

MINISTÉRIO DA SAÚDE



**ESTRATÉGIA NACIONAL PARA
PREVENÇÃO E ATENÇÃO À
OBESIDADE INFANTIL**
ORIENTAÇÕES TÉCNICAS

versão preliminar



Brasília - DF
2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde



**ESTRATÉGIA NACIONAL PARA
PREVENÇÃO E ATENÇÃO À
OBESIDADE INFANTIL**
ORIENTAÇÕES TÉCNICAS
versão preliminar



Brasília - DF
2021

2021 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsm.sau.gov.br.

Tiragem: edição preliminar – 2021 – versão eletrônica preliminar

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Anexo, Ala B, 4º andar
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Site: <http://aps.sau.gov.br>

Organização:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN
Departamento de Promoção da Saúde – DEPROS

Supervisão-geral:

Gisele Ane Bortolini
Juliana Rezende Melo da Silva
Raphael Câmara Medeiros Parente

Elaboração de texto:

Ana Maria Cavalcante de Lima
Ana Maria Thomáz Maya Martins
Ariene Silva do Carmo
Gisele Ane Bortolini
Tatiane Nunes Pereira

Colaboração:

Amanda Souza Moura
Ana Maria Spaniol
Eduardo Augusto Fernandes Nilson
Gabriella Carrilho Lins de Andrade
Gaia Salvador Claumann
Jéssica Pedroso da Silva
Mayara Kelly Pereira Ramos
Milena Serenini Bernardes
Paula dos Santos Leffa
Paula Fabricio Sandreschi
Renara Guedes Araújo
Sara Araújo da Silva
Thais Fonseca Veloso de Oliveira

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Projeto gráfico, capa e diagramação:

Roosevelt Ribeiro Teixeira

Normalização:

Daniela Ferreira Barros da Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

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 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

39 p. : il.

1. Obesidade pediátrica. 2. Programas Nacionais de Saúde. 3. Prevenção de doenças. I. Título.

CDU 613.25-053.2

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2021/0202

Título para indexação:

PROTEJA: National Strategy for the Prevention and Care of Childhood Obesity: technical guidelines

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
1 POR QUE UMA ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO E ATENÇÃO À OBESIDADE INFANTIL?	5
2 QUAIS SÃO OS DETERMINANTES DA OBESIDADE INFANTIL?.....	9
3 E COMO PREVENIR A OBESIDADE INFANTIL?	11
4 ENTÃO, O QUE É PROTEJA?.....	17
5 E O QUE CADA LETRA DA PALAVRA PROTEJA SIGNIFICA?	18
6 COMO O PROTEJA FUNCIONA?	19
7 QUAIS SÃO AS AÇÕES ESSENCIAIS?	21
8 E QUE AÇÕES COMPLEMENTARES MEU MUNICÍPIO PODE ESCOLHER?.....	22
9 COMO SERÁ O FINANCIAMENTO?	26
10 COMO O MINISTÉRIO DA SAÚDE VAI MONITORAR AS AÇÕES DO PROTEJA?	26
11 IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE A – FICHA DE QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO DA PORTARIA XX	33

APRESENTAÇÃO

A Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA), instituída pela Portaria XX, é uma iniciativa da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Promoção da Saúde da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (CGAN/DEPROS/SAPS/MS) que tem como objetivo deter o avanço da obesidade infantil e contribuir para a melhoria da saúde e da nutrição das crianças brasileiras.

Esta Estratégia é uma convocação do Ministério da Saúde a todos os gestores, profissionais de saúde, sociedade civil e parceiros para que possamos reconhecer a obesidade infantil como um problema prioritário de saúde pública e compartilhar a responsabilidade na implementação de medidas efetivas na prevenção e atenção à obesidade infantil no país. O PROTEJA contempla um conjunto de ações essenciais e complementares que, reunidas e implementadas, em nível municipal, poderão apoiar a reversão do cenário de obesidade infantil no país.

A expectativa é construir um compromisso no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e para além dele, envolvendo gestores, profissionais de saúde, Organismos Internacionais e Entidades Profissionais, para apoiar os municípios no planejamento, implementação, monitoramento de ações e intervenções na APS e nos territórios, além de mobilizar parceiros de diversos setores capazes de contribuir com a construção de ambientes favoráveis às escolhas e comportamentos saudáveis.

Apesar de ser um problema complexo, multifatorial e de difícil manejo, existem inúmeras recomendações sobre como prevenir e deter o avanço da obesidade infantil. Contudo, considera-se oportuno e pertinente o questionamento: o que pode ser feito coletivamente em âmbito municipal?

Este documento se destina à gestores estaduais, municipais e distritais, profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e parceiros com o intuito de apresentar a estratégia e apoiar a implementação de ações em nível municipal.

1 POR QUE UMA ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO E ATENÇÃO À OBESIDADE INFANTIL?

A múltipla carga de má nutrição afeta a população em todo o mundo¹. São milhões de pessoas em condições de desnutrição, deficiências nutricionais (como anemia ferropriva, deficiência de vitamina A e outros), sobrepeso e obesidade². Dados recentes revelam que, entre 1990 e 2019, a má nutrição foi um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças e perdas de anos saudáveis da população³. Aliado a isso, a inatividade física, que também é fator de risco para doenças crônicas e mortalidade, contribui para esse cenário⁴. Destaca-se que dentre esses vários desafios globais para a saúde, a sociedade e o meio-ambiente, a obesidade é um tema que alcança relevância para a ação política, principalmente quando relacionada ao público infantil.

A prevalência de obesidade tem aumentado de maneira epidêmica entre crianças e adolescentes nas últimas quatro décadas e, atualmente, representa um grande problema de saúde pública no mundo. No Brasil, o excesso de peso (que compreende o sobrepeso e a obesidade) também tem aumentado em todas as faixas etárias. Ao analisar a tendência temporal do excesso de peso entre pré-escolares nos anos de 1989, 1996 e 2006, foi observado que houve aumento de 160% na prevalência de crianças menores de 5 anos com excesso de peso, com aumento médio de 9,4% ao ano⁵. No grupo de crianças com idade entre 5 e 9 anos, a Pesquisa de Orçamentos Familiares/2008/2009⁶ identificou que, aproximadamente, uma em cada três crianças apresentava excesso de peso. Essa mesma pesquisa evidenciou que, nos 34 anos decorridos de 1974-1975 a 2008-2009, houve incremento significativo das prevalências de obesidade de 2,9% para 16,6% entre meninos, e de 1,8% para 11,8% entre meninas de 5 a 9 anos de idade. Entre adolescentes, a prevalência de excesso de peso aumentou em seis vezes no sexo masculino (de 3,7% para 21,7%) e em quase três vezes no sexo feminino (de 7,6% para 19,4%).

E, em 2020, das crianças acompanhadas na Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS, 15,9% dos menores de 5 anos e 31,8% das crianças entre 5 e 9 anos tinham

excesso de peso, e dessas, 7,4% e 15,8%, respectivamente, apresentavam obesidade segundo Índice de Massa Corporal (IMC) para idade. Quanto aos adolescentes acompanhados na APS em 2020, 31,9% e 12,0% apresentavam excesso de peso e obesidade, respectivamente⁷. Considerando todas as crianças brasileiras menores de 10 anos, estima-se que cerca de 6,4 milhões tenham excesso de peso e 3,1 milhões tenham obesidade. Entre os adolescentes brasileiros, estima-se que cerca de 11,0 milhões tenham excesso de peso e 4,1 milhões, obesidade.

A obesidade em crianças e adolescentes é um problema grave, que ocasiona repercussões deletérias importantes em crianças, adolescentes, jovens e adultos, além de sobrecarregar o SUS com altos custos relacionados ao tratamento do agravo e de suas complicações.

Em 2017, o IMC elevado foi responsável por 165.954 mortes e 5.095.125 DALYs (Disability Adjusted Life Years - Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade)⁸. No Brasil, os custos financeiros totais de hipertensão, diabetes e obesidade no SUS alcançaram 3,45 bilhões de reais em 2018. Desses custos, 11% foram referentes ao tratamento da obesidade. Levando em conta apenas a obesidade como fator de risco para hipertensão e diabetes, os custos atribuíveis a essa doença chegaram a R\$ 1,42 bilhão⁹. O aumento dos custos dos cuidados de saúde, associado ao aumento das taxas de obesidade, é uma tendência em diversos países. No Brasil, estima-se uma duplicação dos custos de saúde relacionados à obesidade de US\$ 5,8 bilhões em 2010 para US\$ 10,1 bilhões em 2050¹⁰.

A obesidade infantil está associada a maior chance de morte prematura, manutenção da obesidade e incapacidade na idade adulta. Crianças com obesidade têm 75% mais chances de se tornarem adolescentes com obesidade, e 89% dos adolescentes com obesidade podem se tornar adultos com a doença¹¹. Além de aumentar os riscos futuros, crianças e adolescentes com obesidade podem apresentar dificuldades respiratórias, aumento do risco de fraturas e outros agravos osteoarticulares, hipertensão arterial sistêmica, marcadores precoces de doenças cardiovasculares, resistência à insulina, câncer e efeitos psicológicos, como baixa autoestima, isolamento social e transtornos alimentares, dentre outros¹².

Assim, as repercussões da obesidade acontecem em toda a fase de crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente e podem permanecer

a curto, médio e longo prazo¹². Além disso, já são comprovados outros impactos do excesso de peso na infância, como o comprometimento do rendimento escolar, que poderá implicar em uma maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho na vida adulta¹³.

É fato que o contexto de pandemia de Covid-19 pode intensificar esses impactos e propiciar o crescimento mais acelerado da Insegurança Alimentar e Nutricional da população e de agravos decorrentes de má alimentação e de inatividade física, entre eles, a obesidade, principalmente na infância^{14,15,16}. Assim, priorizar esse tema é necessário para que se alcance o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 2 (ODS2) da Agenda 2030 das Nações Unidas para a erradicação de todas as formas de má nutrição, também alinhado aos objetivos da Década de Ação das Nações Unidas para Nutrição, definida pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO) e Organização Mundial da Saúde (OMS) para o período de 2016 a 2025. Além disso, a atenção à redução da inatividade física, alinhada ao Plano de Ação Global de Atividade Física (2018-2030) da OMS, poderá contribuir para o alcance de outros ODS.

Destacamos que o Governo Brasileiro e o Ministério da Saúde assumiram compromissos nacionais e internacionais importantes para deter o avanço da obesidade infantil. Em âmbito nacional, destaca-se o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis que prevê como meta “Reduzir prevalência de obesidade em crianças e adolescentes” e “Deter o crescimento da obesidade em adultos”; a Estratégia Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade; a publicação do *Guia Alimentar para a População Brasileira* e do *Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos*; a publicação do *Guia de Atividade Física para a População Brasileira*; e a previsão de objetivo no Plano Nacional de Saúde de reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção e controle.

No contexto internacional, tem-se o compromisso dos Estados-membros das Américas, incluindo o Brasil, no âmbito da OMS, com a implementação do Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes, que entre outras medidas, requer a implementação de medidas protetivas, a melhora da alimentação escolar e dos ambientes de atividade física e a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável. No Mercosul, o Ministério da Saúde assinou o Acordo

nº 3/2015, que visa impulsionar e estabelecer políticas e medidas protetivas para prevenção e controle da obesidade, fortalecendo articulações intersetoriais, promoção de hábitos alimentares saudáveis e cuidado integral à saúde.

2 QUAIS SÃO OS DETERMINANTES DA OBESIDADE INFANTIL?

A obesidade entre crianças e adolescentes é resultado de uma série complexa de fatores genéticos, individuais/comportamentais e ambientais que atuam em múltiplos contextos: familiar, comunitário, escolar, social e político^{17,18,19}. Por ser multifatorial, trata-se de uma condição complexa de ser compreendida e desafiadora para intervenção, pois exige ações integradas em diversos setores, além da saúde.

A vida intrauterina e os primeiros anos de vida são períodos críticos para o desenvolvimento da obesidade. Entretanto, também é um período de janela de oportunidades para a promoção da saúde e prevenção de doenças, com a adesão de hábitos saudáveis. A nutrição inadequada nessa fase, a obesidade da gestante, o ganho excessivo de peso durante a gravidez e a diabetes gestacional são alguns importantes exemplos de fatores que podem contribuir para a obesidade infantil²⁰.

Dentre os fatores individuais/comportamentais que podem estar associados à condição de obesidade em crianças e adolescentes, destacam-se a ausência ou curta duração do aleitamento materno, o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, densamente calóricos e ricos em gorduras, açúcares e sódio, a inatividade física, o aumento do comportamento sedentário e sono inadequado²⁰.

Quanto aos fatores ambientais, chamamos de ambiente obesogênico aquele promotor ou facilitador de escolhas alimentares não saudáveis e de comportamentos sedentários, os quais dificultam a adoção e manutenção de hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividade física. Sabe-se que o principal elemento para o aumento da prevalência da obesidade nas populações é o ambiente cada vez mais obesogênico, e não as mutações genéticas²¹.

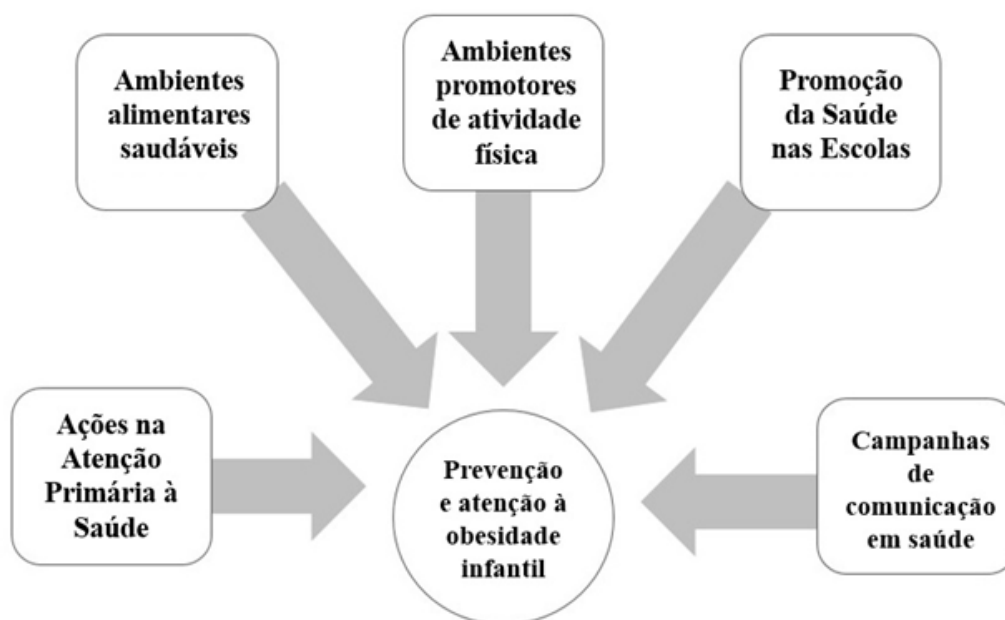
Assim, para a prevenção/atenção à obesidade, além do apoio aos indivíduos por meio de abordagens educativas/comportamentais, é fundamental a adoção de políticas intersetoriais e medidas para reverter a natureza obesogênica dos locais onde as crianças, os adolescentes e suas famílias vivem²¹.

Diante do exposto, a obesidade infantil não deve ser vista como resultado de escolhas voluntárias individuais de estilo de vida, especialmente por parte da criança e sua família. Dado que a obesidade infantil é influenciada por fatores biológicos e contextuais, são necessárias ações estruturantes e políticas públicas que visem à promoção da saúde, implementação de medidas de prevenção do ganho de peso excessivo, diagnóstico precoce e cuidado adequado à criança, adolescente e gestantes, bem como, o estabelecimento de políticas intersetoriais e outras que promovam ambientes e cidades saudáveis, a fim de apoiar os esforços das famílias para mudar comportamentos. Pais, famílias, cuidadores e educadores também desempenham um papel fundamental no incentivo a comportamentos saudáveis²².

3 E COMO PREVENIR A OBESIDADE INFANTIL?

Com base em evidências científicas globais^{10,13,22}, as estratégias mais efetivas para deter o avanço da obesidade infantil e preveni-la são:

Figura 1 – Estratégias efetivas para prevenção e reversão do cenário de obesidade infantil^{10,13,22}

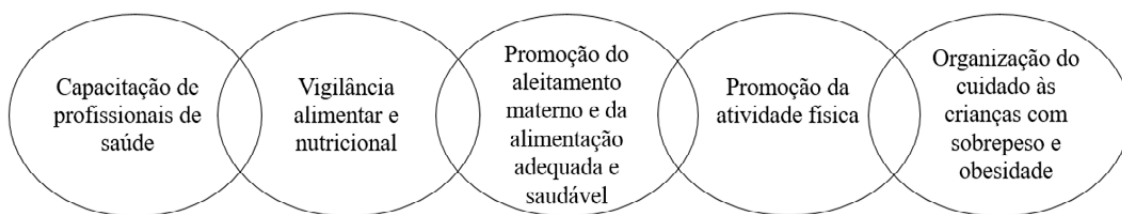


Para que essas medidas sejam mais efetivas e alcancem um maior impacto, recomenda-se que elas sejam implementadas conjuntamente, ou seja, que se evite executá-las de forma isolada. Um conjunto de estratégias pode ser uma combinação entre medidas que potencializam o apoio das cidades para promover a alimentação adequada e saudável e a atividade física. Exemplo disso são ações e políticas que fomentem a produção local de alimentos saudáveis e facilitem o seu acesso, somadas às ações de promoção da saúde a serem implementadas na APS e no ambiente escolar, associadas a medidas que evitem a exposição precoce do público infantil aos alimentos não saudáveis e a campanhas de comunicação de massa para conscientizar a população, além da implementação de espaços urbanos que permitam o livre brincar e a prática de atividade física²³.

a) Ações na Atenção Primária à Saúde (APS)

Intervenções realizadas no âmbito da APS permitem integrar diferentes serviços de saúde para prevenção, cuidado e tratamento da obesidade infantil junto à comunidade local. A figura 2 apresenta as principais ações que devem ser priorizadas neste nível de atenção à saúde. Aquelas que demonstraram mais efetividade foram as que priorizaram capacitação dos profissionais de saúde para atuarem com o tema e o público, as que realizaram monitoramento do estado nutricional das crianças e famílias, e as que ofertaram cuidado adequado à crianças, adolescentes e gestantes, bem como as que implementaram diferentes ações de promoção da alimentação adequada e saudável, do aleitamento materno e da prática da atividade física^{13,24,25}.

Figura 2 – Estratégias para prevenção e atenção à obesidade infantil na Atenção Primária à Saúde^{13,24,25}



A capacitação dos profissionais de saúde é fundamental para o sucesso da identificação e do cuidado da obesidade infantil no âmbito da APS. Ações contínuas para a educação permanente relacionadas a esse tema devem ser direcionadas aos diferentes profissionais de saúde, inclusive agentes comunitários de saúde.

A vigilância alimentar e nutricional (VAN) deve ser executada para garantir o monitoramento contínuo do estado nutricional e do consumo alimentar da população, como estratégia fundamental para o diagnóstico precoce do excesso de peso e obesidade, a fim de identificar fatores de risco relacionados ao ganho de peso excessivo, como o consumo de alimentos ultraprocessados. A VAN contribui ainda para a organização do cuidado à saúde no território, incluindo a atenção nutricional e ações de promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável.

A promoção do aleitamento materno, da alimentação adequada e saudável e da atividade física deve ser integrada às ações da equipe de APS, tanto nos momentos

de aconselhamento das famílias quanto nos espaços de educação em saúde. Além disso, é importante que as equipes mantenham contato frequente com as famílias, apoiem e motivem a mudança de comportamentos relacionados ao aleitamento materno, à adoção de hábitos alimentares mais saudáveis e à prática de atividade física pelas crianças e seus pais/responsáveis. Ações para prevenção e cuidado da obesidade infantil iniciam no período pré-concepção e gestação, já que a saúde materna pode influenciar no desenvolvimento do bebê e no risco de obesidade. Logo, estratégias de monitoramento do peso durante a gestação e educação alimentar e nutricional podem ser adotadas pela equipe, como a realização de grupos operativos que abordem temas relacionados à alimentação da mulher, à importância do aleitamento materno e à introdução da alimentação complementar oportuna e saudável. É importante que essas temáticas sejam trabalhadas não somente com a gestante, mas também com quem mora com ela, para que todos da casa tenham hábitos saudáveis e, com a chegada do bebê, apoiem e incentivem a amamentação.

O cuidado de crianças com sobrepeso ou obesidade deve ser feito por meio de equipes multiprofissionais de acordo com as diretrizes terapêuticas vigentes do Ministério da Saúde. As crianças com diagnóstico de sobrepeso e comorbidades ou com obesidade (independentemente da presença de comorbidades) devem ser encaminhadas para um cuidado multidisciplinar adequado, integral e longitudinal, utilizando abordagens individuais, coletivas e transversais. No processo de cuidado, devem ser considerados os determinantes e condicionantes do sobrepeso e da obesidade, sem culpabilização, estigmatização e discriminação da pessoa ou sua família. Além disso, busca-se reverter o ganho excessivo de peso e promover um crescimento e desenvolvimento adequado da criança, promoção do bem-estar mental e melhora da qualidade de vida²⁶⁻³⁴. Destaca-se que crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo, com a curva de peso acima do esperado, devem continuar sendo amamentadas sob livre demanda.

b) Ambientes alimentares saudáveis

Ambientes alimentares saudáveis são aqueles que permitem acesso regular, permanente e irrestrito a alimentos seguros, regionais, adequados e saudáveis e em quantidade suficiente. Para tanto, é necessária a adoção de estratégias multissetoriais a serem combinadas na promoção de uma alimentação adequada e saudável. Assim, a intersetorialidade é protagonista das ações de promoção de espaços para transformação da realidade em nível municipal.

Ações e políticas de incentivo à produção de alimentos in natura e minimamente processados, como frutas e hortaliças regionais, em áreas urbanas, periurbanas, ou em áreas rurais perto das cidades podem melhorar o preço e a qualidade desses alimentos, de modo a incentivar o maior consumo por parte da população local. Estratégias nesse sentido podem ainda reduzir o desperdício de alimentos e a poluição causados pelo transporte em longas distâncias. Combinadas às políticas de compra pública de alimentos – em que o município os adquire diretamente dos produtores para utilização em escolas, hospitais, creches, abrigos e asilos –, tais estratégias podem fomentar a economia local, além de aumentar o consumo de alimentos in natura e minimamente processados pelo público atendido.

Com relação à distribuição e abastecimento, pode-se ter parcerias entre diferentes instituições do governo, cooperativas de agricultores familiares, rede socioassistencial, entre outros, a fim de valorizar as cadeias curtas de produção e possibilitar a aquisição e a distribuição dos alimentos de produtores locais a programas governamentais de compras institucionais para alimentação nas escolas e para pessoas em vulnerabilidade social. Outra estratégia é a garantia de acesso da população a alimentos saudáveis de forma permanente.

Também são importantes e recomendadas medidas que possibilitem a acessibilidade e disponibilidade a alimentos saudáveis, além de ações que protejam as crianças da exposição aos alimentos não saudáveis. A nível local, isso é possível com a adoção das estratégias que incentivem o acesso físico e financeiro aos alimentos saudáveis e que garantam cantinas saudáveis no ambiente escolar. Além da implementação de equipamentos públicos de Segurança Alimentar e Nutricional, como feiras livres, mercados municipais e restaurantes populares que comercializam alimentos mais acessíveis e de qualidade.

c) Ambientes promotores de atividade física

As cidades podem se tornar ambientes favoráveis à saúde, tanto pela promoção da alimentação adequada e saudável como apresentada no tópico anterior, quanto por meio do incentivo à prática da atividade física, que é considerada uma ação efetiva para o cuidado da obesidade infantil.

Além da necessidade da prática da atividade física no ambiente escolar, são efetivas as intervenções que alteram a infraestrutura urbana para promover

transporte ativo e aumentar espaços para recreação, por exemplo. Logo, a criação e a manutenção de espaços públicos como parques, áreas verdes, playgrounds e ruas de lazer, devem ser um investimento priorizado para o desenvolvimento sustentável das cidades^{25,35}.

Iluminação, segurança e transporte públicos de qualidade também devem ser garantidos para viabilizar a prática do lazer e do esporte nesses espaços. Investimentos em transporte público e ciclovias devem ser considerados para melhorar a qualidade da mobilidade urbana e favorecer a adoção de um estilo de vida saudável¹⁰.

d) Promoção da Saúde nas Escolas

A escola é um ambiente que além de promover educação, também deve promover saúde. Por isso, a integração e a articulação entre o setor Educação, o setor Saúde, famílias e comunidade escolar são essenciais para contribuir com a formação dos estudantes.

Por meio de estratégias intersetoriais podem-se estabelecer ações de promoção da saúde que lidem diretamente com a temática da obesidade infantil e seus determinantes, que envolvam toda comunidade e que façam o acompanhamento da saúde dos estudantes por uma equipe multiprofissional da APS. Ademais, programas de alimentação escolar que oferecem refeições saudáveis de forma universal e promovem ações de educação alimentar e nutricional tornam-se diferenciais para criação de um ambiente escolar favorável à saúde e à garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada²².

Outras medidas importantes a serem adotadas no ambiente escolar para prevenir e deter o avanço da obesidade infantil incluem: educação alimentar e nutricional no currículo escolar, aumento da disponibilidade e acesso a alimentos saudáveis e diminuição da exposição dos escolares a alimentos não saudáveis em cantinas, *vending machines* (máquinas de vendas de alimentos ultraprocessados) e pontos de comercialização nos entornos das escolas^{10,36}. A promoção da atividade física diária também deve estar inserida nesta estratégia, considerando que as crianças passam boa parte de seu tempo na escola. Recomenda-se que a atividade física ocorra tanto na carga horária prevista no currículo escolar, quanto

no momento recreativo^{22,25,35}. A escola deve ainda prover de estrutura adequada para a sua realização e ter acesso à água potável para garantia da hidratação dos estudantes.

d) Campanhas de comunicação em saúde

Campanhas de comunicação em saúde contribuem para informar mensagens confiáveis e fidedignas a fim de influenciar os indivíduos a melhorarem sua saúde, alimentação e nutrição e a adotarem um estilo de vida mais saudável e ativo.

Para promover campanhas de promoção da alimentação adequada e saudável, como o incentivo ao consumo de frutas, verduras, legumes, arroz e feijão e do desenvolvimento de habilidades culinárias para uma autonomia no preparo dos alimentos, podem ser usadas estratégias de mídia de massa, assim como mídias sociais digitais e novas tecnologias, como jogos digitais e aplicativos, sempre respeitando as recomendações para cada faixa etária sobre o uso de eletrônicos¹³. Para atividade física, independentemente da estratégia de mídia utilizada, as mensagens para este público devem enfatizar os benefícios agudos sociais e afetivos, destacando, por exemplo, que a prática pode ser legal e divertida³⁷.

As campanhas devem ser planejadas e inseridas em uma estratégia de comunicação a longo prazo, devem ser direcionadas a crianças, adolescentes e suas famílias e, ainda, abordar os multideterminantes da obesidade sem culpabilização, estigmatização e discriminação da pessoa ou sua família²³.

4 ENTÃO, O QUE É PROTEJA?

Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (Proteja), instituída pela Portaria XX, é uma iniciativa brasileira voltada para a prevenção e atenção à obesidade infantil e suas consequências, utilizando intervenções efetivas e de alto impacto, baseadas em evidências.

Cada letra da palavra PROTEJA representa um conjunto de ações recomendadas para serem desenvolvidas pelos municípios de todos os entes federados.

Os principais responsáveis por essa iniciativa são os gestores municipais de saúde. As ações propostas pela estratégia requerem articulação local para a sua implementação com outros setores tais como educação, assistência social, agricultura, segurança alimentar e nutricional, desenvolvimento urbano, esportes, câmara de vereadores, entre outros que tenham capacidade de planejar e implementar ações capazes de proporcionar ambientes e cidades favoráveis às escolhas e hábitos de vida saudáveis. Atores não governamentais e organismos internacionais também podem apoiar a prevenção e a atenção à obesidade infantil.

5 E O QUE CADA LETRA DA PALAVRA PROTEJA SIGNIFICA?

P	Primeiro Contato	Garantir que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja o principal lócus de monitoramento do estado nutricional, de promoção da saúde, de prevenção do ganho de peso excessivo, de diagnóstico precoce e de cuidado adequado às crianças, aos adolescentes e às gestantes.
R	Responsabilização	Responsabilizar-se e envolver diversos parceiros na prevenção da obesidade infantil.
O	Organização	Organizar e implementar ações efetivas em seu município para prevenir a obesidade infantil.
T	Transformação	Realizar ações inovadoras de incentivo à alimentação saudável e à prática da atividade física voltadas a indivíduos e comunidades.
E	Educação	Organizar processos de educação permanente para qualificação de profissionais do SUS, da educação e da assistência social e gestores na prevenção da obesidade infantil.
J	Janela de Oportunidade	Comunicar, investindo em ações de comunicação, para prevenir a obesidade infantil.
A	Ambientes	Proteger os espaços frequentados pelas crianças e pelos adolescentes, por meio de ambientes promotores da alimentação adequada e saudável e da atividade física

6 COMO O PROTEJA FUNCIONA?

A primeira etapa do PROTEJA consiste no estabelecimento do compromisso entre os municípios, estados e o Governo Federal com a prevenção e atenção à obesidade infantil. Assim, gestores e lideranças em todo o país poderão ratificar o compromisso com o Ministério da Saúde, assumindo a obesidade infantil como um problema de saúde pública prioritário e relevante.

Diante do estabelecimento desse compromisso, os estados devem apoiar os municípios na implementação do Proteja. De acordo com a Portaria XX, um conjunto de municípios foram priorizados para a adesão, com o recebimento de incentivo financeiro para apoiar a implementação das ações de prevenção e atenção à obesidade infantil no âmbito do Proteja.

Os critérios para priorização dos municípios ao recebimento do incentivo financeiro foram:

I – Porte populacional menor de 30 mil habitantes, segundo projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2020;

II - Valor maior ou igual a 15% de prevalência de excesso de peso em crianças menores de 10 anos, no ano de 2019, segundo o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan);

II - Valor maior ou igual a 50% de cobertura de avaliação do estado nutricional em crianças menores de 10 anos, no ano de 2019, segundo o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan);

III – Ter registro de avaliação de marcadores de consumo alimentar em crianças menores de 10 anos no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) no ano de 2019.

Destaca-se que esses municípios deverão ter, pelo menos, 1 (uma) equipe de atenção primária com cadastro ativo no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) na competência financeira de maio de 2021. A adesão ao Proteja ocorrerá no período entre XX de julho de 2021 e 31 de agosto de 2021, no portal e-Gestor - <https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>.

O incentivo financeiro instituído para a implementação das ações de prevenção e atenção à obesidade infantil no âmbito do Proteja será transferido aos

municípios aderentes em 3 (três) parcelas, uma a cada ano. O primeiro repasse será realizado no ano de 2021, após a habilitação da adesão. O segundo repasse será realizado após avaliação de desempenho 12 (doze) meses, em 2022. E o terceiro repasse será realizado após avaliação de desempenho 24 (vinte e quatro) meses, em 2023.

Municípios contemplados pela Portaria GM/MS nº 1.127, de 2 de junho de 2021, que habilita Estados, Distrito Federal e Municípios ao recebimento de incentivo para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição, com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN, referente ao exercício financeiro de 2021, ou seja, que recebem incentivo financeiro do Fundo de Alimentação e Nutrição, poderão valer-se desse incentivo para priorizar a implementação das ações de prevenção e atenção à obesidade infantil, no âmbito da Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil - Proteja.

Durante a adesão, será apresentada aos municípios a lista de ações essenciais e complementares. As ações essenciais são aquelas que efetivamente contribuem com a reversão do cenário de obesidade infantil, e algumas já fazem parte do planejamento e rotina de trabalho das equipes da APS e das ações e programas de outros setores parceiros da agenda de alimentação, nutrição e atividade física. As ações complementares são ações importantes e os municípios devem escolher dentre uma lista pré-estabelecida, pelo menos, cinco delas para serem desenvolvidas.

7 QUAIS SÃO AS AÇÕES ESSENCIAIS?

PRIMEIRO CONTATO (AÇÕES DE DIAGNÓSTICO E CUIDADO NA APS)				
Monitorar o estado nutricional e os marcadores de consumo alimentar de crianças, adolescentes e gestantes, de acordo com os documentos oficiais do Ministério da Saúde.	Ofertar cuidado multiprofissional individual e coletivo na APS para gestantes com excesso de peso pré-gestacional ou ganho de peso gestacional excessivo, de acordo com os documentos oficiais do Ministério da Saúde.	Ofertar cuidado multiprofissional individual e coletivo na APS para crianças e adolescentes com diagnóstico de sobrepeso e obesidade, de acordo com os documentos oficiais do Ministério da Saúde.	Equipar as UBS com, no mínimo, balança e estadiômetro (adulto e infantil), segundo normativas do Ministério da Saúde.	
RESPONSABILIZAÇÃO (COMPROMISSO)				
Elaborar o passo a passo para a implementação do Proteja.				
Organização (gestão)				
Incluir no plano municipal de saúde metas de prevenção e atenção à obesidade infantil pactuadas nas instâncias formais de gestão e controle social do SUS, incluindo representantes de outros setores da gestão pública.	Articular intersetorialmente com os diversos setores afins para a gestão local do Proteja.	Incluir nos Relatórios Anual de Gestão o andamento das ações pactuadas pelo município.		
TRANSFORMAÇÃO (EAN E PROMOÇÃO DA AF)				
Implementar, fortalecer e/ou expandir a Estratégia Amamenta Alimenta Brasil (EAAB) no município.	Realizar ações individuais e coletivas de educação alimentar e nutricional e de atividade física na UBS e outros espaços públicos para crianças, adolescentes e gestantes.	Realizar ações de educação alimentar e nutricional e de atividade física nas escolas, principalmente por meio do PSE.	Garantir a realização de pelo menos 15 minutos de atividade física por dia, para além das aulas de educação física curriculares, em todas as escolas e em todos os níveis de ensino.	
EDUCAÇÃO (FORMAÇÃO)				
Qualificar profissionais da educação, da APS, incluindo agentes comunitários de saúde, e da assistência social, sobre obesidade infantil, com base nos manuais, guias e protocolos do Ministério da Saúde.				
JANELA DE OPORTUNIDADE (COMUNICAÇÃO)				
Realizar campanhas institucionais nos meios de comunicação de massa sobre a obesidade infantil.		Disponibilizar materiais impressos e digitais do Proteja e de diretrizes oficiais do Ministério da Saúde para a implementação adequada e saudável e para a atividade física nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Polos de Academia da Saúde, hospitais e escolas.		
AMBIENTES				
Atender ao que determina o artigo 22 da Resolução nº 06 de 08/05/20 do Fundo Nacional de Desenvolvimento Econômico (FNDE) sobre o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).	Garantir cantinas escolares saudáveis.	Criar circuitos de feiras e outras estratégias de comercialização de alimentos saudáveis que atendam a todas as regiões do município, especialmente em territórios mais vulneráveis.	Promover e apoiar a agricultura urbana, hortas em ambientes institucionais, como escolas e serviços de saúde, e em espaços comunitários.	Mapear e qualificar espaços já existentes e, se necessário, criar novos espaços para a prática de atividade física.

8 E QUE AÇÕES COMPLEMENTARES MEU MUNICÍPIO PODE ESCOLHER?

Ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde:

- Qualificar o monitoramento das ações de atividade física realizadas;
- Realizar manejo do ganho de peso excessivo, do diabetes gestacional e da hipertensão induzida pela gravidez;
- Ofertar, pelo menos, uma opção de prática integrativa e complementar como parte da prevenção e do tratamento à obesidade infantil, na APS;
- Organizar o cuidado da obesidade infantil disponibilizando outros pontos da rede de atenção à saúde para encaminhamento dos casos graves de obesidade.

Ações de formação (educação permanente):

- Disponibilizar carga horária para que os profissionais da APS do município que atuam na prevenção da obesidade infantil realizem pelo menos uma capacitação ou curso por ano oferecido pelo Ministério da Saúde na temática;
- Oferecer, pelo menos, uma capacitação por ano para profissionais da APS que atuam, principalmente com o público materno-infantil, na coleta antropométrica e avaliação dos marcadores do consumo alimentar;
- Oferecer, pelo menos, uma capacitação por ano sobre alimentação saudável, atividade física e obesidade para profissionais de comunicação social (jornalistas, publicitários, designers, etc.);
- Realizar parcerias com universidades e faculdades que ofereçam cursos da área da saúde para realização de projetos de pesquisa/extensão com a temática obesidade infantil no município.

Ações no âmbito das escolas:

- Criar legislação local para evitar a associação de alimentos não saudáveis às atividades de educação alimentar e nutricional, livros didáticos e eventos patrocinados em escolas;
- Estabelecer diretrizes para as Secretarias Municipais de Saúde e Educação ofertarem atividades de educação alimentar e nutricional, consubstanciadas nos princípios e diretrizes dos guias alimentares do Ministério da Saúde, da NBCAL e das normativas do FNDE;

- Efetivar as compras mínimas de produtos da agricultura familiar para o Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE com os recursos do governo federal, conforme legislação vigente, e criar mecanismos para ampliação gradual do percentual de compras em parceria com os produtores locais e de outros municípios;
- Garantir a oferta gratuita de água potável (bebedouros em condições higiênicas sanitárias adequadas) nas escolas da rede pública;
- Instalar bicicletários nas escolas e armários para a guarda de material escolar;
- Investir na construção e manutenção de infraestrutura das escolas para a prática de atividade física.

Medidas amplas para a promoção da saúde e ambientes promotores da alimentação adequada e saudável e da prática de atividade física

- Realizar audiência pública, junto ao Poder Legislativo, para discussão sobre prevenção da obesidade infantil;
- Apresentar projetos de lei sobre medidas estruturantes que promovam ambientes propícios aos hábitos e comportamentos adequados e saudáveis e à prevenção da obesidade infantil;
- Implementar programas e ações que possibilitem condições adequadas para o deslocamento ativo de crianças e adolescentes no trajeto de casa para a escola;
- Realizar ações regulares de lazer que envolvam atividade física de forma lúdica em locais públicos nas cidades;
- Realizar divulgação da rede de apoio de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) e de atividade física no município;
- 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 sistemas de produção integrada, valorizando a cultura alimentar local;
- Implementar subsídios para produção de alimentos *in natura* e minimamente processados;
- Criar e divulgar um aplicativo com o mapeamento de locais que comercializam alimentos *in natura* e minimamente processados;
- Criar redes de contatos entre produtores e comerciantes locais para estimular a circulação e venda de alimentos *in natura* e minimamente processados no município;
- Capacitar os comerciantes e varejistas locais sobre estratégias para transformar o comércio varejista de alimentos em um ambiente mais saudável;

- Criar legislação local para estabelecer altura mínima de 120 centímetros das prateleiras de exposição de alimentos ultraprocessados para proteger as crianças da oferta desses produtos nos pontos de venda;
- Criar legislação local para tornar obrigatório o fornecimento gratuito de água filtrada em espaços públicos, como parques e praças, e em restaurantes, lanchonetes, bares e estabelecimentos similares;
- Instituir normativa sobre o recebimento de doações de alimentos em equipamentos públicos, seja para consumo no local ou para distribuição, promovendo a alimentação adequada e saudável, a saúde e a dignidade dos receptores das doações, de acordo com os princípios dos guias alimentares para a população brasileira;
- Promover ações de incentivo e apoio à amamentação em creches e escolas, visando a continuidade do aleitamento materno;
- Fortalecer e aprimorar a implementação e a fiscalização da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1a Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) e sua regulamentação (Lei 11.265/2006 e Decreto nº 9.579/2018);
- Estender a licença maternidade para no mínimo 6 meses e a licença paternidade para pelo menos 20 dias para os servidores municipais;
- Estimular a adesão ao programa Empresa Cidadã pelo setor privado, conforme a Lei nº 11.770/2008 e regulamentado pelo Decreto nº 7.052/2009;
- Implantar e/ou expandir a rede de postos de coleta e de Bancos de Leite Humano;
- Implementar e/ou fortalecer e ampliar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) na rede pública municipal de atenção à saúde, bem como estimular essa iniciativa em hospitais gerenciados por outras esferas do governo e privadas (Portaria Nº 1.153/2014 - PRC nº 06/2017);
- Implantar salas de apoio à amamentação para as mulheres trabalhadoras que amamentam nas repartições públicas municipais e encorajar sua implementação em locais de trabalho de outras esferas do governo e a esfera privada, além de em locais com grande circulação de mulheres trabalhadoras informais que amamentam;
- Implementar leis municipais que garantam o direito de a mulher amamentar em qualquer espaço, seja público ou privado.
- Criar e fomentar o uso de plataforma online para identificação e avaliação da qualidade de espaços e equipamentos públicos, comunitários e sociais que possam ser utilizados para a prática de atividade física;

- 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;
- Criar “ruas de lazer” (ruas abertas aos pedestres) por, pelo menos, um dia da semana para a prática de atividade física e esportes;
- Investir na construção e manutenção de calçadas e ciclovias, priorizando espaços de maior vulnerabilidade social;
- Priorizar áreas de maior vulnerabilidade social para o investimento em estrutura adequada para a prática de atividade física;
- Investir na adaptação e adequação de equipamentos de atividade física para crianças com obesidade.

9 COMO SERÁ O FINANCIAMENTO?

O Ministério da Saúde investirá recursos orçamentários para apoiar a implementação das ações previstas no Proteja, a cada ciclo anual da estratégia, mediante a Portaria XX. O repasse será calculado considerando os municípios que realizaram adesão no Sistema de Adesão no portal e-Gestor e o número de crianças menores de 10 anos residentes no município.

No primeiro ano, o incentivo financeiro instituído pela Portaria X conforme descrito no Art. 5º, será repassado integralmente aos municípios após a habilitação da adesão. O segundo e o terceiro repasse serão realizados após avaliação de desempenho 12 (doze) e 24 (vinte e quatro) meses após a habilitação da adesão, em 2022 e 2023, respectivamente. O desempenho dos municípios irá considerar o incremento dos indicadores previstos no Art. 7º da Portaria XX, conforme orientado na ficha de qualificação dos indicadores no Apêndice A.

10 COMO O MINISTÉRIO DA SAÚDE VAI MONITORAR AS AÇÕES DO PROTEJA?

Todas as ações do Proteja serão monitoradas pelo Relatório Anual de Gestão (RAG) ou pelos sistemas já disponíveis nos Sistemas de Informações da Atenção Primária, entretanto, para avaliação de desempenho para repasse financeiro, será considerado qualquer incremento alcançado pelos municípios nos seguintes indicadores acompanhados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN e no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB:

- I - Número de crianças com estado nutricional (peso e altura) avaliado;
- II - Número de crianças com práticas alimentares (marcadores de consumo alimentar) avaliadas; e
- III - Número de atendimentos individuais para problema ou condição avaliada

obesidade em crianças.

A linha de base para monitoramento do desempenho do município, segundo os indicadores acima descritos, considerará o ano de 2020. Recomenda-se que os responsáveis pelo monitoramento das ações de alimentação e nutrição do município busquem as informações da sua linha de base para prever o seu desempenho ao longo da implementação da estratégia.

O monitoramento desses indicadores será realizado a cada 12 (doze) meses após a transferência do incentivo financeiro federal, durante 2 anos, consecutivamente. As ações do Proteja que não estiverem disponíveis nos sistemas de informações para monitoramento, devem ser inseridas no RAG do município de acordo com as orientações previstas no *Manual Instrutivo para os Gestores*.

No apêndice A, encontra-se a ficha de qualificação daqueles indicadores que incidem sobre o repasse da segunda e terceira parcelas do recurso.

11 IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES

O Ministério da Saúde e a instituição parceira (Universidade Federal de Alagoas - UFAL) apoiarão a implementação das ações nos municípios por meio da realização de oficinas de trabalho que orientarão quanto à elaboração do plano de ação do Proteja e à identificação dos principais atores, rede de apoio e equipamentos que podem contribuir para a execução e monitoramento das ações.

Além do apoio da gestão federal e estadual, outros atores como Universidades e sociedade civil, por exemplo, poderão apoiar a implementação das ações do Proteja nos municípios, desde que respeitem as regras de prevenção de conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS

1. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Transforming food systems for affordable healthy diets. Rome, FAO, 2020.
2. Scrinis G. Reframing malnutrition in all its forms: A critique of the tripartite classification of malnutrition. *Global Food Security*. 2020;26(100396).
3. Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020;396(10258): 1223–1249.
4. Katzmarzyk PT, Friedenreich C, Shiroma EJ, Lee IM. Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries. *Br J Sports Med*. 2021;bjsports-2020-103640.
5. Silveira JAC, Colugnati FAB, Cocetti M, et al. Tendência secular e fatores associados ao excesso de peso entre pré-escolares brasileiros: PNSN-1989, PNDS-1996 e 2006/07. *J. Pediatr*. 2014;90(3): 258-266.
6. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos. Rio de Janeiro, 2010.
7. Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Relatórios públicos do Sisvan. Brasília: 2020. [acesso em julho de 2020]. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>.
8. Felisbino-Mendes MS, Cousin E, Malta DC, et al. The burden of non-communicable diseases attributable to high BMI in Brazil, 1990–2017: findings from the Global Burden of Disease Study. *Popul Health Metrics* 2020;18.
9. Nilson EAF, Andrade RDCS, de Brito DA, et al. Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Rev Panam Salud Publica*. 2019; 10(44):e32.
10. Shekar M, Popkin P. Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge. *Human Development Perspectives*; Washington, DC: World Bank, 2020.
11. Kartiosuo N, Ramakrishnan R, Lemeshow S, et al. Predicting overweight and obesity in young adulthood from childhood body-mass index: comparison of cutoffs derived from longitudinal and cross-sectional data. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2019;3(11): 795-802.
12. WHO - World Health Organization. Overweight and obesity. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

13. OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies. Paris, 2019.
14. Browne NT, Snethen JA, Greenberg CS, et al. When Pandemics Collide: The Impact of COVID-19 on Childhood Obesity. *J Pediatr Nurs*. 2021;56:90-98.
15. An R. Projecting the impact of the coronavirus disease-2019 pandemic on childhood obesity in the United States: A microsimulation model. *J Sport Health Sci*. 2020;9(4):302-312.
16. Ammar A, Brach M, Trabelsi K, et al. Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*. 2020;12(6):1583.
17. Davison KK, Birch LL. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obes Rev*. 2001; 2(3):159-171.
18. Smith JD, Egan KN, Montañó Z, et al. A developmental cascade perspective of paediatric obesity: a conceptual model and scoping review. *Health Psychol Rev*. 2018;12(3):271-293.
19. St George SM, Agosto Y, Rojas LM, et al. A developmental cascade perspective of paediatric obesity: A systematic review of preventive interventions from infancy through late adolescence. *Obes Rev*. 2020;21(2):e12939.
20. Deal JB, Huffman MD, Binns H, Stone NJ, Perspective: Childhood Obesity Requires New Strategies for Prevention, *Advances in Nutrition*. 2020;00:1-8.
21. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2019; 393(10173):791-846.
22. WHO - World Health Organization. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. WHO: Geneva, 2017.
23. Danielli S, Coffey T, Ashrafian H, Darzi A. Systematic review into city interventions to address obesity. *EClinicalMedicine*. 2021;32:100710.
24. Sargent, GM, Pilotto, LS, Baur, L. A. Components of primary care interventions to treat childhood overweight and obesity: a systematic review of effect. *Obe Rev*, 2011;12(5):e219-e235.
25. Organização Pan-Americana de Saúde. Plano de ação para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. OPAS, 2014.
26. Ash T, Agaronov A, Young T, Aftosmes-Tobio A, Davison KK. Family-based childhood obesity prevention interventions: a systematic review and quantitative content analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):113. 29.
27. Jebeile H, Gow ML, Baur LA, Garnett SP, Paxton SJ, Lister NB. Treatment of obesity, with a dietary component, and eating disorder risk in children and adolescents: A systematic review with meta-analysis. *Obes Rev*. 2019;20(9):1287-1298.

28. Jones HM, Al-Khudairy L, Melendez-Torres GJ, Oyebode O. Viewpoints of adolescents with overweight and obesity attending lifestyle obesity treatment interventions: a qualitative systematic review. *Obes Rev.* 2019;20(1):156-169.
29. Mead E, Brown T, Rees K, et al. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6(6):CD012651.
30. O'Connor EA, Evans CV, Burda BU, Walsh ES, Eder M, Lozano P. Screening for obesity and intervention for weight management in children and adolescents: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2017;317:2427-2444.
31. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, et al. WITHDRAWN: Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;3(3):CD001872.
32. Pfeiffle S, Pellegrino F, Kruseman M, et al. Current Recommendations for Nutritional Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents: A Structured Framework. *Nutrients.* 2019;11(2):362.
33. Psaltopoulou T, Tzanninis S, Ntanasis-Stathopoulos I, et al. Prevention and treatment of childhood and adolescent obesity: a systematic review of meta-analyses. *World J Pediatr.* 2019;15(4):350-381.
34. Rajjo T, Mohammed K, Alsawas M, et al. Treatment of Pediatric Obesity: An Umbrella Systematic Review. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102(3):763-775.
35. Gortmaker, SL. et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *The Lancet.* 2011; 378(9793):838-847.
36. United Nations Children's Fund (UNICEF). *The State of the World's Children 2019. Children, Food and Nutrition: Growing well in a changing world.* UNICEF, New York, 2019.
37. Williamson, C., Baker, G., Mutrie, N. et al. Get the message? A scoping review of physical activity messaging. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2020, 51.

APÊNDICE A - FICHA DE QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO DA PORTARIA XX

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR - ACOMPANHAMENTO DO ESTADO NUTRICIONAL

Título	Número de crianças menores de 10 anos com estado nutricional (peso e altura) registrado nos Sistemas de Informação da Atenção Primária.
Meta	Aumentar o número de crianças menores de 10 anos com estado nutricional (peso e altura) registrado nos Sistemas de Informação da Atenção Primária.
Interpretação (O que mede?)	O indicador permite monitorar o acompanhamento do estado nutricional das crianças na APS, possibilitando o diagnóstico precoce e intervenção oportuna.
Uso (Para que fim?)	Esse indicador representa os esforços empreendidos por profissionais e gestores da APS no enfrentamento da obesidade e do excesso de peso na população brasileira, tendo em vista que o monitoramento do peso está entre as estratégias mais efetivas para a prevenção e o cuidado à obesidade infantil. A coleta de dados antropométricos contribui para a produção de informações que subsidiam a análise, a decisão, a construção e a avaliação das estratégias necessárias em âmbito individual e coletivo para a organização da atenção e do cuidado às crianças com obesidade no serviço de saúde e no território.
Fonte	Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan).
Fórmula de Cálculo	Número de crianças menores de 10 anos com estado nutricional (peso e altura) registrado nos Sistemas de Informação da Atenção Primária, no município e ano.

continua

continuação

<p>Como registrar?</p>	<p>Na APS, os registros do estado nutricional e dos marcadores do consumo alimentar devem ser feitos no e-SUS APS ou no Sisvan. O detalhamento sobre a implantação e a operacionalização desse sistema está disponível em http://aps.saude.gov.br/</p> <p>. Para o registro dos dados de peso e estatura, é possível utilizar as seguintes fichas: Ficha de Atendimento Individual, Ficha de Atividade Coletiva e/ou Ficha de Visita Domiciliar e Territorial, disponíveis em http://aps.saude.gov.br/ape/esus/documentos/ fichas. Outra possibilidade é utilizar o formulário de acompanhamento nutricional do Sisvan, disponível em http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/documentos. Para as crianças do Programa Bolsa Família, o registro dos dados de peso e estatura também pode ser feito no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde (Sistema BFA), acessível pelo https://bfa.saude.gov.br/</p> <p>. Os dados de antropometria registrados no próprio Sisvan, no e-SUS APS ou no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde são consolidados nos relatórios de estado nutricional do Sisvan, que é o sistema de gestão das informações de VAN da população atendida na APS. Esses dados podem ser observados nos relatórios públicos do Sisvan, disponíveis em http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/</p> <p>.</p> <p>A avaliação do estado nutricional das crianças deve seguir as recomendações dos seguintes documentos: <i>Orientações para Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde – Normas Técnicas do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan</i>, publicado pelo Ministério da Saúde, disponível aqui: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf</p> <p>; e <i>Marco de Referência da VAN na Atenção Básica</i>, no link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf</p>
<p>Procedimento de Cálculo</p>	<p>1º passo: Acessar o link dos relatórios de produção do Sisvan, disponível em http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/</p> <p>2º passo: Clicar em “Relatórios Públicos do Sisvan” e, em seguida, clicar em “Estado Nutricional-selecionar relatório”. Indicar o “Ano e Mês de Referência/ Unidade Geográfica”. Na opção “Fase da vida”, selecionar “criança”. Na opção “Idade”, selecionar a faixa etária (serão necessários dois relatórios: de 0 a <5 anos e de 5 a <10 anos). Selecionar “IMCidade” em “Índice”. E clique na opção “Ver em Tela”. Nesse momento serão computados todos os registros de crianças menores de 10 anos que tiveram pelo menos um acompanhamento de estado nutricional (medida de peso e altura) na respectiva UF e competência (mês e ano de avaliação).</p>

conclusão

Unidade de Medida	Número de crianças menores de 10 anos de idade com estado nutricional (peso e altura) registrado.
Índice de Referência	Número total de crianças menores de 10 anos que tiveram pelo menos um acompanhamento de estado nutricional (medida de peso e altura) no ano.
Ano do Índice de Referência	2020
Meses de Competência	De janeiro a dezembro
Periodicidade de Mensuração	Anual

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR - ACOMPANHAMENTO DOS MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR

Título	Número de crianças menores de 10 anos com práticas alimentares (marcadores de consumo alimentar) ¹ registradas nos Sistemas de Informação da Atenção Primária.
Meta	Aumentar o número de crianças menores de 10 anos com práticas alimentares (marcadores de consumo alimentar) registradas nos Sistemas de Informação da Atenção Primária.
Interpretação (O que mede?)	O indicador permite monitorar o acompanhamento dos marcadores de consumo alimentar das crianças menores de 10 anos de idade na APS, permitindo a identificação de fatores de risco e proteção à saúde relacionados à alimentação para direcionar o melhor acompanhamento e intervenções de cada indivíduo e coletividade.
Uso (Para que fim?)	Esse indicador representa os esforços empreendidos por profissionais e gestores da APS no enfrentamento da obesidade e do excesso de peso na população brasileira, tendo em vista que a avaliação dos marcadores do consumo alimentar possibilita o diagnóstico e o acompanhamento da situação alimentar e nutricional da população do território, embasando as decisões e ações que devem ser priorizadas pelo gestor municipal no seu planejamento anual de saúde e pelos profissionais de saúde para a organização do cuidado e da atenção nutricional no território.
Fonte	Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan).

continua

conclusão

Fórmula de Cálculo	Número de crianças menores de 10 anos com práticas alimentares (marcadores de consumo alimentar) registradas nos Sistemas de Informação da Atenção Primária, no lugar e ano.
Como registrar?	O formulário para avaliação dos marcadores do consumo alimentar apresenta três blocos de questões diferenciados da seguinte forma: o primeiro bloco abrange crianças menores de 6 meses; o segundo contém perguntas para crianças de 6 meses a menos de 2 anos; e o último pode ser utilizado para avaliar crianças com 2 anos de idade ou mais, adolescentes, adultos, idosos e gestantes. A utilização do formulário para registro dos marcadores de consumo alimentar deve seguir as recomendações contidas no documento <i>Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica</i> , disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf . Na APS, a avaliação dos marcadores do consumo alimentar pode ser realizada no Sisab e no Sisvan, por meio de formulário que permite a identificação de fatores de risco e proteção à saúde relacionados à alimentação para direcionar o melhor acompanhamento e as intervenções de cada indivíduo e coletividade. Esse formulário está disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha_marcadores_alimentar_v3_2.pdf . Ressalta-se que todos os registros individualizados com a devida identificação com o Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF), tanto no Sisab quanto no Sistema BFA, são integrados à base nacional do Sisvan, sendo possível observar os indicadores de saúde e nutrição em http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/ .
Procedimento de Cálculo	1º passo: Acessar o link dos relatórios de produção do Sisvan, disponível em https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriogestao/index 2º passo: Clicar em “Consumo alimentar - selecionar relatório”. Na opção “Tipo de relatório”, selecione a opção “relatório de cobertura”. Indicar o “Ano e Mês de Referência/ Unidade Geográfica”. Em “Acompanhamentos registrados”, selecione a opção “todos”. Em seguida, clique na opção “Gerar Tela”. Nesse momento serão computados todos os registros de indivíduos de todas as faixas etárias que tiveram pelo menos um acompanhamento de consumo alimentar, na respectiva UF e competência (mês e ano de avaliação). Para monitoramento, considerar o somatório da quantidade de crianças menores de 10 anos com registros dos marcadores de consumo.
Unidade de Medida	Número de crianças menores de 10 anos de idade com marcadores de consumo alimentar registrado.
Índice de Referência	Número total de crianças menores de 10 anos de idade que tiveram pelo menos um acompanhamento de marcadores do consumo alimentar por ano.
Ano do Índice de Referência	2020
Meses de Competência	De janeiro a dezembro
Periodicidade de Mensuração	Anual

¹ O acompanhamento de pessoas quanto aos marcadores do consumo alimentar é entendido como a avaliação de todas as perguntas acerca do consumo de alimentos no dia anterior, conforme proposto para cada idade. Desse modo, os marcadores variam conforme a idade, mas são consideradas somente as pessoas com a avaliação de todas as perguntas no formulário recomendado pelo MS.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR - ATENDIMENTO INDIVIDUAL PARA O PROBLEMA OU CONDIÇÃO AVALIADA COMO OBESIDADE

Título	Número de atendimentos individuais de crianças menores de 10 anos para problema ou condição avaliada como “obesidade”.
Meta	Aumentar o número de atendimentos individuais de crianças menores de 10 anos para problema ou condição avaliada como “obesidade”.
Interpretação (O que mede?)	O indicador permite monitorar a oferta de atendimento individual para as crianças identificadas com obesidade na APS, com o devido manejo para essa condição e as suas complicações decorrentes.
Uso (Para que fim?)	Esse indicador representa os esforços empreendidos por profissionais e gestores da APS no enfrentamento da obesidade e do excesso de peso na população brasileira, revelando os esforços necessários para o atendimento multiprofissional, o fortalecimento de ações para promoção da alimentação adequada e saudável e a prática de atividades físicas.
Fonte	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab).
Fórmula de Cálculo	Número de atendimentos individuais por problema/condição avaliada como obesidade em crianças menores de 10 anos, no município e ano.

continua

continuação

Como registrar?	<p>As crianças identificadas com obesidade precisam passar por consulta individualizada na APS. A intervenção e o cuidado das crianças identificadas com obesidade devem ser registrados na ficha de atendimento individual do e-SUS AB (http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha_atendimento_individual_v3_2.pdf)</p> <p>Na ficha, é fundamental registrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) CNS do profissional de saúde; b) CNS do cidadão, data de nascimento, sexo da criança identificada com obesidade a ser atendida; b) peso e altura (avaliação antropométrica); c) problema/condição avaliada: obesidade ou CIAP (T82) ou CID 10 (E66, E660, E661, E662, E668, E669) d) conduta/desfecho. <p>Apenas se o profissional marcar na ficha que o problema ou condição avaliada é obesidade (também considerando CIAP ou CID, conforme descrito acima) é que esse atendimento será contabilizado no monitoramento das ações preconizadas pelo Proteja.</p>
Procedimento de Cálculo	<p>1º passo: Acessar o link dos relatórios de produção do Sisab, disponível em https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/federal/saude/RelSauProducao.xhtml</p> <p>2º passo: Indicar a “Unidade Geográfica” e a “Competência” de interesse. Na opção “Linha/Coluna”, selecionar “Probl/Condição Avaliada” no campo “Linha do Relatório”. E na opção “Tipo de Produção: Atendimento individual”, selecionar a opção “Obesidade” para “Problema/Condição Avaliada”. No Filtro por “Faixa etária”, preencher a faixa etária para avaliação (de 0 a 10) e selecionar a opção “Ano”. Clique na opção “Ver em Tela” ou “Download”. Nesse momento serão computados todos os atendimentos individuais realizados em crianças menores de 10 anos de idade na APS em que a condição avaliada foi obesidade, na respectiva UF e competência (mês e ano de avaliação).</p>
Unidade de Medida	Número de atendimentos.
Índice de Referência	Número de atendimentos individuais por problema/condição avaliada como obesidade em crianças menores de 10 anos.
Ano do Índice de Referência	2020

conclusão

Mês de Competência	De janeiro a dezembro
Periodicidade de Mensuração	Anual

Então, vamos juntos prevenir a obesidade infantil?

PROTEJA

Um país unido para deter o avanço da obesidade infantil

DISQUE SAÚDE **136**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL