimos, Nova Brasília, Vila Ipiranga, Baldeador e Coronel Leôncio). Há duas Policlínicas na Norte II, localizadas na Engenhoca e no Barreto. A primeira, Policlínica Comunitária Dr. Renato Silva, conta, entre outros profissionais, com nutricionista, educador físico, psicólogo e endocrinopediatra, ao passo que a segunda, Policlínica Regional Dr. João da Silva Vizella, conta com nutricionista, psicólogo, pediatra e ginecologista-obstetra (específico para pré-natal de médio e alto risco).

Em Niterói, o NASF-AB é formado por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico, assistente social, psicólogo, sanitário, médico clínico, pediatra e ginecologista. Em Pendotiba, o NASF-AB Prof. Barros Terra realiza o apoio matricial às equipes do PMF Badu, Cantagalo, Matapaca e Sapê. Na Regional Norte II, o NASF-AB Dr. Antônio Peçanha abrange apenas as equipes do MMF Vila Ipiranga.

Figura 6 – Fluxograma de organização do processo de cuidado de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade na APS segundo o Ministério da Saúde



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2022a).

Com isso, foi possível delinear a matriz de estruturação da RAS de Niterói para prevenção e manejo da obesidade infantojuvenil (Apêndice A), optando-se pelas fases do ciclo da vida referenciadas na Estratégia PROTEJA, estratificadas conforme a classificação nutricional indicada pelo SISVAN ou pela carteira de serviços disponíveis no território: gestantes, crianças de 0 a 5 anos incompletos, crianças de 5 a 10 anos incompletos, adolescentes de 10 a 15 anos incompletos, adolescentes de 15 a 20 anos incompletos.

Diante das limitações de recursos humanos (como ausência de nutricionista no NASF-AB) e tecnológicos (não universalização do uso de prontuário eletrônico e informatização das unidades de saúde) durante o processo de elaboração da linha de cuidado, enfatizaram-se adaptações no matriciamento clínico-assistencial às equipes do PMF e a necessidade de responsabilização de componentes da APS com a digitação e migração de dados necessários ao diagnóstico nutricional individual e coletivo pelo SISVAN.

O matriciamento é entendido como uma forma de organização do trabalho em saúde, baseada na cooperação por equipes de suporte técnico especializados, em ações setoriais ou intersetoriais, para otimizar a coordenação de cuidados em saúde, ao encontro da integralidade (MEDEIROS, 2015). Nesse espectro, as ações do NASF-AB devem se dar considerando os limites encontrados pelas equipes de saúde da família ou do PMF diante de situações complexas, concretizando-se por meio de dimensões técnico-pedagógicas ou clínico-assistenciais (BRASIL, 2014b).

Tais ações consistem em educação continuada das equipes, discussão ampliada de casos, consultas interdisciplinares, visitas domiciliares, educação em saúde com a população e articulações com a RAS ou outros setores sociais. O apoio matricial técnico-pedagógico compreende o suporte à gestão, a construção de projeto terapêutico singular, projeto de saúde no território e educação continuada das equipes de saúde da família ou do PMF. Já a dimensão clínico-assistencial consiste na inserção em atendimentos, visitas domiciliares e grupos educativos em saúde (BRASIL, 2014b).

Alternativamente, pactuou-se apoio matricial na vertente clínico-assistencial (interconsultas e atividades educativas em saúde) proveniente de diversos profissionais inseridos em vários pontos da RAS, para as Regionais Pendotiba e Norte II, consoante as diferentes fases do ciclo da vida, como exposto no Quadro 4 e Quadro 5:

Quadro 4 – Pactuação de apoio matricial clínico-assistencial alternativo diante da limitação de recursos humanos no NASF-AB para a Regional Pendotiba

Fase do ciclo da vida	Regional Pendotiba	
	Categorias profissionais mobilizadas	
	NASF-AB	HMGVF
Gestantes	Ginecologista	Nutricionista
Crianças menores de 5 anos	Pediatra Psicólogo	Nutricionista
Crianças com idade entre 5 e 10 anos	Pediatra Psicólogo	Nutricionista
Adolescentes menores de 15 anos	Psicólogo Ginecologista	Nutricionista Endocrinologista Nutróloga
Adolescentes entre 15 e 20 anos	Psicólogo Ginecologista	-

Quadro 5 – Pactuação de apoio matricial clínico-assistencial alternativo diante da limitação de recursos humanos no NASF-AB para a Regional Norte II

Fase do ciclo da vida	Regional Norte II				
	Categorias profissionais mobilizadas				
	NASF-AB (Vila Ipiranga)	UBS Engenhoca	Policlínica Engenhoca	Policlínica Barreto	HMGVF
Gestantes	Ginecologista	Nutricionista Ginecologista	Nutricionista	Nutricionista Ginecologista	Nutricionista
Crianças menores de 5 anos	Pediatra Psicólogo	Nutricionista Pediatra Psicólogo	Nutricionista Ed. Física Psicólogo	Nutricionista Pediatra Psicólogo	Nutricionista
Crianças com idade entre 5 e 10 anos	Pediatra Psicólogo	Nutricionista Pediatra Psicólogo	Nutricionista Ed. Física Psicólogo	Nutricionista Pediatra Psicólogo	Nutricionista
Adolescentes menores de 15 anos	Psicólogo Ginecologista	Nutricionista Psicólogo Ginecologista	Nutricionista Ed. Física Psicólogo	Nutricionista Psicólogo Ginecologista	Nutricionista
Adolescentes entre 15 e 20 anos	Psicólogo Ginecologista	-	-	-	-

PLANO TERAPÊUTICO PARA A POPULAÇÃO DA REGIONAL DE SAÚDE DE PENDOTIBA

No que se refere ao plano terapêutico de gestantes com baixo peso e obesidade (com ou sem comorbidades), da Regional Pendotiba, considera-se que devem ser assistidas por nutricionista e ginecologista da Policlínica Regional do Largo da Batalha, ao passo que aquelas eutróficas ou com sobrepeso que venham apresentando ganho excessivo de peso devem ser acompanhadas pelas equipes do PMF ou pela porção APS da Policlínica Regional do Largo da Batalha (somente a população que não seja coberta pelo PMF). Todas as gestantes adscritas devem receber a coordenação de cuidados pelo PMF e NASF-AB.

Crianças menores de 5 anos, da Regional Pendotiba, com magreza devem ser acompanhadas por nutricionista e pediatra da Policlínica Regional do Largo da Batalha, ao passo que aquelas com risco de sobrepeso devem ser monitoradas pelas equipes do PMF ou pela porção APS da Policlínica Regional do Largo da Batalha (somente a população que não seja coberta pelo PMF). Crianças menores de 5 anos com sobrepeso devem ter seu plano de cuidado elaborado por nutricionista, pediatra e psicólogo do Ambulatório de Saúde Mental da Policlínica Regional do Largo da Batalha. Crianças com obesidade devem ter avaliadas por nutricionista, pediatra e psicólogo do Hospital Municipal Getúlio Vargas Filho (HMGVF). Aquelas que, concomitantemente, apresentem obesidade e transtorno mental infantil devem ser assistidas prioritariamente por nutricionista e psicólogo do CAPSi Monteiro Lobato. Todas as crianças menores de 5 anos adscritas devem receber a coordenação de cuidados pelo PMF e NASF-AB.

Crianças com idade entre 5 e 10 anos, da Regional Pendotiba, com magreza devem ser acompanhadas por nutricionista e pediatra da Policlínica Regional do Largo da Batalha, ao passo que aquelas com sobrepeso devem ser monitoradas pelas equipes do PMF ou pela porção APS da Policlínica Regional do Largo da Batalha (somente a população que não seja coberta pelo PMF). Crianças com idade entre 5 e 10 anos com obesidade devem ter seu plano de cuidado elaborado por nutricionista, pediatra e psicólogo do Ambulatório de Saúde Mental da Policlínica Regional do Largo da Batalha. Se, além do diagnóstico nutricional de obesidade, apresentarem algum dos seguintes marcadores bioquímicos: glicemia de jejum > 120mg/dl, trigliceridemia > 300mg/dl, LDL > 160mg/dl; ou pressão arterial superior a 140x90 mmHg; ou obesidade grave devem ter avaliação e acompanhamento pela atenção especializada, seja da Policlínica Regional do Largo da Batalha ou do HMGVF, com as seguintes possibilidades de categorias profissionais: nutricionista, pediatra, psicólogo, endocrinologista ou nutrólogo. Aquelas que, concomitantemente, apresentem obesidade e transtorno mental infantil devem ser assistidas prioritariamente por nutricionista e psicólogo do CAPSi Monteiro Lobato. Todas as crianças com idade entre 5 e 10 anos adscritas devem receber a coordenação de cuidados pelo PMF e NASF-AB.

Adolescentes com idade até 15 anos, da Regional Pendotiba, com magreza devem ser acompanhados por nutricionista da Policlínica Regional do Largo da Batalha, ao passo que aqueles com sobrepeso devem ser monitorados pelas equipes do PMF ou pela porção APS da Policlínica Regional do Largo da Batalha (somente a população que não seja coberta pelo PMF). Adolescentes nessa faixa etária com obesidade devem ter seu plano de cuidado elaborado por nutricionista, ginecologista (para adolescentes do sexo feminino) e psicólogo do Ambulatório de Saúde Mental da Policlínica Regional do Largo da Batalha. Se, além do diagnóstico nutricional de obesidade, apresentarem algum dos seguintes marcadores bioquímicos: glicemia de jejum > 120mg/dl, trigliceridemia > 300mg/dl, LDL > 160mg/dl; ou pressão arterial superior a 140x90 mmHg; ou obesidade grave devem ter avaliação e acompanhamento pela atenção especializada, seja da Policlínica Regional do Largo da Batalha ou do HMGVF, com as seguintes possibilidades de categorias profissionais: nutricionista, pediatra, psicólogo, endocrinologista ou nutrólogo. Aqueles que concomitantemente apresentem obesidade e transtorno mental juvenil devem ser assistidos prioritariamente por nutricionista, psicólogo e psiquiatra do CAPSi Monteiro Lobato. Todos os adolescentes com idade até 15 anos adscritos devem receber a coordenação de cuidados pelo PMF e NASF-AB.

Adolescentes com idade entre 15 e 20 anos incompletos, da Regional Pendotiba, com magreza devem ser acompanhados por nutricionista da Policlínica Regional do Largo da Batalha, ao passo que aqueles com sobrepeso devem ser monitorados pelas equipes do PMF ou pela porção APS da Policlínica Regional do Largo da Batalha (somente a população que não seja coberta pelo PMF). Adolescentes nessa faixa etária com obesidade devem ter seu plano de cuidado elaborado por nutricionista, ginecologista (para adolescentes do sexo feminino) e psicólogo do Ambulatório de Saúde Mental da Policlínica Regional do Largo da Batalha. Em função do recorte etário do acompanhamento no HMGVF, de até 15 anos incompletos, aqueles adolescentes com idade entre 15 e 20 anos com obesidade e com os algum dos seguintes marcadores bioquímicos: glicemia de jejum > 120mg/dl, trigliceridemia > 300mg/dl, LDL > 160mg/dl; ou pressão arterial superior a 140x90 mmHg; ou obesidade grave devem ser assistidos na Policlínica Regional do Largo da Batalha, por meio de equipe multidisciplinar, além de terem seu acesso regulado para demais serviços e/ou instituições pactuadas e/ou contratualizadas pelo município. Aqueles que, concomitantemente, apresentem obesidade e transtorno mental juvenil devem ser assistidos prioritariamente por nutricionista, psicólogo e psiquiatra do CAPSi Monteiro Lobato. Todos os adolescentes com idade entre 15 e 20 anos incompletos adscritos devem receber a coordenação de cuidados pelo PMF e NASF-AB.

PLANO TERAPÊUTICO PARA A POPULAÇÃO DA REGIONAL DE SAÚDE DE NORTE II

No que se refere ao plano terapêutico de gestantes com baixo peso e obesidade (sem comorbidades), da Regional Norte II, considera-se que devem ser assistidas por nutricionista da UBS da Engenhoca ou das Policlínicas da Engenhoca ou do Barreto, assim como por ginecologista da UBS da Engenhoca ou da Policlínica do Barreto (somente gestantes de médio e alto risco). Gestantes eutróficas ou com sobrepeso que venham apresentando ganho excessivo de peso devem ser acompanhadas pelas equipes do PMF ou pela UBS da Engenhoca. Gestantes obesas, com comorbidades (diabetes mellitus prévia, diabetes mellitus gestacional, hipertensão arterial sistêmica prévia ou síndrome hipertensiva da gravidez), devem ser assistidas por nutricionista e ginecologista-obstetra da Policlínica Regional do Barreto. Todas as gestantes adscritas devem receber a coordenação de cuidados pelo PMF e NASF-AB.

Crianças menores de 5 anos, da Regional Norte II, com magreza devem ser acompanhadas por nutricionista e pediatra da UBS da Engenhoca ou das Policlínicas da Engenhoca ou do Barreto, ao passo que aquelas com risco de sobrepeso devem ser monitoradas pelas equipes do PMF ou pela UBS da Engenhoca. Crianças menores de 5 anos com sobrepeso devem ter seu plano de cuidado elaborado por nutricionista, pediatra e psicólogo da UBS da Engenhoca ou das Policlínicas da Engenhoca ou do Barreto. Crianças com obesidade devem ser avaliadas por nutricionista, pediatra e psicólogo do HMGVF. Aquelas que, concomitantemente, apresentem obesidade e transtorno mental infantil devem ser assistidas prioritariamente por nutricionista e psicólogo do CAPSi Monteiro Lobato. Todas as crianças menores de 5 anos adscritas devem receber a coordenação de cuidados pelo PMF e NASF-AB.

Crianças com idade entre 5 e 10 anos, da Regional Norte II, com magreza devem ser acompanhadas por nutricionista e pediatra da UBS da Engenhoca ou das Policlínicas da Engenhoca ou do Barreto, enquanto aquelas com sobrepeso devem ser monitoradas pelas equipes do PMF ou pela UBS da Engenhoca. Crianças com idade entre 5 e 10 anos com obesidade devem ter seu plano de cuidado elaborado por nutricionista, pediatra e psicólogo da UBS da Engenhoca ou Policlínicas da Engenhoca ou do Barreto. Se além do diagnóstico nutricional de obesidade, apresentarem algum dos seguintes marcadores bioquímicos: glicemia de jejum > 120mg/dl, trigliceridemia > 300mg/dl, LDL > 160mg/dl; ou pressão arterial superior a 140x90 mmHg; ou obesidade grave devem ter avaliação e acompanhamento pela atenção especializada, seja pela Policlínica da Engenhoca ou do Barreto, ou pelo HMGVF, com as seguintes possibilidades de categorias profissionais: nutricionista, pediatra, psicólogo, endocrinologista ou nutrólogo. Aquelas que concomitantemente apresentem obesidade e transtorno mental infantil devem ser assistidas prioritariamente por nutricionista e psicólogo do CAPSi Monteiro Lobato. Todas as crianças com idade entre 5 e 10 anos adscritas devem receber a coordenação de cuidados pelo PMF e NASF-AB.

Adolescentes com idade até 15 anos, da Regional Norte II, com magreza devem ser acompanhados por nutricionista da UBS da Engenhoca, Policlínicas da Engenhoca ou do Barreto, ao passo que aqueles com sobrepeso devem ser monitorados pelas equipes do PMF ou pela UBS da Engenhoca Adolescentes nessa faixa etária, com obesidade, devem ter seu plano de cuidado elaborado por nutricionista, ginecologista (para adolescentes do sexo feminino) e psicólogo da UBS da Engenhoca, Policlínicas da Engenhoca ou do Barreto. Se além do diagnóstico nutricional de obesidade, apresentarem algum dos seguintes marcadores bioquímicos: glicemia de jejum > 120mg/dl, trigliceridemia > 300mg/dl, LDL > 160mg/dl; ou pressão arterial superior a 140x90 mmHg; ou obesidade grave devem ter avaliação e acompanhamento pela atenção especializada, seja pelas Policlínicas da Engenhoca ou do Barreto, seja pelo HMGVF, com as seguintes possibilidades de categorias profissionais: nutricionista, pediatra, psicólogo, endocrinologista ou nutrólogo. Aqueles que concomitantemente apresentem obesidade e transtorno mental juvenil devem ser assistidas prioritariamente por nutricionista, psicólogo e psiquiatra do CAPSi Monteiro Lobato. Todos os adolescentes com idade até 15 anos adscritos devem receber a coordenação de cuidados pelo PMF e NASF-AB.

Adolescentes com idade entre 15 e 20 anos incompletos, da Regional Norte II, com magreza devem ser acompanhados por nutricionista da UBS da Engenhoca, Policlínicas da Engenhoca ou do Barreto, ao passo que aqueles com sobrepeso devem ser monitorados pelas equipes do PMF ou pela UBS da Engenhoca. Adolescentes nessa faixa etária, com obesidade, devem ter seu plano de cuidado elaborado por nutricionista, ginecologista (para adolescentes do sexo feminino) e psicólogo das Policlínicas da Engenhoca ou do Barreto. Devido ao recorte etário de acompanhamento no HMGVF até 15 anos incompletos, aqueles adolescentes com idade entre 15 e 20 anos com obesidade e com os seguintes marcadores bioquímicos: glicemia de jejum > 120mg/dl, trigliceridemia > 300mg/dl, LDL > 160mg/dl; ou pressão arterial superior a 140x90 mmHg; ou obesidade grave devem ser assistidos nas Policlínicas da Engenhoca ou do Barreto, por meio de equipe multidisciplinar. Poderão ainda ter seu acesso regulado para demais serviços e/ou instituições pactuadas e/ou contratualizadas pelo município. Aqueles que concomitantemente apresentem obesidade e transtorno mental juvenil devem ser assistidas prioritariamente por nutricionista, psicólogo e psiquiatra do CAPSi Monteiro Lobato. Todos os adolescentes com idade entre 15 e 20 anos incompletos adscritos devem receber a coordenação de cuidados pelo PMF e NASF-AB.

INDICADORES PARA O MONITORAMENTO DA EFETIVIDADE DA IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM OBESIDADE INFANTOJUVENIL EM NITERÓI

A construção dos indicadores para o monitoramento da efetividade da implementação da linha de cuidado aqui formulada requer a definição de seus componentes, tais como recorte temporal, frequência de mensuração, características da população, entre outros. Dessa forma, optou-se pela elaboração de uma ficha de qualificação para cada indicador, permitindo a padronização do cálculo e da análise.

Além de possibilitar a execução e a continuidade do monitoramento, diante das dificuldades impostas pelo tempo ou mudanças na equipe responsável (SALES; PINTO, 2019), nessa etapa são ainda considerados os processos de trabalho e a definição dos fluxos que os permeiam, na busca pela identificação de possíveis limitações na construção dos indicadores. Nesse sentido, as fichas se apresentam como alternativa potente para ampliar a qualidade da informação produzida.

O Quadro 6 apresenta os metadados prioritários que integram a ficha de qualificação, escolhidos como prioritários com base na análise de documentos e recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA).

A seguir, são apresentados os indicadores pactuados pelo Grupo de Trabalho, visando o monitoramento da efetividade da implementação da linha de cuidado nas regionais, cujos metadados para a qualificação estão discriminados no Apêndice C.

LC1: Número de crianças e adolescentes (0-19 anos) com estado nutricional (IMC) registrado no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) entre os anos de 2021 e 2022

LC2: Variação percentual de crianças e adolescentes (0-19 anos) com estado nutricional (IMC) registrado no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) entre os anos de 2021 e 2022

LC3: Variação percentual de crianças e adolescentes (0-19 anos) com registros de consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) entre os anos de 2021 e 2022

LC4: Percentual de marcadores positivos de consumo alimentar assinalados no SISVAN entre os anos de 2021 e 2022

LC5: Percentual de marcadores negativos de consumo alimentar assinalados no SISVAN entre os anos de 2021 e 2022

LC6: Número de registros de consumo alimentar de crianças e adolescentes (0-19 anos) com marcadores positivos e negativos no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricionais (SISVAN) entre os anos de 2021 e 2022

LC7: Profissionais da APS participantes de curso de qualificação em obesidade infantojuvenil em 2022

Quadro 6 – Modelo de ficha de qualificação do indicador

Título do indicador	Título do indicador
Definição do indicador	Como é definido o indicador e seus principais parâmetros.
Interpretação	Descrição do contexto conforme necessário, significado do indicador e o que está sendo medido.
Método de cálculo	Como é calculado o indicador, com especificação do numerador, denominador e respectiva fórmula.
Unidade de medida	Unidade de medida usada no indicador (Exemplo: percentual).
Frequência de mensuração	Frequência em que o indicador será calculado.
Período de tempo de referência	Período ou ponto no tempo considerado para o indicador.
Fonte de dados	Unidade geradora dos dados do indicador e a principal fonte de dados.
Pactuação do indicador	Responsáveis pela elaboração e monitoramento do indicador (exemplo: Grupo de Trabalho da Linha de Obesidade).
Metas do PMSP vinculadas	Relação do indicador com as metas contidas no Plano Municipal Participativo de Saúde.
Limitações	Dificuldades ou restrições para mensuração, uso e interpretação do indicador.
Materiais de apoio	Aporte teórico relacionado para consulta.

Fonte: Adaptado de RIPSA (2008).

Prospectam-se novos indicadores a serem gerados em maior prazo, mediante aumento do conhecimento dos fluxos pelos profissionais da APS e da sensibilização da demais regionais de saúde sobre a temática, resultando na incorporação de práticas inerentes a VAN e ao matriciamento de equipes de Saúde da Família. São exemplos desses novos indicadores:

- Proporção entre o número de atividades de Educação Alimentar e Nutricional destinadas a crianças e adolescentes, pré e pós-implantação da linha de cuidados, por regional de saúde e por UBS, conforme registros institucionais (em desenvolvimento para implantação em 2023).
- Proporção entre a frequência de marcadores positivos de consumo alimentar, pré e pós-implantação da linha de cuidados, por regional de saúde e por UBS, conforme SISVAN.
- Proporção entre a frequência de marcadores negativos de consumo alimentar, pré e pós-implantação da linha de cuidados, por regional de saúde e por UBS, conforme SISVAN.
- Proporção de atividades de matriciamento técnico-pedagógico sobre manejo de obesidade infantojuvenil por profissionais do NASF-AB Atenção Secundária ou Terciária com as equipes do PMF, pré e pós-implantação da linha e cuidados, por regional de saúde e por UBS, conforme registros institucionais.
- Proporção de atividades de matriciamento clínico-assistencial sobre manejo de obesidade infantojuvenil por profissionais do NASF-AB, Atenção Secundária ou Terciária com as equipes do PMF, pré e pós-implantação da linha e cuidados, por regional de saúde e por UBS, conforme registros institucionais.
- Proporção de ações intersetoriais voltada para prevenção da obesidade infantojuvenil, pré e pós-implantação da linha e cuidados, por regional de saúde, conforme registros institucionais.

AÇÕES INTERSETORIAIS PARA PREVENÇÃO E MANEJO DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL EM NITERÓI

Uma vez que se pretende organizar um cuidado em saúde que extrapole a dimensão biomédica, a discussão sobre a operacionalidade da linha de cuidado vai ser estendida para equipamentos descentralizados das seguintes Secretarias ou Coordenadorias Municipais, que podem contribuir na execução de ações complementares referenciadas pelo PROTEJA:

- Secretaria Municipal de Educação (SME)
- Secretaria Municipal de Ciência, Tecnologia e Inovação (SMCTI)
- Secretaria Municipal das Culturas (SMC)
- Secretaria Municipal de Assistência Social e Economia Solidária (SMASES)
- Secretaria Municipal de Direitos Humanos (SMDH)
- Secretaria Municipal de Participação Social (SEMPAS)
- Secretaria Municipal de Conservação e Serviços Públicos (SECONSER)
- Secretaria Municipal de Urbanismo e Mobilidade (SMU)
- Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SMEL)
- Secretaria Municipal de Ações Estratégicas e Economia Criativa (SAE)
- Coordenadoria de Políticas Públicas para a Juventude (CPPJ)
- Coordenadoria Niterói de Bicicleta (CONB)

É interessante, ainda, considerar o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional e a cooperativa de produtores de alimentos *in natura*, dada a importante vocação agrícola de Pendotiba.

Algumas das ações intersetoriais previstas no PROTEJA cuja implementação pode ser considerada pelos órgãos supracitados incluem:

1. Efetivar o mínimo obrigatório de compras de produtos da agricultura familiar para o Programa Nacional de Alimentação Escolar e criar mecanismos para ampliar gradualmente o percentual de compras de produtores locais;
2. Instalar bicicletários nas escolas e armários para guardar material escolar;
3. Investir na construção e manutenção da infraestrutura das escolas para a prática de atividade física;
4. Implementar programas e ações que criem condições adequadas para o deslocamento ativo de crianças e adolescentes no trajeto de casa para a escola;
5. Realizar ações regulares de lazer que envolvam atividade física de forma lúdica em locais públicos;
6. Fomentar cadeias de produção promotoras de uma alimentação adequada e saudável, considerando as etapas de armazenamento, abastecimento e/ou distribuição de frutas, legumes e verduras, que sigam as boas práticas agrícolas e os sistemas de produção integrada, valorizando a cultura alimentar local;
7. Implementar subsídios para a produção de alimentos *in natura* e minimamente processados;
8. Criar e divulgar um aplicativo com o mapeamento de locais que comercializam alimentos *in natura* e minimamente processados;
9. Criar redes de contatos entre produtores e comerciantes locais para estimular a circulação e a venda de alimentos *in natura* e minimamente processados;
10. Realizar parcerias com clubes e outros estabelecimentos privados para que possam ser usados gratuitamente pelo público em geral para a prática de atividade física e esportes;
11. Criar “ruas de lazer”: ruas que fiquem abertas aos pedestres por pelo menos um dia da semana para a prática de atividade física e esportes;
12. Investir na construção e manutenção de calçadas e ciclovias, priorizando áreas de maior vulnerabilidade social; e
13. Investir na adaptação e adequação de equipamentos de atividade física para crianças com obesidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A efetiva implementação da linha de cuidado se dará a partir da incorporação das orientações técnicas deste documento-síntese e da adesão aos fluxos presentes na matriz de estruturação da RAS para prevenção e manejo da obesidade infantojuvenil para as duas regionais de saúde. Ainda assim, acredita-se que o processo de construção coletiva, com profissionais envolvidos na gestão e na assistência à saúde, vem repercutindo na revisão do processo de trabalho, por meio do reconhecimento da importância da VAN, da minimização da ideia de responsabilização individual pela obesidade e da incorporação de novas abordagens no cuidado em saúde.

Assumindo-se a dinamicidade dos processos inerentes à área da saúde e as prioridades circunstanciais de cada conjuntura política, compreende-se que as informações presentes neste documento-síntese não se esgotam. Resultam do projeto-piloto nas duas regionais de saúde com melhor viabilidade técnica e estratégica para implementação da linha de cuidado, sendo passíveis de atualização ou complementações. Podem inspirar novas práticas de saúde nas demais regionais, assim como amadurecer relações intersetoriais para a abordagem sistêmica da obesidade infantojuvenil no município.

Alguns pontos críticos que foram detectados neste projeto-piloto são o sub-registro de dados antropométricos e de consumo alimentar, a limitação de recursos tecnológicos, a falta de uniformidade na provisão de prontuários para a APS, a inexistência de profissionais-chaves para o matriciamento das equipes do PMF (como nutricionista e profissional de educação física), a hegemonia da concepção biomédica sobre obesidade, a incorporação ainda recente de profissionais no PMF e a incipiência na regulação da RAS e das relações intersetoriais para prevenção e manejo do problema.

Por outro lado, as metas relacionadas à contenção do excesso de peso infantojuvenil, previstas no Plano Municipal de Saúde Participativo e no Plano Municipal da Primeira Infância, representam o horizonte a ser perseguido com vistas à transformação do cenário de prevalência desse condicionante de saúde em percentuais superiores aos do estado do Rio de Janeiro e do Brasil. A cooperação técnica firmada entre a SMS e o Instituto Desiderata tem permitido trazer evidências sobre o panorama alimentar e nutricional de crianças e adolescentes niteroienses, bem como suscitado intervenções para além da construção e implementação desta linha de cuidado.

REFERÊNCIAS

ABARCA-GÓMEZ, L. *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. **The Lancet**, v. 390, n. 10113, p. 2627-2642, 2017.

AFSHIN, A. *et al.* Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 393, n. 10184, p. 1958-1972, 2019.

ASKARI, M. *et al.* Ultra-processed food and the risk of overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **International Journal of Obesity**, v. 44, n. 10, p. 2080-2091, 2020.

BEAULAC, J.; KRISTJANSSON, E.; CUMMINS, S. A systematic review of food deserts, 1966–2007. **Preventing chronic disease**, v. 6, n. 3, p. 1-10, 2009.

BORSATTO, R. S. Agroecologia e a construção de um sistema alimentar contra-hegemônico. In: **Caderno Comunica – Volume 1**. São Paulo: Editora Científica Digital, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas: manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **PROTEJA. Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: orientações técnicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. **Linhas de Cuidado**. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/obesidade-no-adulto/>. Acesso em 18 jun. 2022b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

DOWNS, S. *et al.* Food environment typology: advancing an expanded definition, framework, and methodological approach for improved characterization of wild, cultivated, and built food environments towards sustainable diets. **Foods**, v. 9, n. 532, p. 1-32, 2020.

HALL, K. D. *et al.* Ultra-processed diets cause excess calorie intake and weight gain: an inpatient randomized controlled trial of ad libitum food intake. **Cell metabolism**, v. 30, n. 1, p. 67-77. e3, 2019.

HLPE. **Nutrition and food systems: A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security**. Rome: FAO, 2017.

IDEC. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. **Alimentação saudável nas escolas: guia para municípios**. São Paulo: Edições Loyola, 2018.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros**. Brasília: IPEA, 2015.

KEELEY, B.; LITTLE, C.; ZUEHLKE, E. **The State of the World's Children 2019: Children, Food and Nutrition-Growing Well in a Changing World**. UNICEF, 2019.

KRIEGER, N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. **International Journal of Epidemiology**, v. 30, n.1, p. 668-677, 2001.

LANE, M. M. *et al.* Ultraprocessed food and chronic noncommunicable diseases: a systematic review and meta-analysis of 43 observational studies. **Obesity reviews**, v. 22, n. 3, p. e13146, 2021.

- LIMA, J. F.; SCHMIDT D. B. Sistema de vigilância alimentar e nutricional: utilização e cobertura na atenção primária. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 11, 2018.
- LOUZADA, M. L. C. *et al.* The share of ultra-processed foods determines the overall nutritional quality of diets in Brazil. **Public Health Nutrition**, v. 21, n. 1, p. 94-102, 2018.
- MACHADO, P. P. *et al.* Ultra-processed foods and recommended intake levels of nutrients linked to non-communicable diseases in Australia: evidence from a nationally representative cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 9, n. 8, p. e029544, 2019.
- MALDONADO, L. A. Mapa Falante. 1 vídeo aula (33min56s.). Projeto de Enfrentamento da Obesidade no Estado do Rio de Janeiro (PEO-ERJ), 2019.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.
- MARINS, V. B. A. **Condições Institucionais para Implementação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Atenção Básica no Município de Niterói.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Fluminense. Niterói, 112p, 2020.
- MARRÓN-PONCE, J. A. *et al.* Associations between consumption of ultra-processed foods and intake of nutrients related to chronic non-communicable diseases in Mexico. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 119, n. 11, p. 1852-1865, 2019.
- MEDEIROS, R. H. A. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, 2015.
- MONTEIRO, C. A.; CANNON, G. The impact of transnational 'big food' companies on the South: a view from Brazil. **PLoS Med**, n. 9, v. 1, 2012.
- MUI *et al.* Relationships between Vacant Homes and Food Swamps: A Longitudinal Study of an Urban Food Environment. **Journal of Urban Health**, v. 94, n. 1, p. 75-86, 2017.
- NASCIMENTO, F. A. *et al.* Cobertura da avaliação do consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasileiro: 2008 a 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, n. 1, 2019.
- NERI, D. *et al.* Ultraprocessed food consumption and dietary nutrient profiles associated with obesity: A multicountry study of children and adolescents. **Obesity Reviews**, v. 23, p. e13387, 2022.
- NILSON, E. A. F. *et al.* Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e32, 2020.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Multicentre Growth Reference Study Group. Enrolment and baseline characteristics in the WHO Multicentre Growth Reference Study. **Acta Paediatrica**, sup 450, p. 7-15, 2006.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores de Saúde: elementos conceituais e práticos**. Washington, D.C, OPAS, 2018.

PAGLIAI, G. *et al.* Consumption of ultra-processed foods and health status: a systematic review and meta-analysis. **British Journal of Nutrition**, v. 125, n. 3, p. 308-318, 2021.

PESSOA, M. C. *et al.* Ambiente alimentar comunitário. In: MENDES, L. L.; PESSOA, M. C.; COSTA, B. V. L. **Ambiente alimentar: saúde e nutrição**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2022. cap. 7. p. 73-86.

POPKIN, B. M.; CORVALAN, C.; GRUMMER-STRAWN, L. M. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. **The Lancet**, v. 395, n. 1, jan. 2020.

RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

SALES, O. M. M.; PINTO, V. B. Tecnologias digitais de informação para a saúde: revisando os padrões de metadados com foco na interoperabilidade. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 1, 2019.

SILVA, R. C. R.; MALINA, R. M. Sobrepeso, atividade física e tempo de televisão entre adolescentes de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 11, n. 4, p. 63-66, 2003.

SMITH, J. D. *et al.* A developmental cascade perspective of pediatric obesity: a conceptual model and scoping review. **Health psychology review**, v. 12, n. 3, p. 271-293, 2018.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos Científicos de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial. **Guia prático de alimentação da criança de 0 a 5 anos – 2021**. São Paulo: SBP, 2021.

ST. GEORGE, S. M. *et al.* A developmental cascade perspective of pediatric obesity: a systematic review of preventive interventions from infancy through late adolescence. **Obesity Reviews**, v. 21, n. 2, p. e12939, 2020.

SWINBURN, B. A.; EGGER, G. Preventive strategies against weight gain and obesity. **Obesity Review**, v. 3, n. 4, p. 289-301, nov. 2002.

SWINBURN, B. A. *et al.* The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission report. **The Lancet**, v. 393, n. 10173, p. 791-846, 2019.

UFRJ. Universidade Federal do Rio De Janeiro. **Estado Nutricional Antropométrico da Criança e da Mãe: Prevalência de indicadores antropométrico de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas**. ENANI 2019. Rio de Janeiro: UFRJ, 2022. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 12 mai. 2022.

VASCONCELLOS, M. B.; ANJOS, L. A.; VASCONCELLOS, M. L. Estado nutricional e

tempo de tela de escolares da Rede Pública de Ensino Fundamental de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 713-722, 2013.

WFP. World Food Programme. **Policy brief – Obesidade Infantil – estratégias para prevenção e cuidado (em nível local)**. Brasília: WFP, 2021. Disponível em: <https://centrodeexcelencia.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Policy-Brief-Obesidade-pt.pdf>. Acesso em: 9 mai. 2022.

WHO. World Health Organization. **Obesity and overweight**. WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 12 mai.. 2022.

YANG, W. *et al.* Evaluation of personal and built environment attributes to physical activity: a multilevel analysis on multiple population-based data sources. **Journal of Obesity**, v. 2012, 2012.

APÊNDICE A
MATRIZ DE ESTRUTURAÇÃO DA RAS DE
NITERÓI PARA PREVENÇÃO E MANEJO DA
OBESIDADE INFANTOJUVENIL NA REGIONAL
PENDOTIBA

APÊNDICE A MATRIZ DE ESTRUTURAÇÃO DA RAS DE NITERÓI PARA PREVENÇÃO E MANEJO DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL NA REGIONAL PENDOTIBA

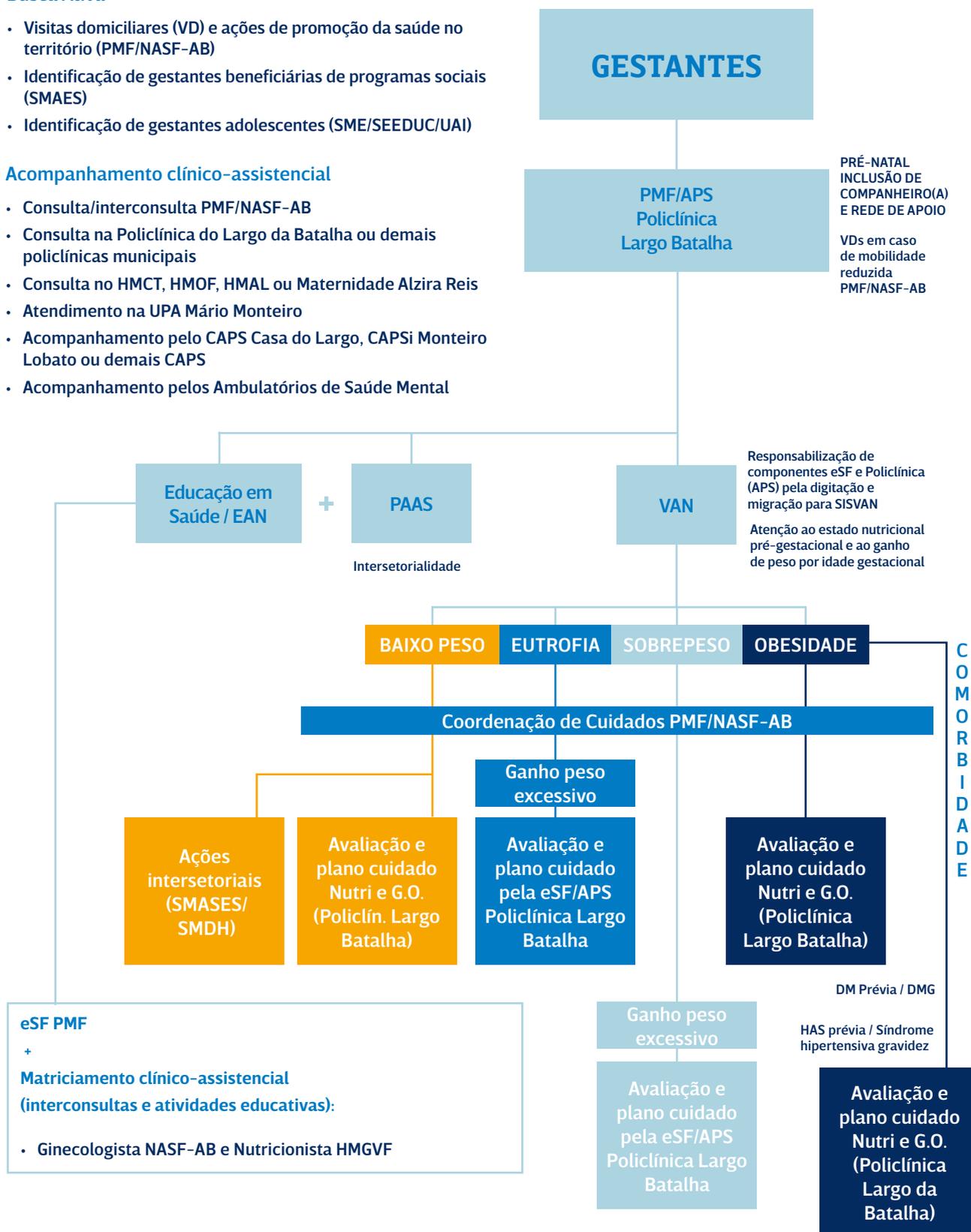
IDENTIFICAÇÃO DE GESTANTES DO TERRITÓRIO

Busca Ativa

- Visitas domiciliares (VD) e ações de promoção da saúde no território (PMF/NASF-AB)
- Identificação de gestantes beneficiárias de programas sociais (SMAES)
- Identificação de gestantes adolescentes (SME/SEEDUC/UIAI)

Acompanhamento clínico-assistencial

- Consulta/interconsulta PMF/NASF-AB
- Consulta na Policlínica do Largo da Batalha ou demais policlínicas municipais
- Consulta no HMCT, HMOF, HMAL ou Maternidade Alzira Reis
- Atendimento na UPA Mário Monteiro
- Acompanhamento pelo CAPS Casa do Largo, CAPSi Monteiro Lobato ou demais CAPS
- Acompanhamento pelos Ambulatórios de Saúde Mental



APÊNDICE A MATRIZ DE ESTRUTURAÇÃO DA RAS DE NITERÓI PARA PREVENÇÃO E MANEJO DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL NA REGIONAL PENDOTIBA

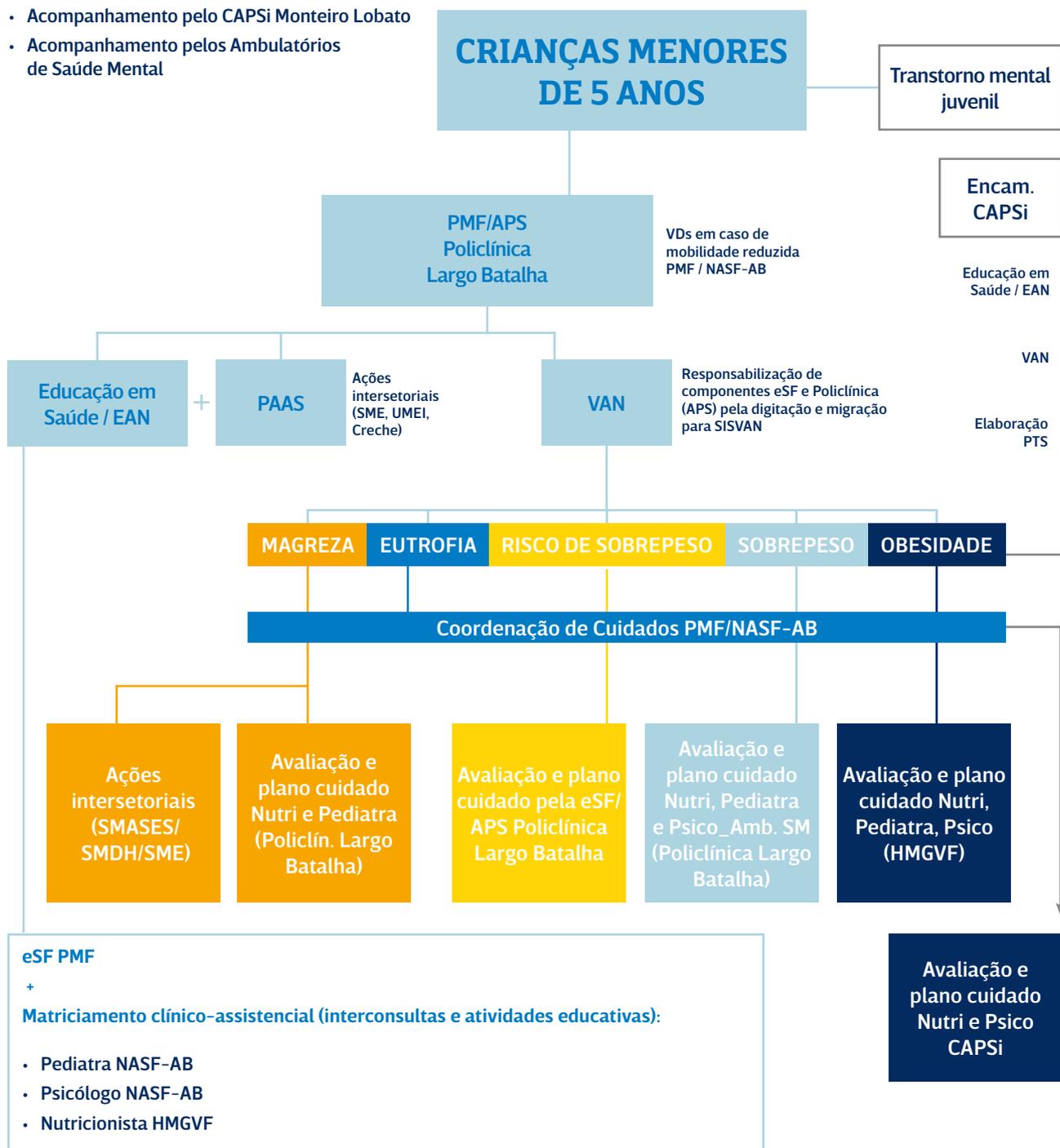
IDENTIFICAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DO TERRITÓRIO

Acompanhamento clínico-assistencial

- Consulta/interconsulta PMF/NASF-AB
- Consulta na Policlínica do Largo da Batalha ou demais policlínicas municipais
- Atendimento na UPA Mário Monteiro
- Consulta ou internação no HMGVF
- Acompanhamento pelo CAPSi Monteiro Lobato
- Acompanhamento pelos Ambulatórios de Saúde Mental

Busca Ativa

- VD e ações de promoção da saúde no território (PMF/NASF-AB)
- Identificação de crianças beneficiárias de programas sociais (SMAES)
- Identificação de pré-escolares (UMEI Gov. Eduardo Campos, UMEI Almir Garcia, UMEI Margareth Flores, Creche Eulina Félix)



APÊNDICE A MATRIZ DE ESTRUTURAÇÃO DA RAS DE NITERÓI PARA PREVENÇÃO E MANEJO DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL NA REGIONAL PENDOTIBA

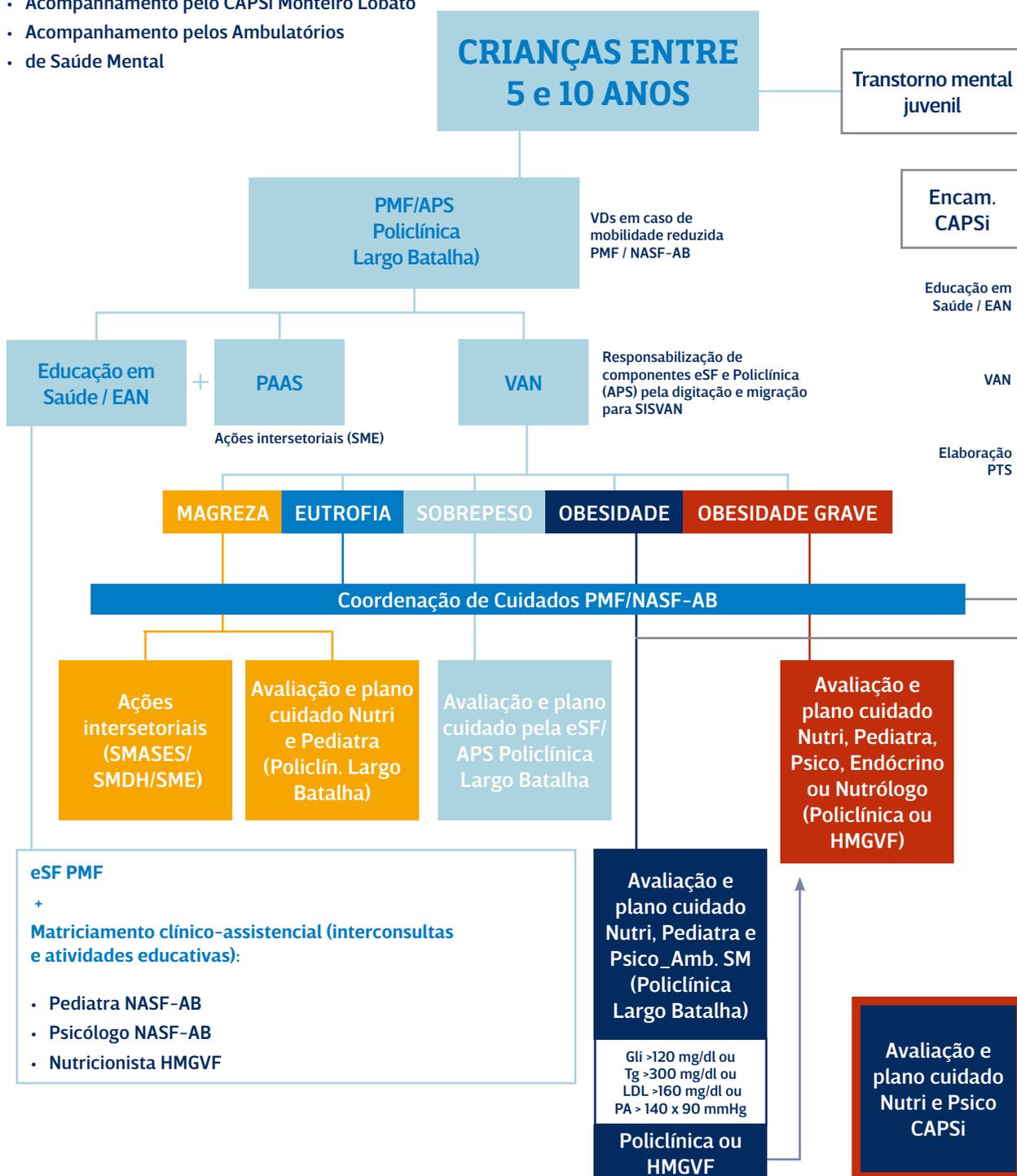
IDENTIFICAÇÃO DE CRIANÇAS ENTRE 5 e 10 ANOS DO TERRITÓRIO

Acompanhamento clínico-assistencial

- Consulta/interconsulta PMF/NASF-AB
- Consulta na Policlínica do Largo da Batalha ou demais policlínicas municipais
- Atendimento na UPA Mário Monteiro
- Consulta ou internação no HMGVF
- Acompanhamento pelo CAPSi Monteiro Lobato
- Acompanhamento pelos Ambulatórios
- de Saúde Mental

Busca Ativa

- VD e ações de promoção da saúde no território (PMF/NASF-AB)
- Identificação de crianças beneficiárias de programas sociais (SMAES)
- Identificação de escolares (SME – Escolas de Ensino Fundamental estão fora da Regional)



LINHA DE CUIDADO PARA PREVENÇÃO E MANEJO DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL EM NITERÓI

APÊNDICE A MATRIZ DE ESTRUTURAÇÃO DA RAS DE NITERÓI PARA PREVENÇÃO E MANEJO DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL NA REGIONAL PENDOTIBA

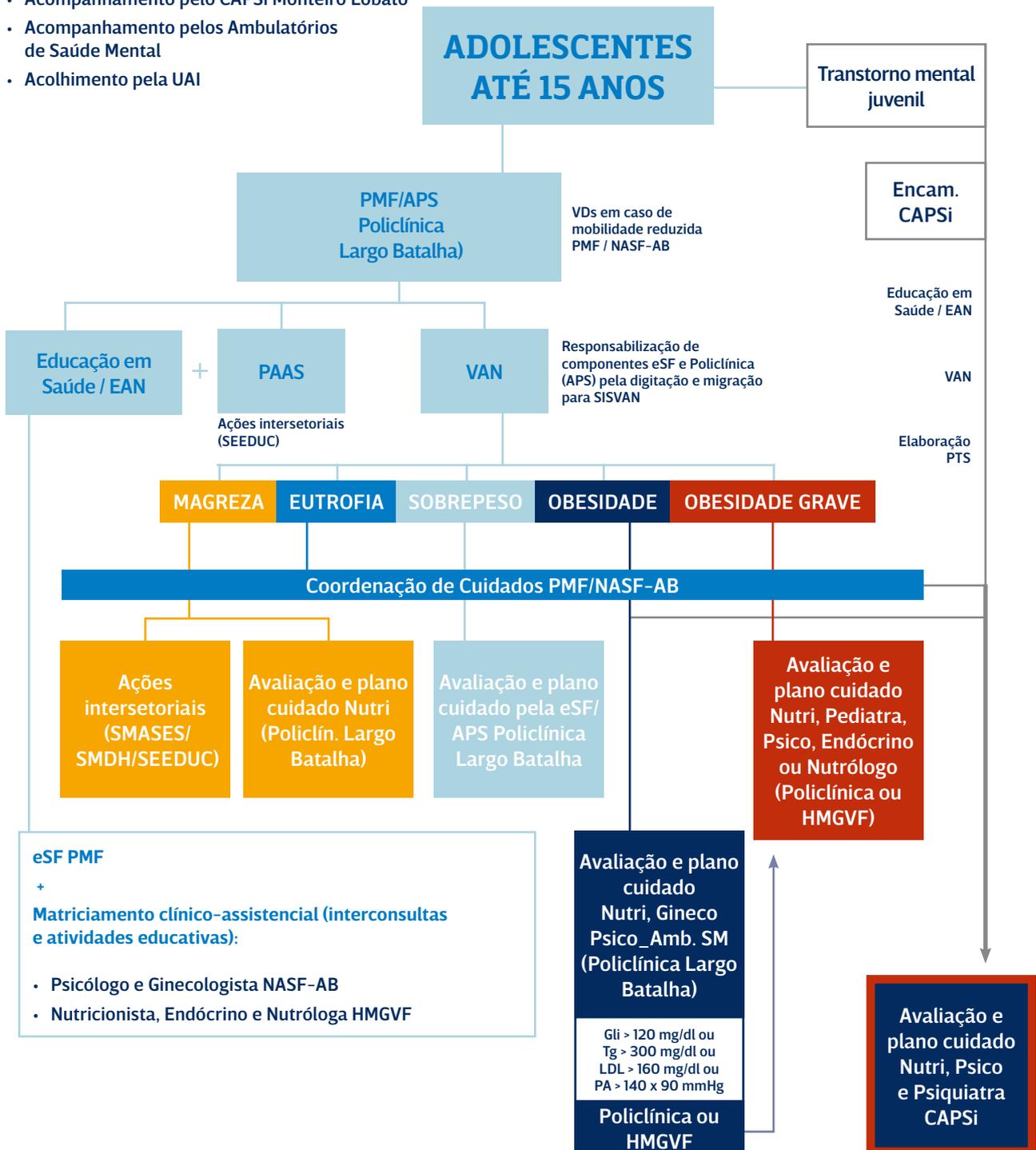
IDENTIFICAÇÃO DE ADOLESCENTES ATÉ 15 ANOS DO TERRITÓRIO

Acompanhamento clínico-assistencial

- Consulta/interconsulta PMF/NASF-AB
- Consulta na Policlínica do Largo da Batalha ou demais policlínicas municipais
- Atendimento na UPA Mário Monteiro
- Consulta ou internação no HMGVF
- Acompanhamento pelo CAPSi Monteiro Lobato
- Acompanhamento pelos Ambulatórios de Saúde Mental
- Acolhimento pela UAI

Busca Ativa

- VD e ações de promoção da saúde no território (PMF/NASF-AB)
- Identificação de beneficiários de programas sociais (SMAES)
- Identificação de adolescentes da rede pública de ensino
- (SEEDUC – CE Leopoldo Fróes, CE Duque de Caxias, CIEP 450 Di Cavalcanti)



LINHA DE CUIDADO PARA PREVENÇÃO E MANEJO DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL EM NITERÓI

APÊNDICE A MATRIZ DE ESTRUTURAÇÃO DA RAS DE NITERÓI PARA PREVENÇÃO E MANEJO DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL NA REGIONAL PENDOTIBA

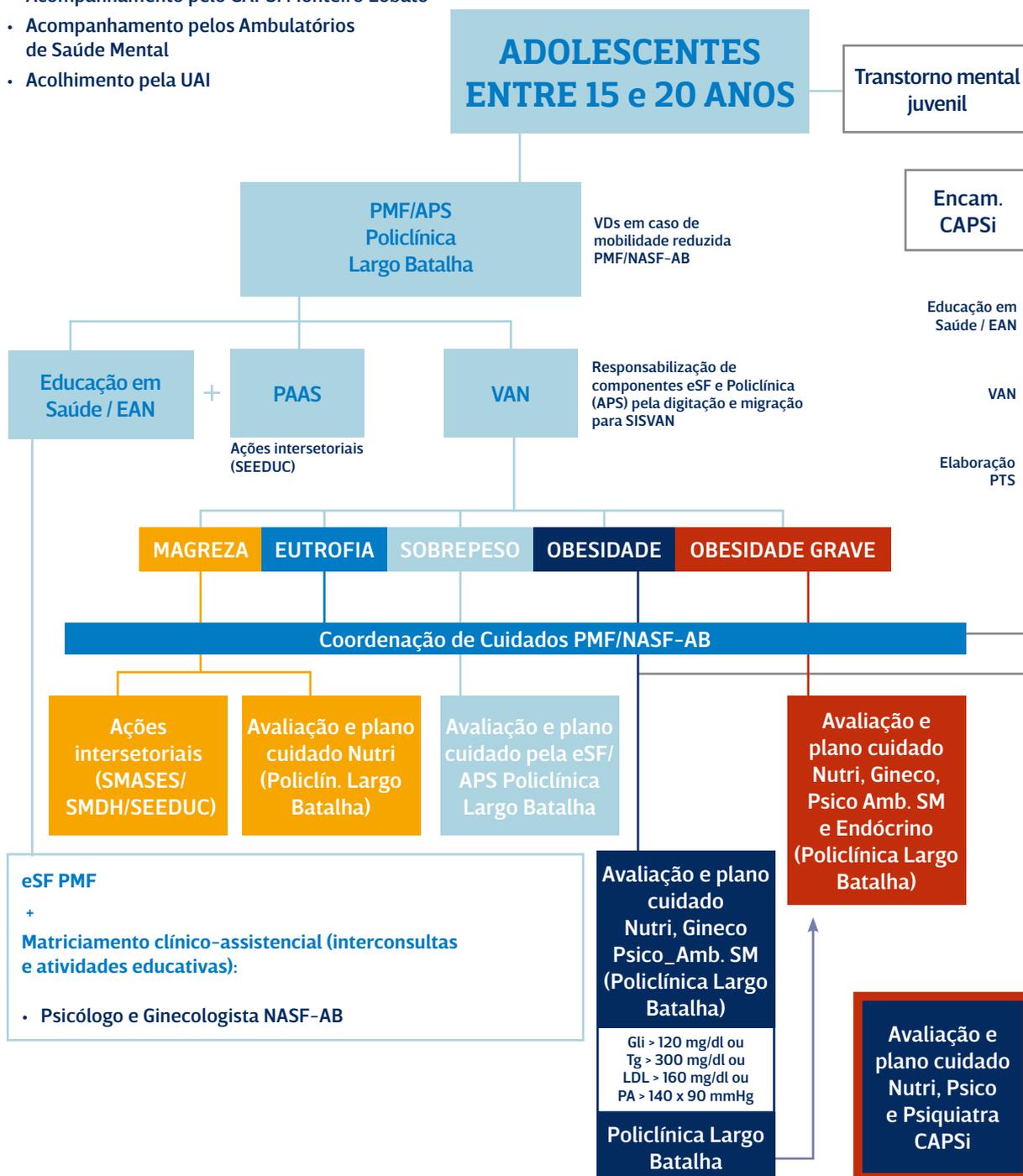
IDENTIFICAÇÃO DE ADOLESCENTES ENTRE 15 e 20 ANOS DO TERRITÓRIO

Acompanhamento clínico-assistencial

- Consulta/interconsulta PMF/NASF-AB
- Consulta na Policlínica do Largo da Batalha ou demais policlínicas municipais
- Atendimento na UPA Mário Monteiro
- Consulta ou internação no HMGVF
- Acompanhamento pelo CAPSi Monteiro Lobato
- Acompanhamento pelos Ambulatórios de Saúde Mental
- Acolhimento pela UAI

Busca Ativa

- VD e ações de promoção da saúde no território (PMF/NASF-AB)
- Identificação de beneficiários de programas sociais (SMAES)
- Identificação de adolescentes da rede pública de ensino
- (SEEDUC – CE Leopoldo Fróes, CE Duque de Caxias, CIEP 450 Di Cavalcanti, UFF)



APÊNDICE B

MATRIZ DE ESTRUTURAÇÃO DA RAS DE NITERÓI PARA PREVENÇÃO E MANEJO DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL NA REGIONAL NORTE II

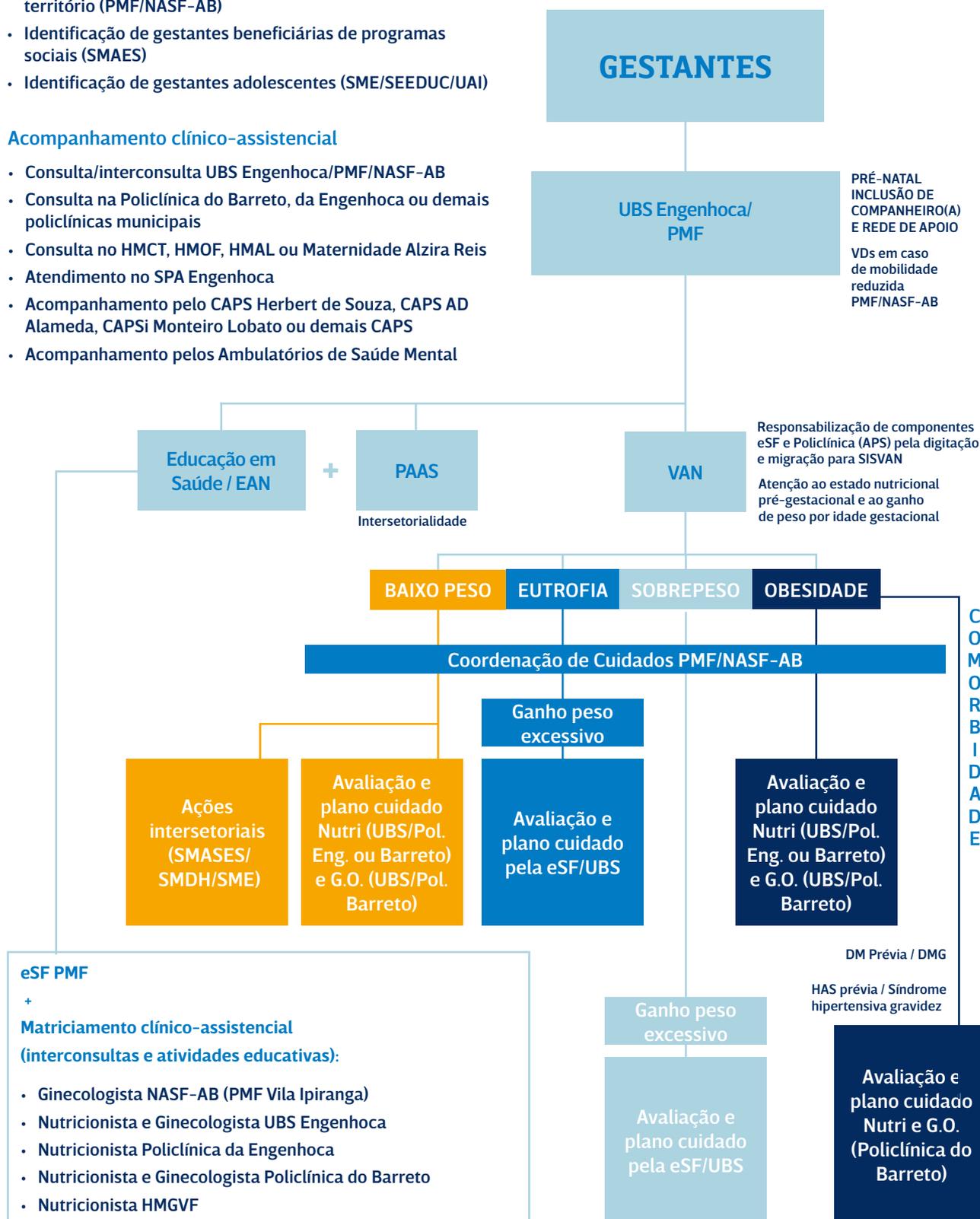
IDENTIFICAÇÃO DE GESTANTES DO TERRITÓRIO

Busca Ativa

- Visitas domiciliares (VD) e ações de promoção da saúde no território (PMF/NASF-AB)
- Identificação de gestantes beneficiárias de programas sociais (SMAES)
- Identificação de gestantes adolescentes (SME/SEEDUC/UAI)

Acompanhamento clínico-assistencial

- Consulta/interconsulta UBS Engenhoca/PMF/NASF-AB
- Consulta na Policlínica do Barreto, da Engenhoca ou demais policlínicas municipais
- Consulta no HMCT, HMOF, HMAL ou Maternidade Alzira Reis
- Atendimento no SPA Engenhoca
- Acompanhamento pelo CAPS Herbert de Souza, CAPS AD Alameda, CAPSi Monteiro Lobato ou demais CAPS
- Acompanhamento pelos Ambulatórios de Saúde Mental



APÊNDICE B MATRIZ DE ESTRUTURAÇÃO DA RAS DE NITERÓI PARA PREVENÇÃO E MANEJO DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL NA REGIONAL NORTE II

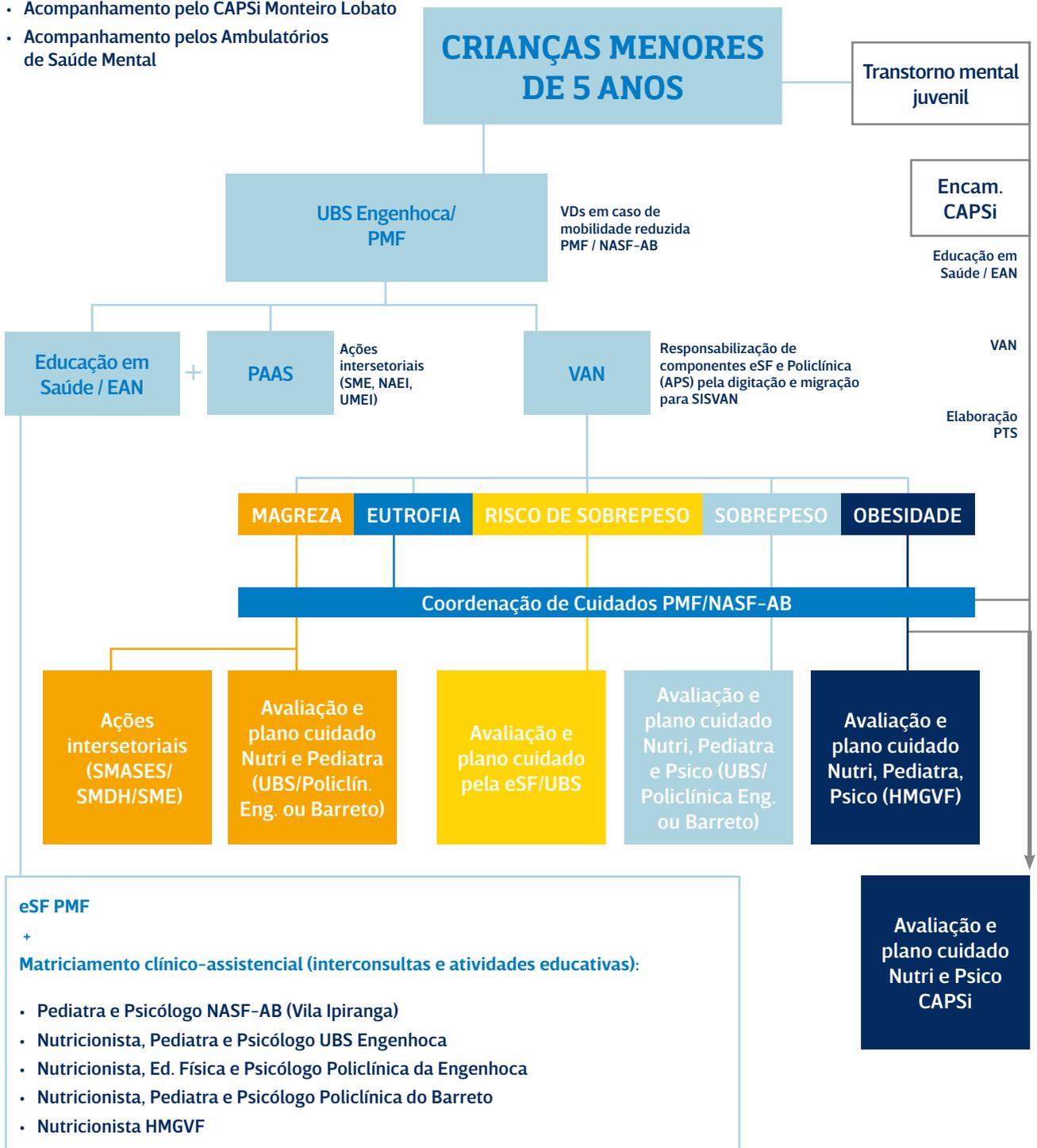
IDENTIFICAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DO TERRITÓRIO

Acompanhamento clínico-assistencial

- Consulta/interconsulta UBS Engenhoca/PMF/NASF-AB
- Consulta na Policlínica do Barreto, da Engenhoca ou demais policlínicas municipais
- Atendimento no SPA Engenhoca
- Consulta ou internação no HMGVF
- Acompanhamento pelo CAPSi Monteiro Lobato
- Acompanhamento pelos Ambulatórios de Saúde Mental

Busca Ativa

- VD e ações de promoção da saúde no território (PMF/NASF-AB)
- Identificação de crianças beneficiárias de programas sociais (SMAES)
- Identificação de pré-escolares (NAEI Vila Ipiranga e UMEI Profa. Marilza da Conceição Rocha Medina)



APÊNDICE B MATRIZ DE ESTRUTURAÇÃO DA RAS DE NITERÓI PARA PREVENÇÃO E MANEJO DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL NA REGIONAL NORTE II

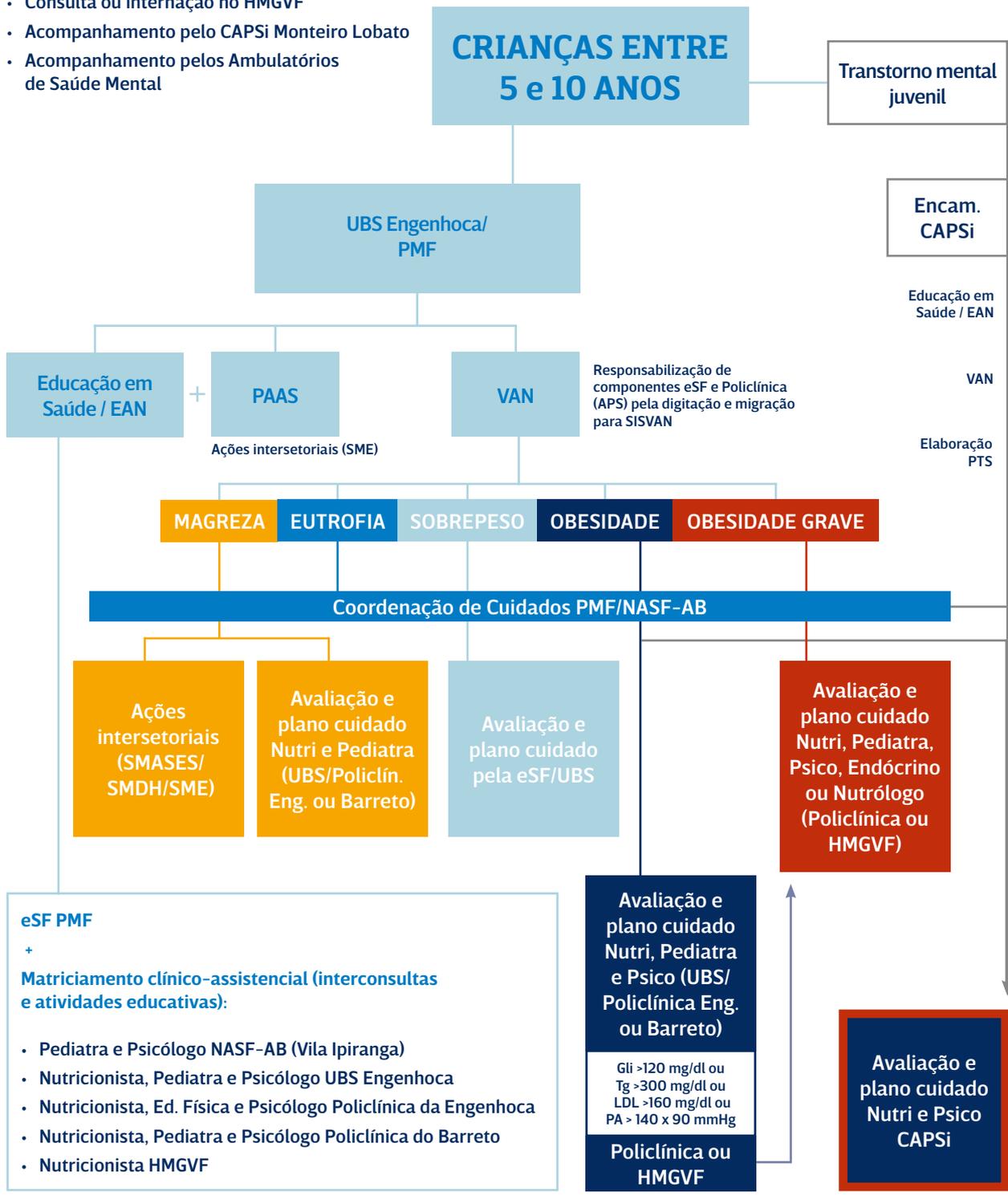
IDENTIFICAÇÃO DE CRIANÇAS ENTRE 5 e 10 ANOS DO TERRITÓRIO

Acompanhamento clínico-assistencial

- Consulta/interconsulta PMF/NASF-AB
- Consulta na Policlínica do Barreto, da Engenhoca ou demais policlínicas municipais
- Atendimento no SPA Engenhoca
- Consulta ou internação no HMGVF
- Acompanhamento pelo CAPSi Monteiro Lobato
- Acompanhamento pelos Ambulatórios de Saúde Mental

Busca Ativa

- VD e ações de promoção da saúde no território (PMF/NASF-AB)
- Identificação de crianças beneficiárias de programas sociais (SMAES)
- Identificação de escolares (E.M. Djalma Coutinho, Dom José Pereira Alves, Jacinta Medela)



LINHA DE CUIDADO PARA PREVENÇÃO E MANEJO DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL EM NITERÓI

APÊNDICE B MATRIZ DE ESTRUTURAÇÃO DA RAS DE NITERÓI PARA PREVENÇÃO E MANEJO DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL NA REGIONAL NORTE II

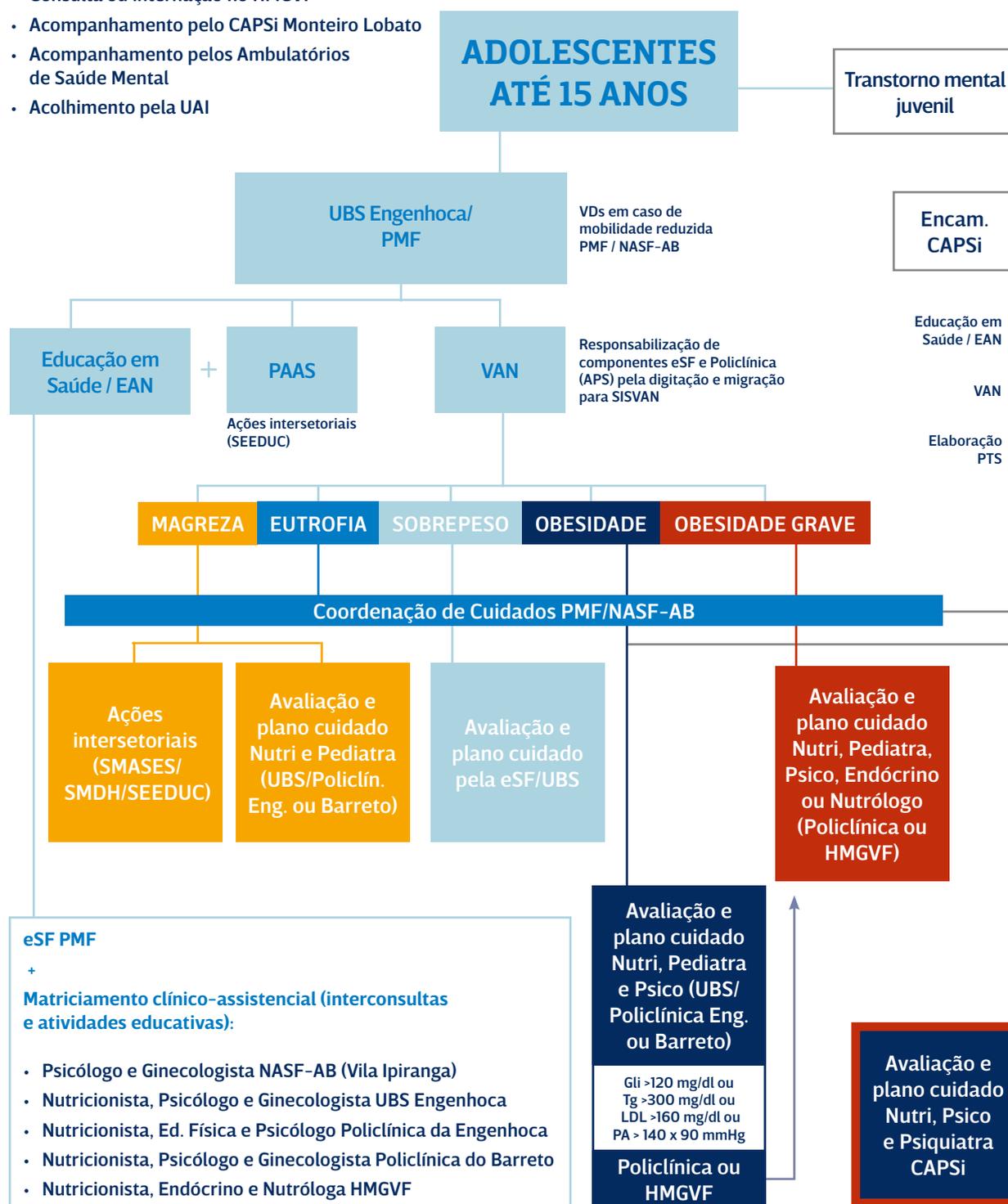
IDENTIFICAÇÃO DE ADOLESCENTES ATÉ 15 ANOS DO TERRITÓRIO

Acompanhamento clínico-assistencial

- Consulta/interconsulta PMF/NASF-AB
- Consulta na Policlínica do Barreto, da Engenhoca ou demais policlínicas municipais
- Atendimento no SPA Engenhoca
- Consulta ou internação no HMGVF
- Acompanhamento pelo CAPSi Monteiro Lobato
- Acompanhamento pelos Ambulatórios de Saúde Mental
- Acolhimento pela UAI

Busca Ativa

- VD e ações de promoção da saúde no território (PMF/NASF-AB)
- Identificação de beneficiários de programas sociais (SMAES)
- Identificação de adolescentes da rede pública de ensino (SEEDUC)



APÊNDICE B MATRIZ DE ESTRUTURAÇÃO DA RAS DE NITERÓI PARA PREVENÇÃO E MANEJO DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL NA REGIONAL NORTE II

IDENTIFICAÇÃO DE ADOLESCENTES ENTRE 15 e 20 ANOS DO TERRITÓRIO

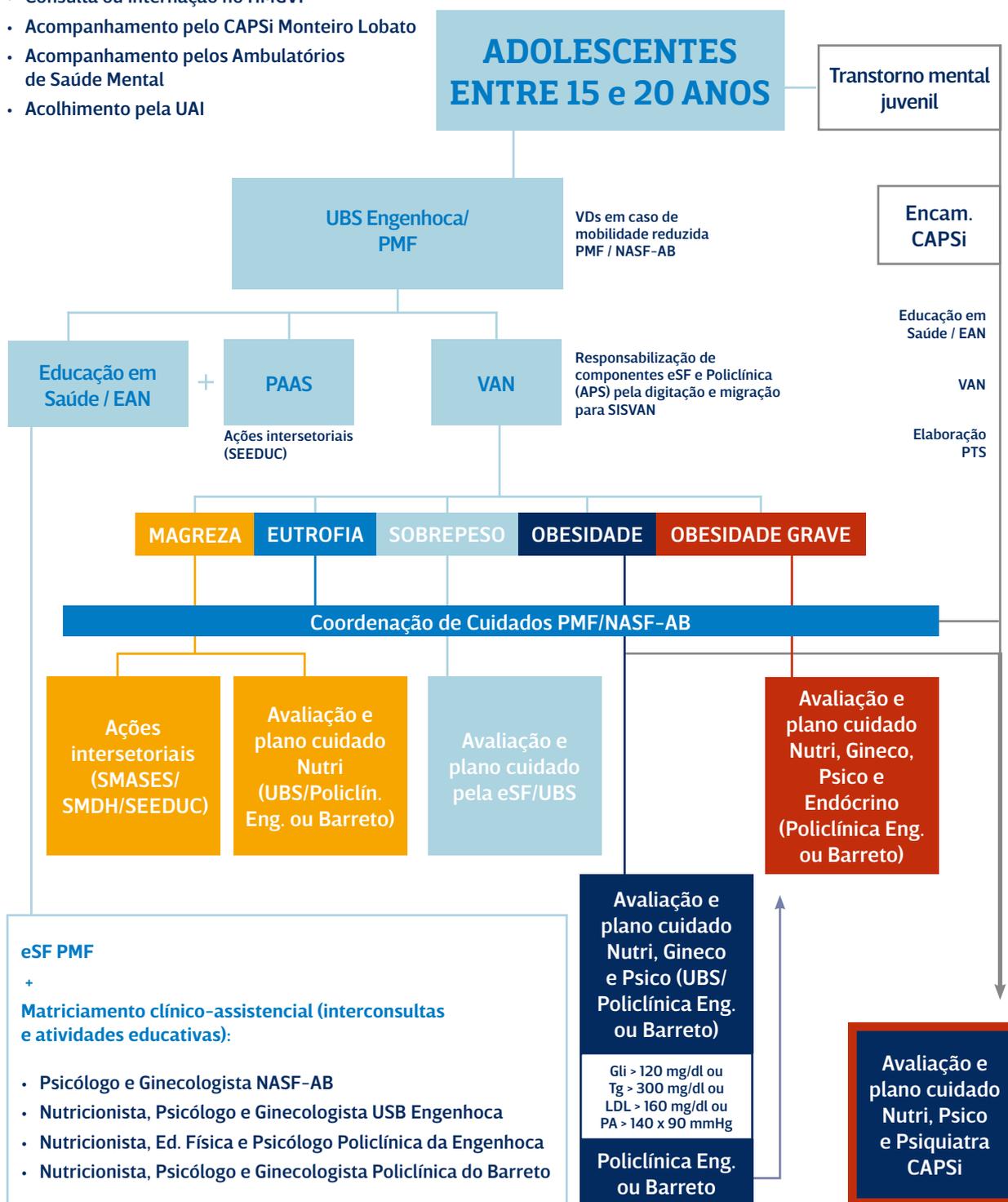
Acompanhamento clínico-assistencial

- Consulta/interconsulta PMF/NASF-AB
- Consulta na Policlínica do Barreto, da Engenhoca ou demais policlínicas municipais
- Atendimento no SPA Engenhoca
- Consulta ou internação no HMGVF
- Acompanhamento pelo CAPSi Monteiro Lobato
- Acompanhamento pelos Ambulatórios de Saúde Mental
- Acolhimento pela UAI

Busca Ativa

- VD e ações de promoção da saúde no território (PMF/NASF-AB)
- Identificação de beneficiários de programas sociais (SMAES)
- Identificação de adolescentes da rede pública de ensino (SEEDUC/UFF)

LINHA DE CUIDADO PARA PREVENÇÃO E MANEJO DA OBESIDADE INFANTOJUVENIL EM NITERÓI



APÊNDICE C
METADADOS DOS INDICADORES
REFERENTES À LINHA DE CUIDADO

NÚMERO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES (0-19 ANOS) COM ESTADO NUTRICIONAL (IMC) REGISTRADO NO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN) NOS ANOS 2021 E 2022

1. Definição do indicador

Registro de dados referentes ao estado nutricional de crianças e adolescentes no SISVAN.

2. Interpretação do indicador

Indica o acompanhamento da inserção de dados no sistema. Dessa maneira, viabiliza o planejamento de ações a fim de aumentar e qualificar a inserção de registro no sistema, bem como de ações voltadas para a melhoria da condição nutricional coletiva.

3. Método de cálculo

Total de crianças e adolescentes com data de acompanhamento no tempo e espaço considerados.

4. Unidade de medida

Número absoluto

Tempo: 2021 e 2022

Espaço: Unidade de Saúde; Regional de Saúde; Município.

5. Frequência de mensuração

Duas vezes.

6. Período de tempo de referência

2021 a 2022.

7. Fonte de dados

SISVAN – Estado Nutricional.

8. Pactuação do indicador

Grupo de trabalho responsável pela elaboração da linha de cuidado em obesidade infantojuvenil para o município de Niterói.

9. Metas do PMSP vinculadas

Meta 44: Implementar plano de atenção às doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes, obesidade etc.) com ênfase na ampliação dos serviços cardiológicos.

10. Limitações

- Baixa cobertura do SISVAN;
- Impacto da pandemia da Covid-19 no acompanhamento feito pelas unidades de saúde, que levou à diminuição do registro no sistema, em especial nos momentos de agravamento da situação epidemiológica.

11. Materiais de apoio

Título: Portaria GM/MS N^o 1.862, de 10 de agosto de 2021. Institui a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil – Proteja. Autoria: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.862-de-10-de-agosto-de-2021-337532485>. Acesso em: 7 out. 2022.

Título: PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: orientações técnicas. Autoria: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orienta_proteja.pdf. Acesso em: 5 dez. 2022.

VARIAÇÃO PERCENTUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES (0-19 ANOS) COM ESTADO NUTRICIONAL (IMC) REGISTRADO NO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN) ENTRE OS ANOS 2021 E 2022

1. Definição do indicador

Aponta a variação de registros referentes ao estado nutricional de crianças e adolescentes no SISVAN entre os anos considerados.

2. Interpretação do indicador

Variação positiva indica aumento no número de crianças e adolescentes acompanhados; variação negativa indica diminuição; e ausência de variação indica que não houve mudança na inserção de dados no sistema.

3. Método de cálculo

X 100.

4. Unidade de medida

Percentual
Tempo: 2021 e 2022
Espaço: Unidade de Saúde; Regional de Saúde; Município.

5. Frequência de mensuração

Uma vez.

6. Período de tempo de referência

2021 e 2022.

7. Fonte de dados

SISVAN – Estado Nutricional.

8. Pactuação do indicador

Grupo de trabalho responsável pela elaboração da linha de cuidado em obesidade infantojuvenil para o município de Niterói.

9. Metas do PMSP vinculadas

Meta 44: Implementar plano de atenção às doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes, obesidade etc.) com ênfase na ampliação dos serviços cardiológicos.

10. Limitações

- Baixa cobertura do SISVAN;
- Impacto da pandemia da Covid-19 no acompanhamento feito pelas unidades de saúde, implicando diminuição de registro no sistema, em especial nos momentos de agravamento da situação epidemiológica.

11. Materiais de apoio

Título: Portaria GM/MS N° 1.862, de 10 de agosto de 2021. Institui a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil – Proteja. Autoria: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.862-de-10-de-agosto-de-2021-337532485>. Acesso em: 7 out. 2022.

VARIAÇÃO PERCENTUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES (0-19 ANOS) COM REGISTROS DE CONSUMO ALIMENTAR NO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN) ENTRE OS ANOS 2021 E 2022

1. Definição do indicador

Aponta a variação de registros referentes ao consumo alimentar de crianças e adolescentes no SISVAN entre os anos considerados.

2. Interpretação do indicador

Variação positiva indica aumento no número de registros de consumo alimentar de crianças e adolescentes acompanhados; variação negativa indica diminuição no número de registros de consumo alimentar; ausência de variação indica que não houve mudança na inserção de dados no sistema.

3. Método de cálculo

$$\frac{(\Sigma \text{ registros de consumo alimentar na faixa etária de 0 -19 anos acompanhada em 2022}) - (\Sigma \text{ registros de consumo alimentar na faixa etária de 0 -19 anos acompanhada em 2021})}{\text{no tempo e espaço considerados}}$$

Total de registros de consumo alimentar na faixa etária de 0 -19 anos acompanhadas em 2021

X 100

4. Unidade de medida

Percentual

Tempo: 2021 e 2022

Espaço: Unidade de Saúde; Regional de Saúde; Município.

5. Frequência de mensuração

Anual (após abril de 2022; após abril de 2023).

6. Período de tempo de referência

2021 e 2022 (data de acompanhamento de janeiro até dezembro do ano considerado).

7. Fonte de dados

SISVAN – Consumo Alimentar.

8. Pactuação do indicador

Grupo de trabalho responsável pela elaboração da linha de cuidado em obesidade infantojuvenil para o município de Niterói.

9. Metas do PMSP vinculadas

Meta 44: Implementar plano de atenção às doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes, obesidade etc.) com ênfase na ampliação dos serviços cardiológicos.

10. Limitações

- Baixa cobertura do SISVAN;
- Quando o número de registros for muito reduzido (N total), a variação percentual pode não expressar a realidade;
- Impacto da pandemia da Covid-19 no acompanhamento feito pelas unidades de saúde, implicando diminuição de registro no sistema, em especial nos momentos de agravamento da situação epidemiológica.

11. Materiais de apoio

Título: Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Autoria: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf. Acesso em: 5 dez. 2022.

Título: Portaria GM/MS N° 1.862, de 10 de agosto de 2021. Institui a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil – Proteja. Autoria: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.862-de-10-de-agosto-de-2021-337532485>. Acesso em: 7 out. 2022.

Título: PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: orientações técnicas. Autoria: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orienta_proteja.pdf. Acesso em: 5 dez. 2022.

PERCENTUAL DE MARCADORES POSITIVOS DE CONSUMO ALIMENTAR ASSINALADOS NO SISVAN ENTRE OS ANOS 2021 E 2022

1. Definição do indicador

Expressa os marcadores positivos ou negativos da alimentação. Pode ser desagregado por faixa etária, sexo, raça/cor, povo e comunidade e escolaridade.

2. Interpretação do indicador

Seja no âmbito individual ou coletivo, o indicador norteia as ações tanto da gestão e do planejamento em saúde, quanto daquelas direcionadas às estratégias de cuidado.

Percentual positivo indica aumento nos marcadores positivos de consumo alimentar (impacto positivo da implementação da LC); percentual negativo indica diminuição nos marcadores positivos de consumo alimentar; percentual igual a zero indica que não houve mudanças.

3. Método de cálculo

Frequência marcadores positivos de consumo alimentar

Total de registros contidos no SISVAN

X 100

4. Unidade de medida

Percentual.

5. Frequência de mensuração

Trimestral..

6. Período de tempo de referência

Pós-implementação: mês da realização do cálculo

Pré-implementação: último mês antes da implantação da LC..

7. Fonte de dados

SISVAN.

8. Pactuação do indicador

Grupos de trabalho formalizado.

9. Metas do PMSP vinculadas

Proposta nº 1.560: Fortalecer a adesão ao SISVAN por parte das unidades.

10. Limitações

Incompletude das informações referentes ao consumo alimentar contidas no SISVAN.

11. Materiais de apoio

Título: Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Autoria: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf. Acesso em: 5 dez. 2022.

PERCENTUAL DE MARCADORES NEGATIVOS DE CONSUMO ALIMENTAR ASSINALADOS NO SISVAN ENTRE OS ANOS 2021 E 2022

1. Definição do indicador

Expressa a proporção entre a frequência de marcadores negativos de consumo alimentar estratificado por idade, conforme indica a ficha CDS, no período anterior e posterior à implementação da linha de cuidado em obesidade infantojuvenil no município de Niterói.

2. Interpretação do indicador

Monitorar o consumo alimentar da população acompanhada pelos Módulos Médico de Família e pelas UBS com base nos seguintes critérios, de acordo com o Manual de orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção primária (2015):

- Crianças de até 5 meses e 29 dias: avaliação da prática de aleitamento materno e introdução precoce de alimentos.
- Crianças de 6 a 23 meses e 29 dias: caracterização da introdução de alimentos de qualidade em tempo oportuno, identificação de marcadores de risco ou proteção para as carências de micronutrientes e ocorrência de excesso de peso.
- Para crianças com 2 anos ou mais, adolescentes e gestantes, o bloco de questões contempla marcadores de consumo alimentar construídos com base na nova proposta do Guia Alimentar para a População Brasileira.

Entende-se como marcadores negativos de consumo alimentar: o consumo de embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e biscoitos salgados, bem como o consumo de doces, guloseimas e biscoitos recheados.

3. Método de cálculo

$$\frac{\text{Frequência de marcadores negativos de consumo alimentar (regional)}}{\text{Total de registros contidos no SISVAN (regional)}} \times 100$$

4. Unidade de medida

Percentual.

5. Frequência de mensuração

Trimestral.

6. Período de tempo de referência

No momento da implementação e 90 dias após a implementação.

7. Fonte de dados

SISVAN.

8. Pactuação do indicador

Grupo de trabalho formalizado, responsável pela elaboração da linha de cuidado em obesidade infantojuvenil para o município de Niterói.

9. Metas do PMSP vinculadas

Proposta nº 1.560: Fortalecer a adesão ao SISVAN por parte das unidades.

10. Limitações

Baixo registro e utilização da ficha de consumo alimentar.

11. Materiais de apoio

Título: Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Autoria: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf. Acesso em: 5 dez. 2022.

NÚMERO DE REGISTROS DE CONSUMO ALIMENTAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES (0-19 ANOS) COM MARCADORES POSITIVOS E NEGATIVOS NO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAIS (SISVAN) ENTRE OS ANOS 2021 E 2022

1. Definição do indicador

Aponta o número absoluto de registros referentes à qualidade do consumo alimentar de crianças e adolescentes no SISVAN entre os anos considerados. Para este indicador, os marcadores positivos representam os indicadores saudáveis, referentes a cada faixa etária; e os marcadores negativos representam os não saudáveis.

FAIXA ETÁRIA	SAUDÁVEIS	NÃO SAUDÁVEIS
0-6 meses	Aleitamento exclusivo	Mingau; Água/Chá; Leite de vaca; Fórmula Infantil; Suco de fruta; Fruta; Comida de Sal; Outros alimentos/bebidas.
6-23 meses	Aleitamento complementar; Legumes; Vegetal ou fruta de cor alaranjada; Verdura; Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo; Fígado; Feijão; Arroz, batata, inhame, aipim/ macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (exceto o instantâneo).	Mingau com leite; Iogurte; Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha); Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar); Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina).
2 anos ou mais	Feijão; Frutas frescas (não considerar suco de frutas); Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame).	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha); Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar); Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina).

2. Interpretação do indicador

Comparar os registros de consumo alimentar saudável e não saudável. Aumento do número de registros com consumo alimentar saudável indica um resultado positivo; aumento do número de registros com consumo alimentar não saudável refere um resultado negativo.

3. Método de cálculo

Σ de registros de consumo alimentar saudável;

Σ de registros de consumo alimentar não saudável.

4. Unidade de medida

Número absoluto

Tempo: 2021 e 2022

Espaço: Unidade de Saúde; Regional de Saúde; Município.

5. Frequência de mensuração

Anual (uma vez).

6. Período de tempo de referência

2021 e 2022.

7. Fonte de dados

SISVAN – Consumo Alimentar.

8. Pactuação do indicador

Grupo de trabalho responsável pela elaboração da linha de cuidado em obesidade infantojuvenil para o município de Niterói.

9. Metas do PMSP vinculadas

Meta 44: Implementar plano de atenção às doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes, obesidade etc.) com ênfase na ampliação dos serviços cardiológicos.

10. Limitações

Baixa cobertura do SISVAN;

Impacto da pandemia da Covid-19 no acompanhamento feito pelas unidades de saúde, implicando diminuição do registro no sistema, em especial nos momentos de agravamento da situação epidemiológica.

11. Materiais de apoio

Título: Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Autoria: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf. Acesso em: 5 dez. 2022.

Título: Portaria GM/MS Nº 1.862, de 10 de agosto de 2021. Institui a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil – Proteja. Autoria: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.862-de-10-de-agosto-de-2021-337532485>. Acesso em: 7 out. 2022.

Título: PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: orientações técnicas. Autoria: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orienta_proteja.pdf. Acesso em: 5 dez. 2022.

PROFISSIONAIS DA APS PARTICIPANTES DE CURSO DE QUALIFICAÇÃO EM OBESIDADE INFANTOJUVENIL EM 2022

1. Definição do indicador

Expressa o percentual de profissionais da APS de cada Regional de Saúde que participaram do curso “Cuidados relacionados à obesidade em crianças e adolescentes”, realizado em cooperação técnica com o Instituto Desiderata.

2. Interpretação do indicador

Monitorar a abrangência da qualificação profissional para prevenção e manejo da obesidade infantojuvenil no município de Niterói, fundamentada na determinação social e sistêmica da saúde.

3. Método de cálculo

Número de profissionais inseridos na APS da Regional de Saúde que participaram do curso de qualificação em obesidade infantojuvenil realizado em cooperação técnica com o Instituto Desiderata

Número total de profissionais inseridos na Regional de Saúde

X 100

4. Unidade de medida

Percentual.

5. Frequência de mensuração

45 e 90 dias após a implementação da linha de cuidado.

6. Período de tempo de referência

Ano-calendário 2022.

7. Fonte de dados

Lista de presença disponibilizada pela equipe de Educação do Instituto Desiderata; certificados emitidos pelo Instituto Desiderata; controles da Regional de Saúde (FMS ou FeSaúde).

8. Pactuação do indicador

Grupo de trabalho formalizado, responsável pela elaboração da linha de cuidado em obesidade infantojuvenil para o município de Niterói.

9. Metas do PMSP vinculadas

Proposta nº 1.560: Aumentar o contingente de profissionais qualificados no atendimento à população, monitorando a qualidade do atendimento e realizando capacitação contínua para estes profissionais.

10. Limitações

O indicador expressa a qualificação profissional com duração determinada, devendo ser motriz para multiplicação. A educação permanente em saúde mantém a visibilidade longitudinal sobre a importância da prevenção e manejo da obesidade infantojuvenil.

11. Materiais de apoio

Título: Guia alimentar para a população brasileira. Autoria: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 7 dez. 2022.

Título: Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Autoria: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acesso em: 7 dez. 2022.

Título: PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: orientações técnicas. Autoria: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orienta_proteja.pdf. Acesso em: 5 dez. 2022.



NITERÓI
SEMPRE À FRENTE

450
Anos

Saúde