

▪ Debate 21/10/2014

Obesidade e os Impactos no Sistema de Saúde

MODERADOR

Álvaro Escrivão Junior

FGV-EAESP

NÓS TEMOS A

satisfação de ter hoje dois convidados que nos farão um apanhado sobre um problema que nos preocupa muito: a humanidade toda está ganhando peso continuamente, parando de fazer qualquer tipo de atividade física e alimentando-se mal. As consequências têm sido realmente bastante complicadas para a área da saúde.

Eu gostaria de rapidamente destacar alguns pontos antes de iniciarmos as apresentações. Primeiro, as consequências da obesidade, como os problemas de lombalgia, os joelhos que também sofrem muito e, até mesmo, a questão da segurança. A propósito, recentemente eu li uma matéria informando que as seguradoras americanas de automóveis agora estão levando em consideração o Índice de Massa Corpórea (IMC) dos segurados porque o número de acidentes de trânsito com obesos é maior do que entre a população em geral, pois eles usam menos o cinto de segurança.

Segundo, as questões ligadas ao estilo de vida. Existe uma construção social desses comportamentos, tais como o tabagismo e outros fatores de risco, não sendo uma mera escolha pessoal. Ou seja, quando a construção é social, para desconstruir tem que ser também social. Eu queria destacar, então, a necessidade de se pensar estes riscos em termos coletivos e enfrentá-los com políticas públicas eficientes.

Terceiro, a relação da obesidade com o nível socioeconômico. Os alimentos

diet, as coisas mais naturais, muitas vezes possuem preço superior aos alimentos no geral. Então, na verdade, essas coisas precisam ser colocadas à disposição das pessoas. Se elas não tiverem acesso a uma alimentação de boa qualidade, não puderem fazer exercício, elas vão continuar sendo obesas, etc.

E, para finalizar, existe uma discussão que precisa ser feita, que é o acesso à informação, à orientação, o direcionamento ao paciente. Por exemplo, não há necessidade de fazer cirurgia bariátrica se a pessoa não entender que a cirurgia bariátrica é um pequeno recurso para enfrentar a obesidade.

Para falar sobre como está esse problema no mundo e no Brasil, convidamos o professor Paulo Andrade Lotufo, que é um médico formado na Universidade de São Paulo, com residência em clínica, especialização em administração hospitalar pela FGV, mestrado e doutorado em saúde pública, pós-doutorado em epidemiologia pela USP e pós-doutorado em epidemiologia pela Harvard Medical School. É professor titular de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da USP, coordenador do mais

importante estudo sobre saúde do adulto aqui em São Paulo – e um dos mais importantes do Brasil, o ELSA, Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto – e também diretor do Centro de Pesquisa Clínica e Epidemiológica da USP.

Depois, nós temos a satisfação de ter aqui a Patrícia Constante Jaime, que nos apresentará o que o Ministério da Saúde tem feito em relação à obesidade. Ela é graduada em nutrição pela Universi-

dade Federal de Goiás. Tem mestrado e doutorado em saúde pública pela USP, pós-doutorado pelo Núcleo de Pesquisa, Epidemiologia e Nutrição, o Nupens, da USP, e pela London School of Hygiene and Tropical Medicine, do Reino Unido, é livre docente pela USP e bolsista do CNPQ. Desde março de 2011 está com um desafio superimportante na área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde, da qual é coordenadora geral.

■ Obesidade e os Impactos no Sistema de Saúde - Debate 21/10/2014

O MEU OBJETIVO

aqui não é expor certezas, mas apresentar algumas perguntas e abrir o debate sobre o tema obesidade. Nós sempre declaramos os conflitos de interesse relativos ao tema da palestra. Neste momento, não tenho nada a declarar, mas proporia a vocês também uma declaração de interesses, no caso de uma epifania, um estalo, e eu descobrir a causa da obesidade e de seu tratamento. Se isso ocorrer, sairei daqui imediatamente e irei para os Estados Unidos patentear a ideia e montar uma empresa. E aviso que é bom vocês apaguem todo o registro de presença nesta conferência porque, se comprarem ações dessa empresa, vocês terão problemas com o órgão regulador americano. Esse evidente exagero é para deixar bem claro que não abordaremos novidade relativa ao tratamento da obesidade. Mas, vamos aos fatos.

aqui não é expor certezas, mas apresentar algumas perguntas e abrir o debate sobre o tema obe-

PALESTRANTE

Paulo Andrade Lotufo

Centro de Pesquisa Clínica e Epidemiológica da Universidade de São Paulo

Há uma lei da termodinâmica que traduz principalmente o equilíbrio entre consumo e ingestão. A lei funciona, na fase adulta, na fase estável, mas na infância, puberdade, gravidez, puerpério, ela faz com que a ingestão seja maior que o consumo. E essa lei termodinâmica acaba levando a um reducionismo religioso bastante interessante. A obesidade consegue ter dois pecados capitais ao mesmo tempo: a gula e a preguiça.

Ao discutir obesidade, um dos grandes problemas é a questão moral existente em todos nós, já que os sete pecados capitais não são exclusividade da cristan-

dade. Eles têm outras formas de expressão em outras culturas e outras religiões. Trabalhamos muito com essa questão, considerando que, na verdade, existe um pecador. Na realidade, nada disso se traduz em fatos concretos e comprováveis: a razão da obesidade não está no indivíduo, mas em grande parte na sociedade que ele habita.

Qual o significado prático quando falamos hoje de obesidade? Há um sentido estético e um clínico, que são a lombalgia, a artrose nos joelhos, as varizes e a apneia do sono, e um terceiro, epidemiológico, que é o risco aumentado entre

pessoas obesas do diabetes, hipertensão, dislipidemia, com o conseqüente impacto na mortalidade geral.

A questão estética é meramente cultural e muda com o tempo. Temos um quadro renascentista e uma pessoa mimetizando a famosa Twiggy, que foi a primeira modelo magérrima nos anos 60. É uma questão da cultura e de gosto que varia conforme a época.

Em termos de efeitos da obesidade com danos mecânicos, ao se comparar quem está acima do peso com quem está abaixo do peso ideal, aqueles com excesso de peso têm 40% mais chance de procurar um médico, 38% de ter dor contínua e 35% de faltar no trabalho por lombalgia. A obesidade e o peso envolvem uma questão de qualidade de vida inegavelmente importante e, dependendo da abordagem, têm um significado prático muito importante. Mas essa nunca foi a grande preocupação em termos populacionais.

Os primeiros dados científicos sobre obesidade de que se tem notícia datam dos idos de abril de 1957. Ou seja, um conhecimento muito grande e muito antigo. Na verdade, é muito mais antigo ainda, já que nos anos 1920, as empresas de seguro americanas já tinham identificado que a mortalidade precoce era maior em pessoas acima do peso à época considerado ideal. Em termos de mortalidade geral, temos um aumento progressivo. Se utilizarmos como referência o Índice de Massa Corpórea (IMC) de 22,5 a 24 kg/m², constatamos o aumento progressivo da mortalidade quanto maior for o índice, ajustando a todos os outros fatores.

Se nos perguntarmos o quê afinal de contas estamos discutindo e fazendo aqui, temos o fato incontestável do aumento da obesidade. Mas temos algumas questões importantes, como a de verificar se a aferição da obesidade é perfeita.

No final dos anos 1970 a porcentagem do peso ideal era a de uma tabela americana. No início do século XIX, Adolphe Quételet, um matemático belga fez o que todo mundo sabe: o peso dividido pelo quadrado da altura. Essa é uma equação dele. Faço questão de frisar que Quételet

era belga, pois os belgas detestam quando são confundidos com franceses.

E vários outros indicadores de obesidade foram testados e existem. Alguns são até melhores, mas com os que usam raiz cúbica, por exemplo, fica meio difícil de trabalhar.

E o IMC foi ganhando uma popularidade muito grande a partir do final dos anos 1980 e início dos 1990. Vários artigos científicos começaram a mencioná-lo e se popularizou de tal forma que, um dia, abri a revista *Claudia* e lá estava: como calcular o IMC. E temos as categorias que muitos conhecem. Menos que 18,5, basicamente; 18,5 a 24, que seria o ideal; sobrepeso; obesidade I, obesidade II e a obesidade mórbida.

É um bom indicador? Sim, porque é o indicador mais fácil que existe para ser aplicado. Para estudos epidemiológicos é muito fácil porque basta utilizar recursos como uma balança daquelas de banheiro, colocar a pessoa encostada na parede, marcar ali, puxar uma fita, nem precisa de estadiômetro. É possível trabalhar em qualquer lugar, em qualquer condição. O único lugar em que não se conseguiu calcular o IMC foi na floresta amazônica, com os ianomâmis, porque a cultura daquela nação indígena impede que se meçam as pessoas, porque seria fonte de má sorte. Mas no mundo inteiro se conseguiu fazer isso.

Ele é mais um dos marcadores da adiposidade. O grande problema do IMC é que ele não distingue componentes como músculos, ossos, gordura subcutânea e gordura visceral, não faz essa distinção. E nós temos circunferência abdominal, do quadril; pregas cutâneas; circunferência do pescoço; ultrassonografia do fígado para verificar esteatose; ecocardiograma para gordura epicárdica; tomografia do aumento, que talvez seja, do ponto de vista cardiometabólico, o exame mais interessante; densitometria corpórea, a técnica de água duplamente marcada, que é o padrão ouro; e por aí vai. Com certeza existem várias outras formas de verificar a adiposidade para avaliar melhor. Mas o IMC é o melhor instrumento disponível.

Para o cálculo do risco metabólico, a fórmula mais comum é a da síndrome metabólica. Nós não utilizamos o IMC, utilizamos a circunferência abdominal. Porque a circunferência abdominal é a que mais se aproxima daquilo que, do ponto de vista cardiometabólico, nos interessa, que é a gordura visceral. Ao todo, temos circunferência abdominal, pressão arterial, triglicérides, glicemia e fração HDL do colesterol.

Para comprovar tudo o que dissemos desde o início, há um estudo recente – do qual tive a oportunidade de participar como um dos autores – que mostra o aumento do sobrepeso e da obesidade, a obesidade em adultos e na faixa dos dois aos 19 anos. O aumento é significativo tanto nos chamados países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. O aumento é praticamente geral no mundo inteiro.

E eu resalto aqui três estudos no Brasil que indicam a evolução histórica do sobrepeso, da obesidade, déficit de peso: o Estudo Nacional de Despesa Familiar (Endef), dos anos 70; a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989; e a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2002/2003. Nos três estudos de base populacional houve um aumento do percentual da população com excesso de peso: 18,5%, 29,5% e 41% nos homens; nas mulheres, 28%, 40%, 39%. E a obesidade também: nos homens, 28%, 51%, 88; nas mulheres: 7%, 8%, 12,8/12,7.

Não sei se alguém aqui conhece o Vigitel, ou participa desse programa de monitoramento por inquérito telefônico de fatores de risco e proteção para doenças crônicas. É um programa que se iniciou na Faculdade de Saúde Pública e depois foi incorporado ao Ministério da Saúde. Eu também participei desde o início. Foi uma cópia muito bem feita de um programa do Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC), e muito bem adaptado. O Ministério o implementa todo ano, e muito bem. São feitos telefonemas aleatoriamente para 26 capitais e Distrito Federal, consultando a população, e o pesquisador pergunta sobre o peso, se foi no médico, se fuma, se

parou de fumar, se faz exercício. São várias perguntas. Quem botar no Google a palavra Vigitel, vai encontrar tudo lá, são vários calhamaços.

Quando olhamos o mundo, existem diferenças. Os Estados Unidos estão entre os campeões de obesidade. Temos a Arábia Saudita, o Egito, a Líbia também. Seria interessante ver porque esses países têm uma prevalência tão grande de obesidade. E o Brasil está aí também, no pelotão do meio, mas avançando bastante.

A principal questão é a seguinte: e daí que a obesidade está aumentando? E daí? Bom, no ano 2000 escrevi que o aumento da obesidade no Brasil ia levar a um aumento da mortalidade cardiovascular. E o ilustre vidente aqui foi bastante ouvido. Muita gente comentou: “nossa, preocupante. Vamos ter um pico mesmo de mortalidade porque o diabetes vai aumentar, e a letalidade do diabetes”. Todo mundo veio falar comigo, até fiquei envaidecido. E a minha previsão foi sensacional, pois aconteceu exatamente o contrário. Justamente, quando falei que ia ter um aumento, a mortalidade cardiovascular no Brasil não só caiu, como a queda se acelerou.

Então, primeiramente, uma lição para todos: não façam previsões. E é interessante porque essa era uma ideia que muita gente tinha, muita gente me citou. Mas não aconteceu. Então, aí é que está o primeiro ponto. É preciso tomar um certo cuidado ao falar que o IMC está aumentando porque o impacto dele naquilo que a gente considera como o mais relevante, as doenças cardiovasculares, não aconteceu. Alguém pode responder com a piada do McDonald's, quando era a aspirina que servia para prevenção de infarto: “eu quero um *Triple Burger*, um *milk-shake* e uma aspirina”. Agora, é uma aspirina e uma estatina. Talvez, possa ter acontecido isso. As pessoas tiveram mais doenças, mas o tratamento foi muito bom. São várias as explicações de que podemos dispor.

Mas vamos, então, estudar a questão. E eu paro aqui para fazer propaganda do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto – o ELSA Brasil. Tínhamos inúmeros estudos no mundo inteiro tentando avaliar

os fatores de risco cardiovascular. E o Framingham Heart Study é o mais famoso. E nós colocamos o ELSA Brasil para estudar com mais detalhes por que razão, afinal de contas, pode haver aumento da prevalência da obesidade e redução do risco de mortalidade cardiovascular.

No ELSA Brasil, temos 15.105 pessoas que estamos seguindo desde 2008. São pessoas de 35 a 74 anos para as quais fizemos toda a parte antropométrica, fisiológica e bioquímica nesse período. Estamos acabando agora o segundo exame e preparando o terceiro para 2016 e 2017. Quais dados o ELSA Brasil tem para mostrar? O ELSA Brasil é uma coorte de sobrepeso. Para quem não sabe, coorte vem do latim cohorts, que eram as subdivisões da legião romana. Então a primeira coorte lá na frente ficava dando paulada no inimigo, aí tocava o som, eles iam para trás, entrava a segunda. São sequências de pessoas. Nesse estudo temos dois terços de pessoas com sobrepeso/obesidade. Temos 1% de pessoas com obesidade, homens com obesidade mórbida e mulheres com obesidade mórbida. Esse é o nosso quadro.

Quando vimos isso, achamos que a nossa população avaliada era muito distante da brasileira. Quase todos os dados do Vigitel e o outro estão mostrando que isso aqui está se aproximando muito. O

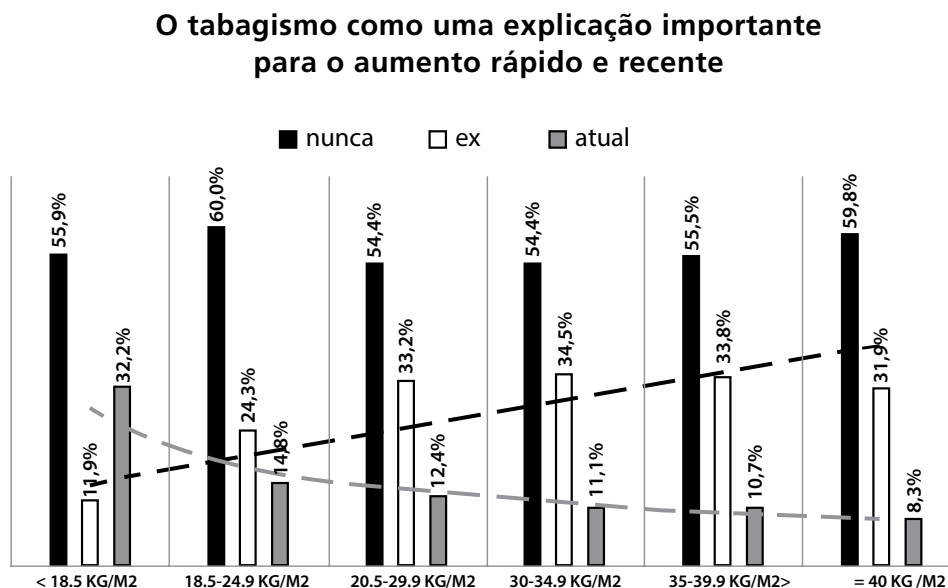
nosso resultado em relação à raça mostra que os asiáticos são muito mais magros e têm uma proporção de pessoas com obesidade relativamente pequena. Em oposição, temos os negros. Os negros têm na nossa coorte uma frequência maior de obesidade ou de valores de IMC, se fôssemos um pouco mais radicais. Mas não existe diferença entre pardos e negros no aumento da proporção.

Como o ELSA Brasil tenta explicar o aumento recente e rápido da obesidade? Uma teoria da qual eu sou um dos defensores é que tal como acontece com as pessoas, acontece com as sociedades também. Nós éramos uma sociedade tabágica (figura 1). Na época em que eu fiz o curso de administração da FGV todo mundo fumava, professor fumava, aluno fumava aqui na sala. Hoje ninguém mais se imagina fumando neste prédio ou arredores.

Se vocês olharem a curva do gráfico, verão que em preto temos a proporção de quem nunca fumou em termos de Índice de Massa Corpórea. Em branco, tenho o número de ex-fumantes. Os ex-fumantes são mais obesos, é uma proporção muito maior. E os atuais fumantes, os que continuam sendo fumantes, são mais magros.

Uma hipótese que a gente pode ter em relação à população brasileira é que o aumento seria porque uma proporção im-

Figura 1.



portante parou de fumar rapidamente. E isso realmente aconteceu. Num período de 15 anos houve uma queda importante do tabagismo e um aumento dos ex-fumantes. O Vigitel mostrou isso também. Então, no Brasil poderíamos dizer que o peso está aumentando por causa dos ex-fumantes. Mas essa ideia não consegue se sustentar em praticamente nenhum outro lugar porque o tabagismo está crescendo na África, na Ásia, e a obesidade também. Ou seja, existe uma possibilidade de que seja isso, mas não é a grande explicação.

Agora, vamos à questão mais importante, e que talvez seja a nossa grande discussão aqui. A lombalgia e outras afecções “a gente vai levando essa chama” como diria o poeta. A nossa grande preocupação é o risco cardiometabólico decorrente da obesidade. Mas aí temos uma situação que é a frequência da síndrome metabólica pelos estratos de Índice de Massa Corpórea. Vejam só: quem tem menos de 18,5 tem 8% de síndrome metabólica. Quem está com o peso ideal, 16%. Para quem está com sobrepeso, o índice salta para 43%. Para obesidade, 76%, obesidade I, 76%, e depois nós vamos chegar a valores de 86%.

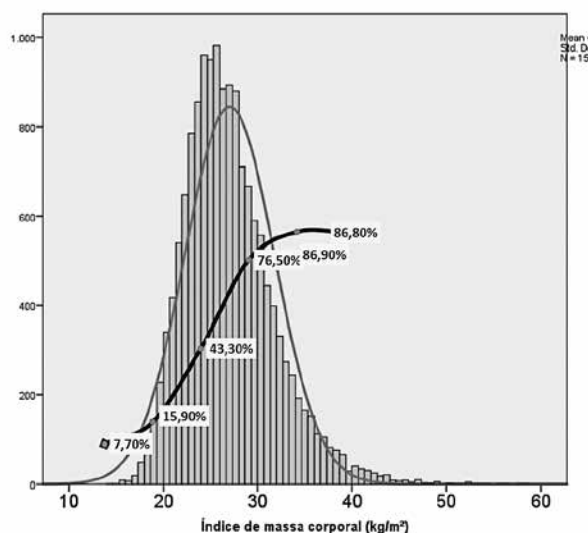
Está muito claro aqui que a carga de risco cardiometabólico está associada aos valores de IMC. Em seguida, você deve estar pensando assim: “caramba, o quê

que eu vim fazer aqui na FGV à noite? Ver uma pessoa me contar que a obesidade está aumentando e que está associada ao risco cardiometabólico?” Isso provavelmente já saiu em alguma entrevista da Claudia, alguma revista feminina ou qualquer outro veículo já devem ter comentado em seu portal.

O que eu quero tentar mostrar para vocês é que existe uma questão bastante diferente nessa abordagem.

Neste gráfico estão dados do ELSA Brasil. Eu mostro a distribuição do IMC e da prevalência de síndrome metabólica (figura 2). Embaixo temos valores diferentes. Tenho aqui uma distribuição da proporção que eu chamaria de prevalência, a frequência de obesidade, a proporção da síndrome metabólica como um todo e aqueles que estão sob risco. Vemos a totalidade das pessoas com síndrome metabólica, na cor azul. E na linha magenta a frequência de síndrome metabólica em cada estrato de Índice de Massa Corpórea. Se olharmos quem está com obesidade mórbida – o IMC acima de 40 –, vemos que 86,8% dessas pessoas têm síndrome metabólica. Só que elas representam 3,2% de toda amostra das pessoas com síndrome metabólica. Quem tem obesidade tipo II – de 35 a 40 –, corresponde a 10% de todas as pessoas que têm síndrome metabólica. Embora naquele

Figura 2.



estrato do IMC, 86% tenham síndrome metabólica. Essa é a grande questão.

Bom, e aí o que eu faço? Eu faço cirurgia bariátrica. Porque houve passeata. Houve o caso daquele cidadão que saiu andando do Rio Grande do Sul até Brasília pedindo que lhe operassem o estômago e fez um grande exercício para conseguir a cirurgia bariátrica pelo SUS. Tem todo esse movimento. Há uma pressão sobre o SUS para que pague cirurgia bariátrica, com o argumento de que é uma necessidade imperiosa.

Não vou discutir tratamento algum, não estou aqui para isso. Só quero observar que, quando estamos tratando da cirurgia bariátrica, estamos focando nos 13,1% de pessoas com síndrome metabólica e deixando de fora 86% das pessoas. Então toda atividade individual é extremamente limitada.

Alguém pode me perguntar: “o senhor está aqui para acabar com os cirurgiões bariátricos, endocrinologistas, nutricionistas?”. Não. Existe ação individual? Sim. Mas o impacto dela, em termos populacionais, em termos coletivos, é praticamente nulo. Por quê? Porque é uma coisa muito pequena o que fazemos. O que nós temos que fazer é alterar o posicionamento da frequência da curva de distribuição do IMC. Nós temos que pegar o IMC médio brasileiro, mundial e jogar para o outro lado. É isso o que temos que fazer.

E como vamos fazer? Isso é o que chamamos de estratégia populacional, um termo criado por Geoffrey Rose na *London School of Hygiene and Tropical Medicine* em Londres. Nós temos necessidade de envolver todos os setores da sociedade, e aí eu brinco dizendo que isso inclui até o Ministério da Saúde, porque há determinantes extra-saúde.

E por que isso está acontecendo? Qual é o problema extra-saúde? Sem nenhum comprometimento comercial da minha parte, indico dois livros. Um é do Robert Lustig, professor da Universidade da Califórnia, São Francisco, endocrinologista. Ele discute o aumento da ingestão de frutose nos produtos industrializados. Ele tem uma palestra no Youtube chamada Fructose 2.0, que deve estar lá

com uns 2 milhões de acessos, tão vista quanto o Porta dos Fundos. Tem uma visibilidade imensa.

E também o livro do Michael Moss. É um jornalista do New York Times que fez reportagens avassaladoras sobre a indústria alimentícia, fiquei horrorizado. É leitura que recomendo, já em edição brasileira. Por que isso daí? Pelo seguinte: para termos um enfoque populacional nós vamos ter que ter muita, muita força. Temos um problema com a indústria sucroalcooleira. Desde quando o pessoal do açúcar manda neste país? Respondo: desde 1532, aqui perto, em São Vicente, quando eles começaram a primeira plantação e, depois, o primeiro engenho. É assim, eles têm um certo poder em todos os lugares. No Estado de São Paulo, bastante. E só para vocês terem uma ideia, em 2004 existiu uma proposta para se ter somente no máximo 10% de açúcar livre na dieta. Após a invasão do Iraque, Luiz Inácio Lula da Silva e George W. Bush estavam em pontos opostos, mas concordaram imediatamente em contrariar esse posicionamento da comunidade acadêmica. No início era só o Brasil e Estados Unidos contra a proposta da limitação do açúcar. Porque a força do setor é muito grande.

Então, nós temos que discutir bem essa questão. Não quero vir aqui ficar batendo nessa tecla, mas com certeza a questão do açúcar é extremamente séria e merece muito mais estudo a respeito.

Os Estados Unidos consomem muito mais frutose, que é subproduto do milho. O milho é a coisa mais importante do ponto de vista político-estratégico nos Estados Unidos. Tanto que as primárias americanas começavam no Estado de New Hampshire e foram para o Estado de Iowa, que é o Estado do milho, porque eles já querem fazer a pressão nos pré-candidatos à presidência. O poder da indústria do milho nos Estados Unidos é imenso e a grande questão do milho é o xarope basicamente à base de frutose. Temos uma grande discussão específica sobre a ação da frutose. Mas a nossa sacarose, como nós aprendemos na química orgânica, é glicose mais frutose.

O enfoque populacional já está começando. No Rio de Janeiro já começou nas cantinas, com lei municipal. Tenho uma observação com relação a isso que vai deixar muitas pessoas arrepiadas. No enfoque populacional, se temos a indústria do açúcar e dos alimentos processados como grandes entraves, nós vamos ter que ganhar as redes de *fast-food*. Uau! Que horror!

A primeira pessoa que fez esse chamado foi Walter Willett, professor titular da Harvard, onde é o chefe do departamento de nutrição na escola de saúde pública. Há algum tempo, ele disse o seguinte: “acho que o McDonald’s pode...” Eu pensei: “meu Deus do céu, o que ele está fumando que eu não estou fumando aqui? Porque não é possível, um dos mais importantes epidemiologistas nutricionais!” Passados alguns anos, eu estava no interior do Alaska, interior mais ou menos, o Alaska é todo interior, e não tem nada diet lá. O único lugar que tem coisa diet é o McDonald’s !!!Tinha leite desnatado, tinha iogurte. O McDonald’s está percebendo esse nicho de mercado. Vamos ter que ganhar as redes porque elas têm uma capacidade de distribuição muito grande.

Essa é a grande questão para todo mundo aqui que deve estar falando “pô, eu sou endocrinologista, sou nutricionista”. O enfoque populacional potencializa a ação individual. Eu trabalhei muito nos anos 1980-90 com a questão da cessação do tabaco. Era em vão. Quando começaram as leis de restrição em local de trabalho, em toda parte, tudo ficou mais fácil. Por quê? Porque se a pessoa para de fumar, a adição dela diminuiu. Se nós tivermos um enfoque populacional e essa pessoa tiver menos contato – desculpe falar isso – com açúcar livre, a adição dela vai diminuir, e isso vai facilitar a ação individual de vocês. Essa é a grande questão.

A outra coisa com que é preciso ter cuidado é que, ao invés de focar em quem tem nome e CNPJ, começamos a falar dos inimigos gerais. No passado, falávamos do imperialismo. Agora tem a globalização. Adoram falar de globalização. Leiam o livro do Michael Moss. Vocês vão ver

que lá é citado o nome das pessoas, endereço, tudo. Sucroalcooleira tem nome, tem sede, tem tudo aqui. Para que falar do que não existe? O que é globalização?

A globalização é um sucesso e, por isso estamos aqui neste momento. Os nossos antecedentes que saíram da África e resolveram conquistar o planeta inteiro fizeram isso há mais ou menos um milhão e meio de anos. Fizeram e conseguiram. Foi a primeira globalização. Depois foram os nossos lusitanos queridos que fizeram uma extraordinária globalização do mundo. E vejam só, uma parte do mundo não passa fome hoje porque os portugueses distribuíram a mandioca no Oriente e na África, onde é muito importante. Eles pegaram a mandioca no Brasil e distribuíram lá, e passou a ser uma das principais fontes de alimentação. Parem de falar mal da globalização para culpar a obesidade. Essa questão tem CNPJ ou uma inscrição em outros países como empresas. São ações comerciais importantes que existem. E precisam ser amplamente discutidas.

Desculpem se eu pisar no calo de algumas pessoas aqui, mas uma outra questão é a do estilo de vida. Parem de falar em estilo de vida. Estilo de vida significa praticamente voltar à questão dos sete pecados capitais. Não é uma decisão pessoal. Está relacionado ao tempo e ao espaço. Não é um hábito como o tabagismo. O tabagismo é uma adição química gravíssima, psicológica nem tanto, mas como adição química é muito forte, é uma das mais fortes. E é colocado assim no negócio do estilo de vida. É confundida com traços de personalidade, reflexo da dinâmica do desenvolvimento e doenças mentais comuns. Ou seja, um pastiche da filosofia, psicanálise, psiquiatria, e tudo mais. Por favor, não usem esse termo.

O máximo que se pode falar é que ela é o lado ambiental da questão decorrente do nosso próprio DNA, e como se relaciona com o ambiente. É isso que as doenças são. Não tentem colocar a questão em termos de estilo de vida. Tentem entender as pessoas no contexto em que elas estão e em relação ao que elas têm, e o que podem fazer.

Em relação ao tabagismo, fiz uma brincadeira durante a minha apresentação na Harvard Medical School. Vou traduzir para vocês para finalizar.

A revista da Suméria, publicada no ano 4.300 A.C., diz que o novo estilo de vida é uma ameaça por causa das novas doenças. A criação de animais e a agricultura sistemática, os acampamentos, têm trazido novas doenças para o homem, a despeito da diminuição da fome e da desnutrição. Essa foi a conclusão da Associação de Saúde Pública da Era do Bronze durante o seu encontro anual. De acordo com essa declaração, há uma evidente ameaça no novo processo com espécies de animais, que algumas autoridades definem como domesticação.

O dr. X do departamento Y diz que o hábito de comer porcos e patos está sendo associado à uma nova epidemia de resfriado e gripe. E o uso de vacas para dar leite tem trazido sérios problemas, como risco de tuberculose. E o professor Leldray, da Anatólia, está associando o uso cada vez maior de cavalos para uso comercial, militar e transporte pessoal à

epidemia de resfriado que foi observada na cidade de Anatólia e também teme que isso esteja resultando em menos atividade física, além de problemas decorrentes como, provavelmente, a obesidade.

E o CDC do Egito também relata problemas e destaca que, pelo fato de estarem inundando áreas ao redor do Nilo para agricultura, o número de anófeles tem crescido, espalhando o plasmódio e aumentando os casos de malária. E o porta voz do faraó disse que a revolução neolítica é irreversível para que a humanidade domine todo o planeta. Eles enfatizam dois estudos que mostram que, com a revolução do neolítico, a mortalidade infantil por ataques de leões e leopardos caiu muito e as quedas de árvores também. De uma forma sarcástica, o representante da associação de agricultura recomendou aos críticos que voltassem para a savana africana para caçar e serem caçados. E esta questão continua, o debate sobre estilo de vida continua, assim como o debate sobre monoteísmo e politeísmo, e também a nova rodada de paz na Palestina entre hititas e judeus.

■ Obesidade e os Impactos no Sistema de Saúde - Debate 21/10/2014

DEBATEDOR

**Patrícia
Constante Jaime**

Ministério da Saúde

Foi Coordenadora
Geral de Alimentação e
Nutrição do Ministério
da Saúde entre 2011 e
2014.

**VOU FALAR UM
pouco sobre as ações induzidas pelo
Ministério da Saúde, no âmbito do
Sistema Único de Saúde (SUS), para
prevenir e enfrentar a obesidade.**

Sou gestora federal da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a PNAN. Quando falo de obesidade, não estou necessariamente falando só sobre a dimensão alimentar. Vou falar um pouco também das outras dimensões, mas, devido ao cargo que ocupo e à minha própria formação histórica, acadêmica e profissional, pretendo enfatizar os aspectos nutricionais vinculados à obesidade.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição é uma das políticas que integram o conjunto das políticas de saúde do Sistema Único de Saúde. Foi publicada inicialmente em 1999 graças ao esforço feito na época de construção de políticas setoriais no SUS. Para se ter uma ideia, a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) data de 2006. E a Política Nacional de Promoção à Saúde, na sua pri-

meira versão que será republicada agora, também é de 2006.

Denise Coitinho, ocupava à época a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) do Ministério da Saúde e depois assumiu a direção do departamento de nutrição na Organização Mundial da Saúde (OMS). E a política foi revista quando completou dez anos. Em 2011, nós repactuamos, como se faz no SUS, de forma tripartite, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O novo texto da Política Nacional de Alimentação e Nutrição atualiza a missão e diretrizes da política, e considera o intenso processo de transição alimentar, nutricional, epidemiológica e também social, vivido ao longo dos anos 2000.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a PNAN, como a chamamos, tem o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. Ela está organizada em nove diretrizes. É importante ressaltar que são essas diretrizes que coordenam e orientam o modo de pensar sobre os programas específicos, as linhas de cuidados, além de outras ações para promover mecanismos de alcance à missão da política.

Nós temos uma centralidade que é a da organização da atenção nutricional, no âmbito da rede de atenção à saúde. Para isso, ações de promoção da alimentação saudável, de vigilância e de gestão são desenvolvidas, considerando os instrumentos de pactuação e gestão do SUS – uma gestão interfederativa, dentro dos mecanismos da administração do Sistema Único de Saúde. Tem um princípio importante da participação e do controle social porque este é um princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde, que está na lei 8080. A qualificação da força de trabalho também é importante, entendendo a política não como específica do nutricionista, mas uma política do conjunto dos profissionais de saúde envolvidos no desenvolvimento das ações de alimentação

e nutrição e do cuidado integral. Há também uma agenda de regulação e controle de alimentos, já que a PNAN é um dos marcos políticos e legais que ancoram a área de alimentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Anvisa. E ainda há diretriz vinculada à pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição, que orienta a construção de políticas públicas na área orientadas por evidências científicas.

Sempre digo que, se conseguirmos pôr em prática as oito primeiras diretrizes da NAN, o que nos caracteriza enquanto setor de saúde, é possível articular uma agenda tipicamente intersetorial da segurança alimentar e nutricional, que possui uma lei orgânica própria, a Losan, que é a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. Com essa lei, passou-se a reconhecer a alimentação como um direito. Já tínhamos a saúde como um direito constitucional e a alimentação foi incorporada como um direito em 2010.

Conceituamos na PNAN, pela primeira vez, o que é atenção nutricional, que engloba os cuidados relativos à alimentação e nutrição, voltados tanto à promoção quanto à proteção da saúde, ou seja, prevenção, diagnóstico, tratamento de agravos relacionados à alimentação ou estado nutricional e reabilitação, que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, tanto para indivíduos como para famílias e comunidades. Nosso objetivo é contribuir para a conformação de uma rede de atenção em saúde cada vez mais integrada, resolutiva e humanizada.

No SUS, quando fazemos a gestão federal, na organização da atenção nutricional, precisamos definir quais são os principais problemas para estabelecer linhas de cuidados, programas e projetos. E essa definição leva em consideração as demandas e necessidades de saúde no território. Considera-se as de maior frequência e maior relevância, por meio de dados provenientes da vigilância epidemiológica, que são fundamentais nesse sentido. E consideramos também os critérios de risco e vulnerabilidade, entendendo os determinantes sociais em saúde

que definem a particularidade de uma demanda no território.

Quanto ao cenário nacional atual, ainda que tudo deva ser ajustado quando se pensa na implantação da política nos âmbitos estadual, regional, municipal ou local, temos que observar qual é a necessidade da população. Em nível nacional, temos hoje basicamente a obesidade como o agravo mais frequente. O conjunto das doenças crônicas não transmissíveis está relacionado à obesidade em si, ao excesso de peso, ou a componentes dietéticos como, por exemplo, o alto consumo de sódio e de sal. A desnutrição teve uma fantástica queda no Brasil. E hoje temos

fez uma análise do custo atribuído à obesidade no tratamento das principais doenças relacionadas à mortalidade brasileira.

Foram identificadas 17 condições clínicas em que a obesidade tem um peso importante na sua determinação e que resultam em um custo alto para o SUS. Para se chegar a essa conta considerou-se a relação que existe entre o excesso de peso, a obesidade e o desenvolvimento do agravo, da doença, além da fração atribuível à obesidade nessa ocorrência da doença. Chegou-se a um custo atribuível à obesidade de aproximadamente 500 milhões de reais por ano, no âmbito hospitalar e no âmbito ambulatorial. Não se levou em considera-

ção os custos para o manejo da obesidade, por exemplo, na atenção primária à saúde. Mas obviamente buscamos ter cada vez mais esse custo porque é onde se consegue fazer mais promoção e prevenção e menos tratamento da doença.

Entre as principais enfermidades associadas à obesidade, assim como o custo atribuível ao tratamento, figura a

doença isquêmica do coração. Em seguida, o câncer de mama. Há forte relação entre adiposidade e o câncer de mama. Depois, a insuficiência cardíaca congestiva e diabetes. São os quatro principais agravos, sendo que as mulheres contribuem fortemente na carga financeira da obesidade para o Sistema Único de Saúde.

Em 2011, o Ministério da Saúde e o governo brasileiro assumiram um compromisso internacional na Organização das Nações Unidas, por ocasião do lançamento do plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. Nesse plano foram identificadas quatro principais grupos de doenças crônicas que têm uma carga importante no perfil do adoecimento e mortalidade da população brasileira. São as doenças circulatórias, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes. O que elas têm em comum? Alguns fatores de risco que são

Temos metas de reduzir o consumo nocivo de álcool, aumentar a prevalência de atividade física no lazer e o consumo de frutas e hortaliças, cortar o consumo médio de sal e também a prevalência do tabagismo em adultos.

que fazer um exercício de focalização, levando em conta o critério da vulnerabilidade. Por exemplo, crianças indígenas, quilombolas e as mais vulneráveis socialmente ainda têm um risco maior de desnutrição e carências nutricionais específicas por micronutrientes. Na população indígena de Roraima, por exemplo, há duas etnias com alta prevalência de beribéri. Foram mais de 80 anos sem casos de beribéri e agora sabemos que há alguns locais com a presença deste agravo nutricional. Há que se considerar também as necessidades alimentares especiais que são as situações que demandam manejo dietético, por exemplo, doença celíaca, anemia falciforme.

Mas por que obesidade ocupa uma posição tão importante? Porque tem um custo financeiro grande para o Sistema Único de Saúde. Estudo oriundo de uma tese de doutorado defendida na UNB, em 2012,

modificáveis e comuns, em especial o tabagismo, o consumo de álcool, a inatividade, a alimentação não saudável e a obesidade.

Esse plano tem por objetivo promover o desenvolvimento e a implantação de políticas públicas que sejam efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências, e prevenir e controlar as doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco. Prevê ainda fortalecer os sistemas de saúde para que sejam mais capacitados e apropriados na condução dos cuidados dessas condições crônicas.

Vamos a algumas metas do plano. Uma delas é reduzir a mortalidade prematura por doença crônica não transmissível a uma taxa de 2% ao ano. O meu objetivo aqui não é fazer um balanço do plano, pois já temos esse monitoramento. Ele foi lançado em 2011 e já alcançamos essa taxa anual de redução da mortalidade prematura, em grande parte graças à redução do tabagismo. O plano tem também metas vinculadas à redução da prevalência da obesidade em crianças, assim como em adolescentes, além de procurar deter o crescimento da obesidade em adultos. A obesidade é o desfecho em saúde com maior incremento observado ano a ano. Desde as séries anuais do Vigitel, não temos um desfecho monitorado com incremento tão frequente quanto o observado para a obesidade. Obviamente, prevenir a obesidade é muito mais fácil do que tratá-la. Logo, do ponto de vista da saúde pública, se conseguirmos reverter a prevalência nas crianças será como fazer um investimento à médio prazo. E manter as mesmas taxas observadas em adultos já é um ganho para o Sistema Único de Saúde porque significa reduzir o que seria o aumento ano a ano.

Temos metas de reduzir o consumo nocivo de álcool, aumentar a prevalência de atividade física no lazer e o consumo de frutas e hortaliças, cortar o consumo médio de sal e também a prevalência do tabagismo em adultos. São esses os objetivos diretamente vinculados à obesidade.

Essas não são metas extraídas do vazio. São projeções. Uma delas, a projeção para redução da obesidade em crianças

de 5 a 9 anos. Observou-se, de 1975 a 1989, uma taxa de crescimento anual de 2,5% nessa faixa etária. De 1989 a 2008, pelos dados de inquéritos populacionais como as Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF), temos um crescimento médio anual de 7,6%. É impressionante que na última década, o aumento anual da obesidade foi muito maior. Isso é fruto de um ambiente obesogênico que se intensificou. É preciso entender o que fez o ambiente ficar tão obesogênico em curto período de tempo. Isso não está relacionado só à urbanização. A urbanização é anterior a esse processo. Está relacionado ao fortalecimento do modelo de produção do sistema alimentar que, cada vez mais, preconiza e induz ao consumo de alimentos ultraprocessados, um padrão de consumo alimentar fortemente marcado nessa última década.

Portanto, com base nessas prevalências, o nosso esforço é o de construir políticas públicas que levem à redução da obesidade até 2022, em comparação aos patamares observados em 1988 nas crianças brasileiras. A mesma perspectiva para os adolescentes. Temos uma prevalência menor nessa faixa etária porque existe a janela da oportunidade do crescimento da adolescência, por isso a prevalência é menor do que entre as crianças.

O plano trabalha com três grandes eixos: um eixo de vigilância, informação, avaliação e monitoramento; um eixo de promoção da saúde; e um eixo de cuidado integral. Não vou ter tempo de expor detalhadamente todos os eixos, mas saibam apenas que, em especial, o eixo da vigilância, informação, avaliação e monitoramento busca induzir ao estabelecimento de inquéritos populacionais.

Cito, como exemplo, a Pesquisa Nacional de Saúde, resultado da parceria do Ministério da Saúde com o IBGE, feita em 2013, que trará relevantes informações. Também a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, o Vigitel, que monitora fatores de risco e nos permite avaliar a tendência temporal do estado nutricional da população brasileira. Existem outros

inquéritos populacionais ou pesquisas específicas que completam o diagnóstico da tendência temporal da obesidade e outros fatores de riscos relacionados à obesidade.

O eixo da promoção da saúde trabalha basicamente com a indução de programas capazes de levar a mudanças de comportamentos e processos de cuidado mais sensível à prevenção da obesidade. Destaco os programas Academia da Saúde e Saúde na Escola, além de acordos com a indústria. Nesse aspecto, resalto a necessidade de conversar com o *fast-food*, com a indústria de alimentos, e avaliar como modificar o perfil nutricional dos produtos processados. Não estou falando muito da promoção da saúde, mais de redução de danos. E a redução do preço dos alimentos saudáveis. Ou seja, um plano intersetorial para prevenção e controle da obesidade.

O terceiro eixo, o cuidado integral, estabelece a necessidade de se configurar uma linha de cuidado para as doenças crônicas que tenha a obesidade como prioridade. Vou falar da linha de cuidado prioritária e, em seguida, da forma como estamos trabalhando. Desde 2010, o esforço do Ministério da Saúde, mediante uma portaria que estabelece outra forma de organização dos serviços em saúde, tenta romper com a fragmentação clássica do modelo piramidal de serviços que tínhamos até então, o que para alguns agravos agudos poderia ser bem efetivo, mas para as condições crônicas tem pouca capacidade de resposta.

Temos então a constituição do que chamamos de redes de atenção em saúde, que são arranjos organizativos de ações em serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. E o grande objetivo das redes de atenção em saúde é superar a fragmentação a fim de garantir a integralidade do cuidado desse sujeito dentro do seu espaço, dentro do seu território.

O que temos feito no SUS, a partir dessa diretriz mais conceitual e político-programática, é implantar as redes de atenção por meio das redes temáticas e administrar, na

articulação interfederativa, a organização dos serviços e das principais demandas. Hoje, temos cinco grandes redes temáticas constituídas e pactuadas no SUS.

Uma delas é a Rede Cegonha, que trata da assistência obstétrica e todo o cuidado da saúde da criança. Ela é muito vinculada ao compromisso da redução da mortalidade infantil e da mortalidade materna, que são objetivos do milênio, compromissos globais. A Rede de Atenção Psicossocial engloba a questão do uso abusivo do álcool, crack e outras drogas. E a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, que tem uma grande importância, sobretudo, para doenças cardiovasculares. Vou me deter um pouco e falar sobre a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Mas há também a Rede de Atenção às Pessoas com Deficiências, porque acho que essa era uma grande dívida do sistema de saúde: olhar para a pessoa com deficiência.

Independentemente do tema que ancora a organização do cuidado, sempre se pensa em qualificação e educação permanente para a gestão da clínica e a gestão dos processos, além dos sistemas de informação e regulação que são fundamentais. Em resumo, são ações articuladas, tendo a Atenção Básica como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede.

A Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas foi implantada, em fevereiro de 2013, com o objetivo de fomentar a mudança do modelo de Atenção à Saúde por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas. A partir daí, priorizou-se linhas de cuidado. Obviamente não fazemos tudo ao mesmo tempo, até porque existe um limite financeiro. O SUS tem um grande desafio, pois assumimos em nossa Carta Constitucional que a saúde é um dever do Estado. Queremos tudo para todos, mas os recursos financeiros são limitados, não são infinitos. Então, as linhas de cuidados devem priorizar alguns agravos.

A primeira linha de cuidado na rede de atenção à saúde para as doenças crônicas foi de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, publicada em 19/03/2013. Nela se reconhece a obesida-

de como principal fator de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. Em consequência, há também a atualização de uma portaria anterior que estabelecia as normas para os serviços de assistência de alta complexidade para o indivíduo com obesidade e previa a cirurgia bariátrica no SUS, que até então era a única diretriz para obesidade. Ou seja, a abordagem que o SUS tinha até então para a obesidade era uma portaria que dispunha sobre a cirurgia bariátrica. Não tinha nada na perspectiva da integralidade do cuidado. Isso passou a existir com a nova portaria de março de 2013.

A integralidade do cuidado é orientada a partir de uma matriz que identifica e acolhe os indivíduos com excesso de peso nos diferentes pontos da rede de atenção. Para isso, é preciso que ocorra uma busca ativa englobando a demanda espontânea e a demanda programada nos diferentes pontos da rede. A atenção básica tem um papel fundamental nesse processo.

Baseado na estratificação de risco, preparamos um modelo de organização da linha do cuidado que utiliza o índice de massa corpórea (IMC), pois é o indicador do ponto de vista de triagem populacional mais fácil de ser implantado. A partir de critérios de risco e vulnerabilidade, pontos de corte do IMC, o cuidado será organizado. Se o paciente for classificado como eutrófico, o que se preconiza na linha de cuidados são ações de promoção. Na medida em que o estado nutricional se alterar, segue-se a estratificação de risco e se observa se há ou não a presença de comorbidades. Diferentes condutas terapêuticas são definidas a partir desse momento, entre elas até a indicação de cirurgia bariátrica. A base fundamental sempre é o apoio diagnóstico e terapêutico, a regulação e o sistema de informação.

Ou seja, são dadas algumas orientações sobre as ações adotadas nos diferentes pontos da Rede de Atenção em Saúde. O que cabe à Atenção Básica em termos de prevenção, e tratamento da obesidade?

Primeiramente, entra em ação a organização da vigilância alimentar nutricional. Sem a vigilância alimentar nutricional,

não se inicia a linha de cuidado. Por que a linha de cuidado não começa com a estratificação do risco? Então, é preciso conhecer o estado nutricional da população atendida.

Desenvolvem-se, em seguida, ações de promoção da saúde e prevenção da obesidade nos diferentes dispositivos que a Atenção Básica tem. Estabelecer assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos que têm excesso de peso e obesidade com IMC entre 25 e 45 é considerado atribuição da Atenção Básica em Saúde. Então, é importante fortalecer a Atenção Básica para que consiga fazer o acolhimento e seja resolutiva no acompanhamento desses indivíduos com sobrepeso ou níveis de obesidade mais leves.

Depois há a coordenação do cuidado dos indivíduos que tenham esgotado as possibilidades terapêuticas no âmbito da Atenção Básica, encaminhando-os para outros pontos da Rede de Atenção em Saúde, quando apresentarem IMC maior que 30 ou maior que 40, com a presença de outras comorbidades.

Também é preciso estabelecer assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos que estão voltando do processo de cirurgia bariátrica. Eles devem ser atendidos no âmbito da Atenção Básica, depois de um período de acompanhamento na Atenção Especializada. Isso é um grande desafio porque, hoje em dia, após a cirurgia bariátrica, o paciente fica retido na Atenção Hospitalar Ambulatorial. Precisamos criar dispositivos de retorno desse indivíduo para a Atenção Básica, com o acolhimento adequado desses pacientes com sobrepeso e obesidade em todos os seus equipamentos.

Vou destacar um pouco a Vigilância Alimentar e Nutricional porque é desse ponto que começa a linha de cuidado. O que é a Vigilância Alimentar e Nutricional? É a inclusão e a qualificação, no processo do cuidado em saúde nas equipes da Atenção Básica, da identificação dos possíveis determinantes da situação alimentar e nutricional da população. Isso é feito para o diagnóstico dos principais agravos nutricionais da população adstrita, com a estratificação de risco, pla-

nejamento, e a avaliação das práticas de cuidado em saúde a partir da análise das informações geradas pela vigilância. A Vigilância Alimentar e Nutricional é um componente da vigilância em saúde.

A vigilância tem que trabalhar com indicadores que permitam avaliação antropométrica e de consumo alimentar dos indivíduos. Não estou falando de anamnese clínica, estou falando de indicadores de padrões que permitam identificar a necessidade de acompanhamento individual ou coletivo. Assim como a identificação de locais de produção, comercialização e, distribuição de alimentos no território. Os costumes e as tradições alimentares locais também orientam o cuidado individual e o cuidado coletivo.

A partir da Vigilância Alimentar e Nutricional, as ações setoriais e intersetoriais são desenvolvidas para a prevenção da obesidade. Identificar, por exemplo, um deserto alimentar em determinado território – a falta de uma feira, por exemplo. Nesse caso, pode-se estabelecer uma articulação com a Secretaria Municipal de Abastecimento e conseguir resolver o problema de disponibilidade alimentar.

É possível fazer o diagnóstico e a estratificação de risco, e separar, na população que é acompanhada, quem vai para o atendimento individual, quem vai para o atendimento coletivo, quem precisa de acompanhamento e com qual periodicidade. Organizar grupos terapêuticos e outras estratégias de apoio individual no caso de doenças associadas e definir o fluxo de encaminhamento para outros pontos.

Para isso, é necessário um sistema de informação. E contamos com o Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), um sistema na Internet. Foi o primeiro sistema de informação com dado individualizado na Atenção Básica no Brasil. Agora ele está se integrando a um novo sistema que vai substituir o antigo Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (e-SUS AB).

Para conseguir completar esse ciclo da vigilância, no processo de atenção em saúde é feita a coleta de informa-

ções, a análise coletiva, a identificação de vulnerabilidades e necessidades individuais. Com base nisso, é tomada a decisão, adotada uma ação e, por fim, feita a avaliação. Esse é o ciclo de vigilância em saúde.

Nós temos esse sistema que já é muito antigo e observamos a necessidade de investir no Sisvan. Eis alguns dados: em 2011, tínhamos uma cobertura nacional de 14%, ou seja, 14% dos usuários da Atenção Básica no SUS eram acompanhados pelo Sisvan. Hoje, são quase 24%. É ainda um número muito baixo em comparação com o que seria o ideal. De qualquer forma, há a tendência de aumento da cobertura. O município de São Paulo, por exemplo, não tem ainda o Sisvan implantado. Alguns municípios têm alta cobertura, outros municípios não têm. Há municípios que não implantam o Sisvan, mas têm sistema de informação próprio com indicadores nutricionais que permitem uma interação operacional com o sistema nacional.

Mas havia um gargalo. O Índice de Massa Corpórea é muito fácil de calcular porque basta peso, estatura e uma balança. Mas, em 2011, fizemos um Censo das Unidades Básicas de Saúde no Brasil e quase 60% das Unidades Básicas de Saúde não tinham estadiômetro. Faltava equipamento antropométrico. Lembrando que a aquisição de equipamento antropométrico é responsabilidade do município, como parte do Piso da Atenção Básica, e o município tem que providenciar a aquisição. Mas, diante do compromisso global do plano de enfrentamento, e dada a emergência da obesidade, estabelecemos um incentivo da Vigilância Alimentar e Nutricional de 2011 a 2014, e já apoiamos quase 14 mil Unidades Básicas de Saúde, identificadas pelo Censo nacional das Unidades como as de pior infraestrutura. E se não houver balança, nem é possível começar a linha de cuidado da obesidade. Só para apoiar a implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito da Atenção Básica em Saúde, além dos materiais técnicos, foram quase 40 milhões de reais investidos.

Além disso, na Atenção Básica um

importante dispositivo é a atenção multiprofissional. É a soma dos saberes e a complementação do processo de cuidado. Hoje, temos como mecanismo indutor os núcleos de apoio à Saúde da Família, que são equipes multiprofissionais que apoiam as equipes mínimas de Atenção Básica na organização do cuidado.

Em 2012, tínhamos 1.888 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) implantados no Brasil. Segundo dados do final de 2013, conseguimos atingir quase 3 mil núcleos. Em aproximadamente 70 a 80% deles, o gestor municipal opta pela composição da equipe multiprofissional com inclusão do nutricionista, que é um importante qualificador do processo de cuidado vinculado à obesidade.

Gostaria de destacar o Programa Saúde na Escola (PSE). Quando falo de prevenção da obesidade, preciso necessariamente falar com a criança e com o jovem. E não falamos com a criança e com o jovem só na Unidade Básica de Saúde. Posso atender o bebê, a mãe do bebê, mas depois de certa faixa etária temos que ir em direção às crianças em seus territórios. E a escola é reconhecidamente um importante espaço de promoção da saúde. Não entendemos a Atenção Básica como algo circunscrito a quatro paredes da Unidade Básica de Saúde. A Atenção Básica se faz no local onde as pessoas vivem, trabalham e estudam.

Em função disso, o primeiro programa nacional de integração saúde e educação, implantado em 2007, foi o PSE. Ele visa fortalecer as ações voltadas ao desenvolvimento integral dos educandos, na relação escola-Unidade Básica de Saúde, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento e a saúde integral dos educandos brasileiros.

O Programa Saúde na Escola (PSE) não é um apenas de prevenção da obesidade. Tem compromissos muito mais abrangentes. Aqui estão dados de cobertura do PSE. Em 2008, começou com 608 municípios, com um critério inicial

de índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) baixo e alta cobertura de Saúde da Família. Ao longo do tempo, ampliamos o Programa Saúde na Escola de tal forma que, a partir de 2013, ele foi universalizado e é agora um programa por adesão municipal.

Talvez nenhum outro programa em promoção da saúde seja tão capilarizado como o Programa de Saúde na Escola.

Desde 2011, revimos o modelo de gestão do programa. Agora, o gestor municipal adere ao programa e, ao aderir, recebe um incentivo financeiro adicional ao Piso do Programa Atenção Básica variável, o PAB variável. Só que o recebimento desse recurso é condicionado à obtenção de algumas metas e compromissos de atividades a desenvolver. Então, essa é uma nova forma de repasse financeiro condicionado aos compromissos. Hoje, todos os municípios brasileiros que desejarem participar do PSE. A última adesão acaba de ser concluída e temos quase 4.800 municípios brasileiros participantes.

Talvez nenhum outro programa em promoção da saúde seja tão capilarizado como o Programa de Saúde na Escola. Isso significa ter mais de 30 mil equipes de Saúde da Família ou de Atenção Básica, porque a gente fez uma parametrização para Atenção Básica Tradicional, assumindo o compromisso de desenvolver ações da saúde no âmbito da escola, e que possam beneficiar mais de 18 milhões de educandos brasileiros da educação infantil, do ensino fundamental, do ensino médio e da educação para jovens e adultos.

O PSE está organizado em cinco componentes. Vou destacar os dois primeiros. Um primeiro componente é o da avaliação das condições de saúde dos educandos. No compromisso das equipes de saúde junto com as equipes de educação,

os educadores fazem avaliação antropométrica. Tenho a informação que mais de 18 milhões de educandos brasileiros têm peso e altura aferidos todos os anos, com a possibilidade de monitoramento e, a partir disso, estratificação de risco e definição do cuidado. Mas também é feita no PSE avaliação e promoção da saúde bucal, avaliação oftalmológica, verificação da situação vacinal, saúde auditiva, desenvolvimento de linguagem, identificação de sinais e sintomas de doenças negligenciadas e doenças em eliminação, por exemplo, hanseníase e verminoses.

saúde. Essa ação vai além das Academias da Terceira Idade (ATI), que são aqueles aparelhos de ginástica postos em praças. Na realidade, são espaços próximos às UBS, que contam com profissionais de saúde que desenvolvem as ações de educação em saúde – os grupos terapêuticos, atividade física coletiva.

Construir é a nossa meta. Já foram habilitados mais de quatro mil polos do Programa Academia da Saúde. Isso tudo apesar de o Congresso Nacional Brasileiro ter entendido que este não é um gasto em saúde, o que é um grande equívoco reconhecer gasto em saúde só aquele diretamente relacionado à assistência, como em internação, exames, consultas, e não à promoção. Com essa interpretação, vamos sempre depender de outros recursos orçamentários e a nossa capacidade de indução de ações de promoção será menor. Nos dois primeiros

anos foi possível utilizar recursos da saúde para fomentar tanto a construção quanto o custeio desses polos do Programa Academia da Saúde.

Além disso, há um conjunto de materiais desenvolvidos para apoiar as equipes de Atenção Básica no desenvolvimento de ações de promoção da alimentação adequada e saudável. Gostaria de destacar os guias alimentares. O que são guias alimentares? São as diretrizes que apoiam os profissionais na condução de ações de educação alimentar e nutricional. O Brasil tem um guia alimentar desde 2006 e a própria Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura, a FAO, e a Organização Mundial da Saúde, a OMS, dizem que os guias têm que ser atualizados.

Estamos felizes com a publicação do guia alimentar brasileiro, em outubro de 2014, e a discussão que ele provocou. Na consulta pública, o guia recebeu mais de três mil contribuições de diferentes atores sociais. Ele traz uma abordagem inovadora, busca discutir alimentação com a sociedade brasileira e resgatar o hábito da culinária, do comer em família, pensar a

Segundo dados do Sisvan, aproximadamente 50% das crianças entre 9 e 12 meses de idade já tomam refrigerantes. É assustador.

E o segundo componente é o de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Eu destaco o que é caro à obesidade, que são as ações de promoção da alimentação adequada e saudável, as ações de educação alimentar e educacional, as ações de promoção de práticas corporais e atividade física, e também as ações de promoção da saúde ambiental e do desenvolvimento sustentável. Falamos hoje em alimentação saudável. E alimentação saudável não é só aquela que aporta nutrientes. Falamos de modos de comer que também estão relacionados com sustentabilidade. Não consumir refrigerantes, por exemplo, significa dizer não a esse grande veículo de açúcar. Além disso, o resíduo físico do refrigerante, que é a embalagem, polui o ambiente. Busca-se assim mensagens e reflexões ampliadas no campo da educação alimentar e nutricional.

Outro programa é o Programa Academia da Saúde que tem por objetivo apoiar os municípios para terem espaços físicos próximos às Unidades Básicas de Saúde e incentivarem atividade física e desenvolvimento de outras ações de promoção da

alimentação desde a aquisição do alimento até o seu consumo final.

Também temos um guia específico para as crianças menores de 2 anos. Ele é hoje a diretriz técnica para uma ação importante na prevenção da obesidade, a Estratégia Amamenta e Alimenta, de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar no Sistema Único de Saúde. Porque podemos prevenir a obesidade. E como preveni-la? Primeiramente, promovendo o aleitamento materno. Temos evidências de que o aleitamento previne a obesidade. Com essa estratégia, há mais de dois mil tutores formados que são responsáveis por induzir em cascata as ações para qualificar o aconselhamento no âmbito da Atenção Básica quanto ao aleitamento e alimentação complementar saudável.

O que realmente ocorre? Estamos melhorando a prevalência do aleitamento materno e a mediana de aleitamento materno exclusivo teve aumento substancial. Por outro lado, o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida ainda é baixo. Temos muito que avançar. Segundo dados do Sisvan, aproximadamente 50% das crianças entre 9 e 12 meses de idade já tomam refrigerantes. É assustador. Precisamos qualificar a alimentação da criança depois do aleitamento materno.

Na Atenção Especializada, o objetivo é dar apoio matricial às equipes de atenção básica com a perspectiva do cuidado em rede. Hoje, um grande dispositivo são os núcleos de Telessaúde. É uma oportunidade de qualificar o cuidado, para os casos mais complexos que podem ser resolvidos e são acompanhados continuamente na Atenção Básica, mas precisam de uma retaguarda da Atenção Especializada.

A assistência ambulatorial especializada multiprofissional é solicitada para os casos de obesidade não resolvidos num período de dois anos na Atenção Básica ou que tenham comorbidade importante: diagnóstico dos casos encaminhados para intervenção cirúrgica, assistência terapêutica multiprofissional pré e pós-operatória, no caso da cirurgia bariá-

trica, e organização do retorno do indivíduo pós-cirurgia bariátrica para o ponto da Atenção Básica.

Para isso se republicou a portaria que dispõe sobre a Atenção Especializada para obesidade no SUS. O que mudou nessa portaria, além do que foi muito discutido na imprensa? Graças à repercussão na imprensa, um detalhe virou uma enorme polêmica, ou seja, a possibilidade de fazer cirurgia bariátrica aos 16 anos, que no fundo foi uma adequação ao que já se fazia na saúde suplementar brasileira. Na realidade, quando consideramos os planos de saúde, há casos até muito mais precoces. E a portaria é muito clara. Segundo ela, é possível fazer a cirurgia com 16 anos, desde que tenha uma segunda opinião que confirme a necessidade, que haja acompanhamento multiprofissional, dispositivo esse que deixa muito clara a singularidade da indicação.

Além disso, a portaria inclui o financiamento da equipe multiprofissional na pré-cirurgia bariátrica, o que não estava previsto anteriormente. É fundamental o acompanhamento psicológico e acompanhamento nutricional pré-cirúrgico. Permite a continuidade do acompanhamento desse paciente por uma equipe multiprofissional por meio da PAC, dispositivo de financiamento: do primeiro ao sexto mês de forma mensal, no nono mês, no 12º, 15º, 18º, quando ocorre a volta à Atenção Básica. E aumenta a tabela de pagamento de alguns exames, que são exames muito importantes para realização da cirurgia, chegando a acréscimos da ordem de quase 300% em relação ao valor da tabela anterior, desde que o município ou a região de saúde se comprometa a organizar a linha de cuidado como um todo. Ou seja, o hospital se habilita a fazer a cirurgia bariátrica, recebe esse valor diferenciado da tabela, mas estabelece uma linha de cuidado, de referência com a Atenção Especializada e com a Atenção Básica para garantir a integralidade.

Para finalizar, vou destacar que a obesidade bate às portas do Sistema Único de Saúde como um problema emergente, mas ela não ocorre nem surge no âmbito do setor de saúde. No setor de saúde, a

obesidade é acolhida. A obesidade ocorre na sociedade, numa sociedade que tem seu ambiente cada vez mais obesogênico. Pensando nisso, o verdadeiro enfrentamento da obesidade passa por ações intersetoriais. Temos, obviamente, o compromisso constitucional de acolher o indivíduo com excesso de peso e garantir o seu cuidado. O compromisso constitucional, no processo do cuidado integral, prevê ações de promoção, ações de prevenção, mas é necessário articular ações intersetoriais. Nesse sentido, conseguimos lançar uma estratégia intersetorial de prevenção e controle da obesidade congregando esforços de 20 ministérios dentro de uma Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan).

Essa estratégia trabalha com seis eixos. O primeiro requer disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis. O objetivo é melhorar o acesso à alimentação saudável, vinculando a alimentação escolar, com maior oferta de alimentos básicos – frutas, verduras, hortaliças – comprados diretamente do agricultor familiar. Buscam-se formas de governança que apoiem o acesso à alimentação saudável.

Um segundo eixo são ações de educação, comunicação e informação. O guia alimentar, por exemplo, é um instrumento para essa finalidade. Nesse sentido temos que ter campanhas governamentais, mas também da sociedade como um todo. E nesse diálogo, entender a obesidade como um problema de governo, mas também como um problema de todos

Quanto à promoção de modos de vida saudável, vigilância alimentar e nutricional, atenção integral à saúde, regulação e controle da inocuidade dos alimentos, o documento que reúne todos esses itens estará disponível na página do Ministério da Saúde ou da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional.

Mas vou destacar, o acordo feito com a Federação das Escolas Particulares, a Fenep, que congrega mais de 18 mil escolas particulares. Como disse, temos o Programa Saúde na Escola (PSE) que trata das crianças das escolas públicas, mas a obesidade atinge também a crian-

ça que não é usuária da Atenção Básica em Saúde do SUS. Temos cerca de 70% da população brasileira dependente do SUS. Mas o SUS é para todos, independentemente da forma como se acessa o sistema. No caso da vacinação, temos uma boa parcela da população usuária de planos de saúde que usa toda a política nacional de imunização para acesso às vacinas. E quando penso em promoção da saúde, também tenho que pensar nesse aspecto.

Existe o acordo com a Federação Nacional das Escolas Particulares de promoção de cantinas escolares saudáveis nas escolas particulares. O site disponível, Cantinas Escolares Saudáveis, tem várias dicas para os professores, pais, administradores das cantinas no processo de tornar o ambiente escolar um espaço promotor da alimentação saudável.

Um acordo com a indústria de alimentos começou com o sódio e essa informação está sendo bem difundida na mídia. Metas gradativas e voluntárias visam reduzir o teor de sódio nos alimentos processados. Há um grande e polêmico debate envolvendo a regulação da publicidade de alimentos.

Recentemente, o Conselho Nacional de Defesa da Criança e dos Adolescentes (Conanda) publicou uma resolução que dispõe sobre a abusividade do direcionamento de publicidade e da comunicação mercadológica às crianças e aos adolescentes. A partir da resolução do Conanda, retoma-se a questão da regulação da publicidade, que não é ainda consensual.

Finalmente, prevenir e tratar a obesidade significa constituir uma força-tarefa nacional e fortalecer cada vez mais a promoção da alimentação saudável no contexto das redes de Atenção em Saúde, mas também avançar nas ações intersetoriais.

Por último, vou fazer a minha propaganda: existe uma rede social que temos na área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde que se chama Rede Nutri. Ela tem várias ferramentas interessantes, cursos online, bibliotecas, casos clínicos, casos coletivos sobre a nossa agenda.