

# Diário do Legislativo de 22/07/2006

## MESA DA ASSEMBLÉIA

Presidente: Deputado Mauri Torres - PSDB

1º-Vice-Presidente: Deputado Rêmoló Aloise - PSDB

2º-Vice-Presidente: Deputado Rogério Correia - PT

3º-Vice-Presidente: Deputado Fábio Avelar - PTB

1º-Secretário: Deputado Antônio Andrade - PMDB

2º-Secretário: Deputado Luiz Fernando Faria - PP

3º-Secretário: Deputado Elmiro Nascimento - PFL

## SUMÁRIO

### 1 - ATAS

- 1.1 - 23ª Reunião Especial da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 15ª Legislatura - Destinada à Realização do Fórum Técnico "Obesidade: Desafios e Perspectivas"
- 1.2 - Evento Realizado na 52ª Reunião Ordinária da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 15ª Legislatura - Destinada à Realização do Fórum Técnico "Obesidade: Desafios e Perspectivas"
- 1.3 - 25ª Reunião Especial da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 15ª Legislatura - Destinada à Realização do Fórum Técnico "Obesidade: Desafios e Perspectivas"
- 1.4 - 26ª Reunião Especial da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 15ª Legislatura - Destinada à Realização do Fórum Técnico "Obesidade: Desafios e Perspectivas"

### 2 - MATÉRIA ADMINISTRATIVA

## ATAS

ATA DA 23ª REUNIÃO ESPECIAL DA 4ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 15ª LEGISLATURA, EM 6/7/2006

Presidência dos Deputados Rogério Correia e Adelmo Carneiro Leão

Sumário: Comparecimento - Abertura - Ata - Composição da Mesa - Registro de presença - Destinação da reunião - Palavras do Sr. Presidente - Palavras do Deputado Adelmo Carneiro Leão - Palavras do Sr. Benedito Scaranci - Palavras do Sr. Celi Márcio Santos - Palavras do Sr. Walmir Ferreira Coutinho - Palavras da Sra. Ana Beatriz Vasconcellos - Palavras do Sr. José Divino Lopes Filho - Esclarecimentos sobre os debates - Debates - Encerramento.

### Comparecimento

- Comparecem as Deputadas e os Deputados:

Rêmoló Aloise - Rogério Correia - Adelmo Carneiro Leão - Antônio Júlio - Célio Moreira - Doutor Ronaldo - Doutor Viana - Durval Ângelo - Elbe Brandão - José Henrique - Laudelino Augusto - Leonardo Quintão - Padre João - Paulo Cesar - Weliton Prado.

### Abertura

O Sr. Presidente (Deputado Rogério Correia) - Às 9h2min, declaro aberta a reunião. Sob a proteção de Deus e em nome do povo mineiro, iniciamos os nossos trabalhos. Com a palavra, o Sr. 2º-Secretário, para proceder à leitura da ata da reunião anterior.

### Ata

- O Deputado Doutor Ronaldo, 2º-Secretário "ad hoc", procede à leitura da ata da reunião anterior, que é aprovada sem restrições.

### Composição da Mesa

O Sr. Presidente - A Presidência convida a tomar assento à mesa os Exmos. Srs. Deputado Adelmo Carneiro Leão, Presidente da Comissão de Saúde desta Casa e autor do requerimento que deu origem a este evento; Deputado Doutor Ronaldo, membro da Comissão de Saúde desta Casa; Benedito Scaranci, Superintendente de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde; Celi Márcio Santos, Secretário Executivo do Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável de Minas Gerais - Consea-MG -; Walmir Ferreira Coutinho, Presidente da Federação Latino-Americana de Sociedades de Obesidade - Flaso -; a Exma. Sra. Ana Beatriz Vasconcellos, Coordenadora-Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde; e o Exmo. Sr. José Divino Lopes Filho, Coordenador-Geral da Política de Segurança Alimentar e Nutricional de Minas Gerais.

## Registro de Presença

O Sr. Presidente - Registramos a presença da Vereadora Ana Paschoal, desta Capital, autora do projeto que deu origem à lei que dispõe sobre a implantação do programa de combate à obesidade mórbida na rede municipal de saúde e dá outras providências, aqui representando a Câmara Municipal de Belo Horizonte.

## Destinação da Reunião

O Sr. Presidente - Destina-se esta reunião à realização do fórum técnico "Obesidade: Desafios e Perspectivas", que tem como objetivo discutir a realidade da obesidade em Minas Gerais e elaborar propostas que subsidiem a formulação de políticas voltadas para a prevenção e a redução da obesidade.

## Palavras do Sr. Presidente

Agradecemos a presença de todos e, em nome da Presidência e da Mesa da Assembléia Legislativa, desejamos sucesso a todos neste fórum, que foi solicitado pelo Deputado Adelmo Carneiro Leão, Presidente da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais.

Todos nós nos lembramos de um tempo não muito distante em que os discursos políticos, as pesquisas econômicas e os movimentos sociais apontavam, sistematicamente, para a fome e para a desnutrição como sintomas mais agudos das nossas desigualdades, das nossas distorções e do nosso modelo de desenvolvimento que produz uma minoria de ricos e uma maioria de pobres excluídos dos benefícios desse desenvolvimento.

O número de óbitos nos primeiros anos de vida e as doenças provocadas pela carência alimentar, principalmente nas regiões esquecidas do interior e na periferia das grandes cidades, eram não apenas o lado explícito das nossas incapacidades políticas e econômicas, como também o maior desafio para os responsáveis pela condução da saúde pública no País.

Por muitas décadas e várias gerações, tivemos como referência os estudos do médico, escritor e cientista social Josué de Castro, que, com sua obra pioneira "A Geografia da Fome", publicada em 1946, instigava nossa consciência diante do fato de, mesmo possuindo enorme potencial de produção de alimentos, deixarmos morrer de fome milhares e milhares de pessoas.

Passados diversos governos, implantados muitos programas e modificado o perfil socioeconômico dos brasileiros, ainda permanecem entre nós os sinais das desigualdades e da pobreza, ainda há no País um contingente considerável de famintos e desnutridos, mas em índices menores e menos alarmantes.

Estamos, agora, diante de outro fenômeno relacionado à alimentação: o excesso no consumo de alimentos, a ingestão de produtos prejudiciais ao nosso organismo e os hábitos alimentares inadequados, fatores que, aliados a outros, como o sedentarismo e a vida estressante dos dias atuais, estão produzindo uma geração com elevadas taxas de obesidade.

Pesquisa do IBGE, divulgada no mês passado, revela que, nas últimas três décadas, cresceu preocupantemente a parcela de jovens obesos ou com excesso de peso no País. Eles já representam 16,7% da população entre 10 e 19 anos, o que corresponde a aproximadamente 6 milhões de pessoas.

Para as crianças e os adolescentes, a obesidade é duplamente maléfica. Além de propiciar o aparecimento de várias doenças, como as cardiovasculares, a hipertensão e o diabetes, ela pode ser prejudicial à prática de atividades físicas, ao rendimento escolar e ao desenvolvimento da auto-estima em um período da vida fundamental para a formação da personalidade.

As questões relacionadas à obesidade infanto-juvenil serão discutidas em painel específico neste fórum técnico, assim como aquelas que atingem os adultos e os idosos. Serão também abordadas neste encontro, entre outros temas, a responsabilidade do SUS e dos planos de saúde no controle da obesidade e as experiências de sucesso nesse campo, realizadas em algumas cidades mineiras.

Em síntese, este fórum tem como objetivo apresentar um panorama da obesidade no País, particularmente em Minas Gerais, debater suas causas e conseqüências e levantar propostas para subsidiar a formulação de políticas voltadas para a prevenção e a redução desse problema, que deve ser assumido, urgentemente, como um problema de saúde pública. Prevenir e reduzir os índices de obesidade é um desafio que cabe às autoridades competentes, dos planejadores aos agentes de saúde, e também ao conjunto da sociedade, envolvendo os pais, as escolas, as indústrias alimentícias e os meios de comunicação, entre outros segmentos.

De sua parte, a Assembléia Legislativa de Minas Gerais está sensibilizada para discutir o assunto em profundidade com os demais poderes públicos e com as representações da comunidade e a empenhar-se pela implantação das proposições adequadas que se fizerem nesse campo.

Gostaríamos de agradecer a todas as pessoas e instituições que colaboraram para a realização deste fórum técnico, especialmente às entidades de apoio, às autoridades presentes, aos palestrantes e debatedores, aos demais participantes e aos funcionários desta Casa, que se dedicaram muito a esse trabalho.

Queremos também parabenizar o Deputado Adelmo Carneiro Leão, companheiro e Presidente da Comissão de Saúde desta Casa, pela iniciativa de propor a realização deste evento.

As exposições, os esclarecimentos e as experiências aqui apresentadas certamente constituirão valiosos subsídios para que avancemos no combate à obesidade e, conseqüentemente, na obtenção de melhor qualidade de vida para nossa população. Muito obrigado.

## Palavras do Deputado Adelmo Carneiro Leão

Bom dia. Sejam todas e todos bem-vindos. Agradeço a presença de todas e de todos que vieram participar deste encontro, momento importante para o debate de um assunto de alta relevância para o País e para nossa sociedade. Agradeço ainda aos servidores desta Casa e, de modo especial, do meu gabinete, que, com sua inteligência e seu trabalho, contribuíram para que chegássemos a este momento.

Neste país há uma preocupação, correta e importante, com aqueles que são desnutridos e não têm alimentação suficiente para atender a suas necessidades mínimas. O grau de desnutrição no Brasil é ainda muito severo. Mas, ao falar de fome, podemos verificar que os gordinhos às vezes passam mais fome do que os desnutridos. Em relação às pessoas com obesidade, as análises e evidências científicas demonstram que

elas também têm um grau de sofrimento acentuado e enfrentam conseqüências, algumas muito graves, até mesmo com a limitação da própria vida, com doenças como a hipertensão arterial, a diabetes, as doenças cardiocirculatórias e as conseqüências do sobrepeso sobre a estrutura esquelética.

Entendemos que esta Casa, como sempre fez ao longo da sua história, tem a responsabilidade importante de tratar dessa questão, direcionando ou definindo as responsabilidades do Estado e também debatendo na linha pedagógica, da tomada de consciência. Sabemos que as atitudes pessoais, familiares e fundamentalmente os espaços educacionais podem trazer resultados extremamente saudáveis para que as pessoas vivam melhor e tenham consciência do que cada um pode fazer.

Sabemos que a situação do sobrepeso, da obesidade, resulta de práticas, de aprendizados, de culturas e de comportamentos que ocorrem no lar. Às vezes esse comportamento inicia-se na própria mãe ainda grávida, depois continua no espaço do lar e da escola. Queremos trabalhar com a mudança de comportamento, discutindo sobre os comportamentos adequados para que nossa vida seja saudável. Estou satisfeito com a presença de todos. Avançaremos na tomada de consciência dessa realidade existente em Minas, no Brasil e no mundo inteiro.

No país que deu origem à Coca-Cola já existem atitudes relacionadas à disponibilidade desse produto nos espaços das escolas. Não é possível que a Coca-Cola seja restringida lá e aqui continue sendo um produto que adiciona calorias naquelas pessoas que dispõem dessas calorias e sofrem as conseqüências disso.

Agradeço a todos. Trabalharemos hoje e amanhã para alcançar resultados que nos ajudem e ajudem ao povo de Minas Gerais.

Palavras do Sr. Benedito Scaranci

Bom dia. Cumprimento o Deputado Adelmo Carneiro Leão, o Deputado Doutor Ronaldo, a Ana, o Walmir, aqueles que representam os órgãos das diferentes categorias e todos os presentes.

A coordenação da Secretaria de Saúde e o Deputado integraram-se desde o início e envolveram-se no processo de construção deste fórum. Este debate é fundamental. Seria chover no molhado, pois será amplamente apresentado aqui, dizer sobre a importância da questão nutricional, especificamente na obesidade. Esse problema, nos últimos 20 anos, progressivamente e a cada dia, ganhou importância como um problema de saúde pública. Hoje é um grave problema de saúde pública não só nacional, mas mundial.

Não falarei sobre as ações específicas da Secretaria de Saúde porque durante os dois dias de trabalho teremos dois exemplos fundamentais: o da própria coordenação do processo da alimentação da Secretaria no Estado de Minas Gerais e, depois, um dos programas que possui uma interface importante com a questão.

Antes de ser superintendente, sou médico pediatra e professor na universidade. Desde que comecei a praticar medicina, há 30 anos, interessei-me pela saúde pública, especificamente por nutrição. Formei-me na Escola Paulista, onde existe um importante grupo ligado a essa área. Talvez tenha sido esse o motivo do meu interesse por nutrição. Nesse sentido tenho desenvolvido a minha atividade profissional.

É muito importante que esta Assembléia, espaço de debate político, discuta a questão da obesidade, problema de saúde pública que está inserido no debate sobre a importância da nutrição para a saúde dos cidadãos mineiros e brasileiros. Durante meus estudos acadêmicos, quando estudava os problemas nutricionais de famílias mais pobres, percebia a questão da mãe obesa e do filho desnutrido, sintoma desse grande problema causado por características da própria sociedade de consumo, como disse o Deputado.

Há quatro anos, realizei duas experiências na Secretaria de Saúde, para onde retornei na atual gestão. A Secretaria, o Estado e o SUS de Minas Gerais têm evoluído progressivamente nessa área, mas ainda há passos importantes a serem dados. O tema obesidade é fundamental na promoção à saúde. Existem grandes experiências do próprio SUS, como programas, ações e atividades que devem ser implementadas, mas que enfrentam o problema da transversalidade, ou seja, essas ações devem permear os diferentes processos do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado e das Secretarias Municipais. Por exemplo, a principal estratégia do SUS na qualificação da atenção primária à saúde é o Programa de Saúde da Família - PSF. No caso de Minas Gerais, a proposta do Saúde em Casa significa um avanço, uma qualificação do PSF, ou seja, como fazer com que o trabalho das equipes do PSF incorpore esse avanço. Conforme a Secretaria, o principal problema do PSF é a qualificação de suas equipes. A integração de ações de promoção à saúde, especificamente na área de alimentação e nutrição, é fundamental. Essa é uma preocupação da Secretaria de Saúde. Este fórum poderá contribuir para a atenção primária à saúde, área em que o SUS pode inovar, qualificar e responder pela promoção à saúde em geral ou à área de alimentação nutricional. Como poderemos construir modelos de integração? A Secretaria tem feito isso utilizando dois programas importantes. O programa Viva a Vida é voltado para a questão da mortalidade infantil e materna. De outro lado, o Saúde em Casa é um programa dedicado à questão da saúde da família. A Secretaria de Saúde quer colocar este primeiro ponto de debate para o fórum, quer dizer, como fazer com que haja de fato transversalidade dessas ações e como elas efetivamente podem qualificar as ações na atenção primária, especificamente das equipes do Saúde da Família.

Entre a minha primeira estada na Secretaria e a segunda, houve uma característica muito positiva, que foi o avanço da sociedade do ponto de vista da participação do SUS e do controle, fortificado principalmente por meio da ação do Ministério Público. A quantidade de ações do Ministério Público ou diretamente do Judiciário junto à Secretaria ou junto às próprias Secretarias Municipais tem aumentado progressivamente, não só no que diz respeito à obesidade como problema de promoção da saúde, que é, sem dúvida, 95% da questão, mas também no que diz respeito àqueles 5% que representam o problema do tratamento, digamos. Do ponto de vista da saúde pública, isso tem pouca importância, porque o problema vem muito antes do tratamento. Hoje o SUS tem trabalhado nesse aspecto, e a situação tem sido questionada no SUS estadual ou no âmbito municipal por meio de ações. A cirurgia de obesidade mórbida é um exemplo. A Secretaria de Saúde promoveu há dois anos um ciclo de debates com toda a área de alta complexidade, e uma das ações desse setor do SUS é a cirurgia bariátrica. Na verdade, a Secretaria teve dificuldades em encontrar evidências internacionais para construir a rede necessária ao Estado. Sabemos que a rede ainda está muito aquém da demanda e da pressão que tem sido verificada.

Outra questão que fica posta para o fórum, embora eu sinta que o ponto fundamental seja a questão da promoção à saúde, é o entrave que hoje se coloca para o SUS, isto é, a pressão pelo tratamento. A mídia, obviamente, trata muito do tema. Enquanto íamos falando, eu estava pensando na questão do Metformin, que apareceu na imprensa nos últimos dias. Sou profissional da saúde, trabalho na universidade e não tinha nenhuma informação sobre aquilo. Está certo que faz três anos que estou na Secretaria e afastei-me um pouco da questão acadêmica propriamente dita. Li sobre isso na revista "Veja", parece, e no outro dia a secretária do Secretário me perguntou como era aquela coisa do remédio, dizendo que estava com uma gordura na cintura. Temos de verificar como essa temática está colocada, muitas vezes de modo inadequado, ou seja, apresentando determinadas questões para a pessoa. A própria cirurgia bariátrica tem sua indicação e importância, por um lado, mas efetivamente não resolve a questão da obesidade. Aliás, se não houver promoção à saúde, se não houver alimentação adequada, se não houver exercício físico e tudo aquilo que é necessário tanto à promoção quanto ao tratamento, essa ação não terá eficácia, obviamente. Mas, sem dúvida, o aspecto do tratamento cada dia vem pressionando mais o sistema e é um outro entrave para o qual o fórum pode contribuir, verificando como isso se encaixa numa política pública adequada.

O SUS foi pensado desde o princípio como uma política sistêmica, mas existem questões específicas. O problema dos medicamentos excepcionais tem gerado pressão no SUS e criado distorções e dificuldades do ponto de vista da gestão. Quero citar um exemplo, para

encerrar. Refere-se a esse meu retorno à Secretaria de Saúde e aos entraves existentes. Com o dinheiro do Ministério e o do próprio governo do Estado, Minas Gerais gastava na área de medicamento básico algo em torno de R\$40.000.000,00 e agora, com a nova política do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde, gastará em torno de R\$100.000.000,00. Isso, para atender 20 milhões de mineiros. A política de medicamentos excepcionais... Boa parte dessas doenças, que são problemas específicos, progressivamente... Talvez daqui a um tempo alguém diga: "Vamos colocar o Metformim para ser fornecido aos obesos". É desse modo que as coisas têm ocorrido, do ponto de vista da política pública. São destinados R\$150.000.000,00 para aproximadamente 30 mil mineiros.

Quanto à gestão dessa questão específica da cirurgia bariátrica, a Secretaria espera a contribuição para a própria formulação que tem a fazer. Ela tem desenvolvido um conjunto de ações internamente. Já dei vários exemplos, e a Beatriz falará sobre o exemplo do Agita Minas. Há um conjunto de ações da Secretaria de Estado com as Secretarias Municipais e com o próprio Ministério da Saúde para que essa seja, de fato, uma política de Estado. Sem essa parceria entre os três níveis de governo, realmente as coisas não evoluirão. Este é um espaço importante para que o governo do Estado possa debater com a sociedade civil, seja com as entidades de classe, com as diferentes representações envolvidas com a questão nutricional, seja com os Conselhos.

Esperamos que este fórum traga importantes contribuições para a Secretaria de Saúde e que assim ela tenha estímulo e direcionamento com relação ao que tem formulado, avançando na questão nutricional, na atenção primária e na promoção da saúde. Trabalhamos o problema nutricional transversal, que atinge uma questão fundamental, que é a saúde pública. Mas hoje, do ponto de vista da política geral, temos de trabalhar a integração dos problemas transversal, horizontal e vertical.

Parabéns a esta Assembléia, ao Deputado Adelmo Carneiro Leão, às diferentes Secretarias e Conselhos que participaram da formulação deste fórum. Em nome do Secretário, queremos agradecer a oportunidade e dizer que a Secretaria está à disposição de todos para que possamos debater o que tem sido feito ou o que, eventualmente, seja necessário implementar no SUS em parceria com as Secretarias Municipais e com o Ministério.guardo os resultados deste fórum. Muito obrigado.

O Sr. Presidente (Deputado Adelmo Carneiro Leão) - Com a palavra, o Sr. Celi Márcio Santos, Secretário Executivo do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável de Minas Gerais - Consea-MG -, representando o Bispo D. Mauro Morelli, Presidente do Consea-MG e do Consea de São Paulo.

Palavras do Sr. Celi Márcio Santos

Cumprimento o Deputado Adelmo Carneiro Leão, os componentes da Mesa e os demais presentes. Quero transmitir o abraço que D. Mauro mandou para todos. Como Presidente do Consea-MG, do Consea de São Paulo e do Instituto de Alimentação Adequada, D. Mauro é uma pessoa muito atribulada, e hoje não pôde vir a este fórum.

Perguntei ao D. Mauro sobre qual assunto ele gostaria que eu falasse na abertura do seminário, em seu nome. Pelo fato de ele ser Bispo e pastor e de eu o conhecer muito bem, pediu-me que falasse sobre parábolas, como Jesus Cristo fazia.

Quando as pessoas lhe perguntam o que é segurança alimentar e nutricional, para não dar aquele conceito de tratar-se da garantia do direito de acesso à alimentação de qualidade, em quantidade nutricional, e para não se alongar muito, ele apenas diz que segurança alimentar é o que a gente come e bebe para trazer saúde e vida. É assim que ele define segurança alimentar para as pessoas mais simples.

D. Mauro sempre diz que existe segurança alimentar quando aquilo que como e bebo vai-me trazer saúde e vida, e não doença e morte.

Também me pediu para anunciar ou relembrar que o Estado de Minas Gerais é o primeiro Estado do Brasil que possui uma lei estadual de segurança alimentar e nutricional, que foi proposta pelo Governador e votada nesta Casa, após uma discussão com toda a sociedade. A referida lei foi promulgada em janeiro deste ano, estando em processo de regulamentação.

Há nessa lei algumas diretrizes muito importantes para a definição de políticas na área da segurança alimentar e nutricional no Estado de Minas, entre elas a questão da saúde, da nutrição e da educação alimentar. Digo isso por ter completa ligação com o tema deste fórum técnico de hoje.

Os resultados deste fórum vão contribuir não só para os Deputados, mas também para os conselheiros do Consea - que aqui se fazem presentes -, na proposição de políticas públicas relacionadas ao tema em questão.

Gostaria de informar que estaremos realizando em Minas, ainda este mês, um encontro com o Consea de São Paulo para discutir a política nacional de alimentação e nutrição, que também é um instrumento importante que precisa ser resgatado em toda a sociedade, por trazer uma série de implicações relacionadas ao tema. Infelizmente, o referido encontro não é aberto ao público, mas os senhores poderão buscar maiores informações sobre ele.

Vamos cobrar dos nossos governantes, no âmbito municipal, estadual ou federal, a implementação dessa política. Desejo que o encontro seja bem proveitoso para todos. Obrigado.

O Sr. Presidente - A Assembléia Legislativa de Minas Gerais manifesta seus agradecimentos às autoridades que participaram da abertura deste fórum, deixando-as à vontade para continuarem conosco ou cumprirem obrigações anteriormente agendadas.

Neste instante, daremos início à palestra "Obesidade: Desafios e Perspectivas", por meio da apresentação do painel "Legislação e Políticas Públicas Voltadas para a Prevenção da Obesidade".

Palavras do Sr. Walmir Ferreira Coutinho

Bom-dia a todos. Antes de mais nada, gostaria de falar da minha satisfação em tratar do tema da obesidade neste ambiente legislativo. Agradeço o convite e parabênizo a Assembléia Legislativa de Minas por ter tido a importante iniciativa de trazer o debate para esta Casa.

Nos próximos 30 minutos, vou tentar abordar esse tema da forma mais objetiva e abrangente possível, falando não somente dos riscos da obesidade, com alguns dados do panorama da epidemia da obesidade no Brasil e em outros países em desenvolvimento, mas também de alguns desafios, com possíveis perspectivas de solução de médio e longo prazo. Já se foi o tempo em que a obesidade era considerada um problema de ricos. Já se sabe que hoje, nos países desenvolvidos, a obesidade é mais prevalente entre as classes de renda mais baixa que entre as classes mais altas. Quando comparamos os países das chamadas economias em transição com os países chamados de economia de mercado, a prevalência de obesidade é quase a mesma. Existe um agravante: as taxas de crescimento da obesidade nos países em

desenvolvimento é maior que nos países já desenvolvidos, como veremos mais adiante.

Esses dados são alarmantes. A obesidade infantil, até em países africanos, começa a representar um problema de saúde pública. Quando comparamos com dados de desnutrição - esse já é um estudo antigo, de 1995 -, vemos a convivência do problema da obesidade com o problema da desnutrição. Em uma mesma comunidade podemos ter a convivência dos dois aspectos, sendo que o sobrepeso e a obesidade chegam a superar a prevalência da desnutrição, mesmo em populações de renda mais baixa.

Quando comparamos a prevalência da obesidade infantil no Brasil, por exemplo, com os Estados Unidos, vemos que lá o problema é ainda mais grave. Mas, se analisamos o intervalo de tempo de mais ou menos 20 anos entre essa primeira pesquisa e a segunda, e comparamos com a taxa de crescimento da obesidade no Brasil e a norte-americana - e estamos falando de obesidade infantil -, observamos que, no mesmo período de tempo, enquanto o crescimento lá foi de 66%, aqui o crescimento foi de 239%.

O que poderia explicar essa elevada taxa de crescimento? Os dados já mencionados pelo Deputado Adelmo Carneiro Leão, na abertura da reunião, recentemente divulgados pelo IBGE, mostram números alarmantes, principalmente entre adolescentes do sexo masculino. De uma prevalência, em 1975, de 3,9% de adolescentes obesos, hoje 18% de adolescentes do sexo masculino estão com problemas de excesso de peso, e 5,9 milhões de jovens brasileiros estão incluídos nessa categoria. O que pode explicar esse crescimento tão rápido, e tão mais rápido se comparado, por exemplo, com os líderes mundiais em obesidade, os norte-americanos? É provável que os dados do IBGE nos dêem uma das respostas ou parte da resposta a isso.

Aqui vemos a evolução, em um período de duas décadas, do percentual de lares brasileiros com acesso a três itens de conforto: carro, televisão e telefone. Vemos que praticamente duplicou o percentual de famílias com acesso a esses itens de conforto. São itens comprovadamente "obesogênicos", relacionados a um risco maior de obesidade.

Estamos vivendo ainda um processo de mudança que nos países desenvolvidos ocorreu há algumas décadas. Há 20 anos, provavelmente, todos os norte-americanos tinham acesso a esses itens de conforto. A perspectiva é muito sombria. O que mais preocupa é que, como sabemos bem, a obesidade está relacionada com doenças muito graves, de alta taxa de mortalidade. A cintura abdominal, hoje, tem sido considerada mais importante, do ponto de vista clínico, que o peso corporal, para avaliar o risco metabólico do indivíduo. Esse acúmulo de gordura na região infra-abdominal aumenta os riscos da chamada síndrome metabólica e de todas as doenças cardiovasculares das quais o obeso geralmente vai acabar falecendo: acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, ele tem um risco enorme de se transformar em diabético.

Esse processo vascular que acomete o obeso não se inicia na vida adulta. Temos estudos que mostram claramente que as crianças obesas, hoje, não estão simplesmente em risco, já estão doentes. O processo de arteriosclerose já se encontra em franca progressão, ainda na infância, quando a criança está obesa.

A diabetes é uma epidemia que caminha de mãos dadas com a obesidade. Muita gente tem usado o termo "diabetesidade" para deixar bem clara a relação íntima que existe entre a obesidade e o chamado diabetes tipo 2.

Aqui vemos dados alarmantes da região da América Latina e do Caribe mostrando que o diabetes responde por mais de 300 mil mortes anuais no nosso continente, com um gasto para os cofres públicos de US\$65.000.000.000,00, sendo US\$10.000.000.000,00 de custos diretos e R\$55.000.000.000,00 de custos indiretos.

Este gráfico mostra claramente que o brasileiro ou qualquer habitante de país em desenvolvimento, embora a desnutrição deva ser erradicada, sofre de doenças relacionadas a excessos alimentares. Aqui vemos, em vermelho, vários tipos de câncer; em verde, doenças isquêmicas do coração, doenças cardiovasculares. São as doenças que mais matam nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil.

Ao verificar o que causa essa epidemia e qual o impacto da genética e do meio ambiente, temos fortes evidências nos dois lados: tanto genes como o ambiente conspiram para o crescimento da epidemia. Obviamente, a genética explica vários casos de obesidade, mas não explica a epidemia, pois, nas últimas décadas, nosso patrimônio genético, logicamente, não mudou.

Há evidências importantes tanto do lado da genética como do ambiental. Foi publicado um estudo demonstrando que cachorros e gatos de donos obesos são mais obesos que os de donos magros, mostrando claramente que o convívio ambiental e os fatores culturais representam um papel importante.

A questão da genética é muito importante. Nossos genes, muitas vezes, enviam sinais que seriam vantajosos, há milhares de anos, e que hoje, na sociedade em que vivemos, tornaram-se extremamente desvantajosos. É a chamada hipótese do gene poupador, ou seja, esse homem das cavernas, caso tivesse um gene que o fizesse poupar energia, teria muito maior chance de sobreviver e deixar descendentes. Esses genes, hoje, transformaram-se em genes que predisõem a pessoa à obesidade. Genes que participam da produção e da regulação de várias dessas moléculas.

Temos aqui, do lado esquerdo dessa balança, pelo menos umas oito ou nove moléculas que sabidamente aumentam o apetite. Nessa aqui, temos umas 15 ou 20 que diminuem o apetite. Qualquer alteração nos genes que regulam qualquer dessas moléculas pode predispor o indivíduo à obesidade.

Mas é claro que não é disso que falamos hoje. Falamos de uma epidemia que tem suas causas claramente em fatores ambientais. Esse é o desafio que se impõe: de que maneira podemos controlar e interferir nesses fatores ambientais que criam o que alguns atualmente têm chamado de ambiente tóxico ou ambiente obesogênico. Sabemos que as duas grandes causas do problema são a alimentação e a inatividade física. Existem causas acessórias, e aqui poderíamos listar mais umas 10, que não têm tanta relevância. O principal está aqui: alimentação e atividade física, apesar de que a televisão merecerá uma consideração mais detalhada.

Outro fator: cada vez mais se come fora. Trazemos um dado do exterior porque não encontramos dados brasileiros sobre o assunto. Num intervalo de 30 anos, vejamos como aumentou o percentual do que é gasto em alimentação, nos Estados Unidos, fora de casa. De 34%, passou-se a 47%. E, quando se vai comer fora, encontramos porções de alimentos cada vez maiores. Vejam os senhores como aumentou, de forma dramática, o tamanho médio de cada porção dos alimentos aqui citados.

Uma cadeia de "fast food" que, no começo da década de 80, tinha como típico um lanche com 627 calorias, hoje tem seu lanche típico com 1.805 calorias, tendo a gordura sido aumentada de 19g para 84g em média.

Aqui vemos o que as crianças bebem e como isso variou, nos Estados Unidos, de 1965 a 1996. Cresceu o consumo de refrigerantes, embora não sejam os grandes consumidores. O maior consumo "per capita" de refrigerante, no mundo, dá-se no México. Isso quer dizer que eles investem maciçamente para que, nos países em desenvolvimento, consigam um incremento de vendas a fim de compensar a perda de vendas

nos países desenvolvidos. O consumo de sucos praticamente se mantém, e o de leite está caindo nitidamente ao longo desse período. Gosto muito desse cartum, que demonstra a interação entre a genética e o meio ambiente, ou seja, é uma interação muito forte e clara, em que o pai, além de já ter provavelmente transmitido ao seu filho algum genes que podem predispor-lo à obesidade, ainda, por meio de maus hábitos, de uma cultura equivocada, acaba, de certa forma, condicionando-o a herdar também seu problema de obesidade.

Há uma frase de Pitágoras muito adequada ao desafio da prevenção da obesidade infantil, que diz que temos de educar as crianças hoje para que elas não sejam punidas na vida adulta, como veremos mais adiante. Por meio dos maus exemplos, serão geradas nessas crianças atitudes negativas. Nossos jovens tenderão a ter os péssimos hábitos que seus pais já lhes transmitiram. Além disso, há o bombardeio do "marketing" da economia globalizada, para que a criança consuma, com exagero, esse tipo de alimento. Já foram feitos estudos comparativos entre a média de calorias anunciadas no horário infantil pela televisão e a média de calorias anunciadas no horário adulto. No horário infantil, é anunciado o dobro ou o triplo das calorias. Assim, as crianças estão sendo, quando diante de seus televisores, bombardeadas por uma propaganda que praticamente as condiciona ao consumo daquelas novidades e guloseimas. Elas são condicionadas a consumir mais calorias, quando saem da frente da televisão e, muitas vezes, quando ainda estão à frente da tevê.

Moro numa cidade que tem fama, até internacional, de ser muito saudável. Já ouvi, em alguns congressos internacionais, as pessoas falarem como seria bom se todos fossem como os cariocas, que se exercitam o tempo todo. Sempre que passamos pelas Praias de Ipanema e Copacabana, vemos pessoas pedalar e correrem. Isso é um mito, pois o Rio de Janeiro, como a grande maioria das cidades brasileiras, é uma cidade sedentária. Os números do sedentarismo são alarmantes. Em mulheres, chega a quase 80%.

Em todas as cidades, há dificuldades enormes de se promover atividade física. É claro que o problema da segurança acaba agravando a questão ambiental da obesidade. É muito difícil convencer uma criança obesa a se exercitar mais quando ela não encontra segurança nem para descer à rua. Ela praticamente fica presa na frente da televisão por praticamente 4, 5 horas por dia. O sedentarismo, na verdade, é a regra no Brasil e na maioria dos países.

Algo aconteceu aqui, e vários "slides" ficaram para trás. Fomos diretamente para o final da apresentação.

Só mais um comentário sobre a televisão. Foi feito um grande estudo longitudinal na Nova Zelândia, que conseguiu fazer demonstrações com muita elegância. Eles compararam o que chamam de tamanho do efeito, ou seja, compararam o tamanho do efeito das duas grandes causas da obesidade, a má alimentação e a inatividade física, com o tamanho do efeito das horas de televisão a que as crianças assistem. Constataram, assim, que o maior efeito é o das horas de televisão, que apresentou maior impacto na incidência de novos casos de obesidade que a má alimentação ou a inatividade física. Claro que podemos dizer que o hábito de ver televisão é mediado pela inatividade física e pela má alimentação, vindo a desencadear a obesidade; todavia, precisamos fazer esse alerta, que é muito importante.

Encontrei uma frase do Pe. Antônio Vieira, que dizia "que é nosso artifício afeiar a dificuldade para fazer mais formosa a solução". Já que tentamos pintar esse quadro sombrio da epidemia da obesidade, podemos discutir agora algumas soluções que se impõem.

Em primeiro lugar, acho que é muito importante termos em mente... Não vamos analisar em detalhes estes "slides", mas são "slides" da IOTF, em que vários níveis de intervenção têm que ser analisados, para que cheguemos a um bom resultado. Não se pode atuar simplesmente em nível local, comunitário e esquecer o nível nacional e o impacto dos fatores internacionais, como a própria globalização de mercado. Tudo isso tem que ser gerenciado em conjunto.

Exemplos de idéias criativas que funcionaram: na Universidade de Minnesota, simplesmente oferecendo um desconto de 50% no preço, conseguiram aumentar em até 300% o consumo de cenouras e frutas. Quer dizer, algo muito simples deu resultado. Na Universidade de Stanford, o Dr. Robson acompanhou 195 crianças obesas durante nove meses, e a única intervenção que propôs foi limitar a televisão a 1 hora diária, e elas emagreceram. Sem fazer mais nada, apenas limitando o tempo que assistiam à televisão, as crianças emagreceram.

Há outros exemplos mais radicais e que dificilmente seriam aplicados num país como o Brasil. Em Cingapura, preocupados com o aumento da obesidade infantil, lançaram um grande programa escolar pelo qual a criança obesa que não conseguia emagrecer repetia o ano. É algo que logicamente só pode funcionar num Estado pequeno, cujo regime de governo é totalitário.

Algumas iniciativas brasileiras são muito louváveis, e devemos tentar apoiá-las, fazê-las surgir em outras partes e para elas contribuir. Por exemplo, ações legislativas que funcionaram: proibição de guloseimas em cantinas escolares - isso foi válido pelo menos em Florianópolis e no Rio de Janeiro, no Rio está funcionando mais na rede pública -; rotulagem nutricional obrigatória.

Isso será abordado depois pela Dra. Ana Beatriz, mas posso dizer que o Brasil teve um grande avanço, foi o primeiro país em desenvolvimento a ter uma lei de rotulagem nutricional obrigatória. Agora fica o desafio: "como transformar isso em uma medida mais compreensível pela população?".

Intervenções em escolas do Rio de Janeiro e de Recife; ações educativas que o Ministério realizou há cinco ou seis anos - não sei se ainda estão em andamento, mas, por meio do programa TV Escola, foram divulgados vídeos educativos para escolas de diversas partes do País.

Enfim, são medidas importantes que precisam também do respaldo da sociedade e do ambiente acadêmico. As sociedades médica e de nutrição, neste ano, estão dando um passo importante para que consigamos avançar nessa questão. Por sugestão da Globo On-Line, para a prevenção de doenças crônicas, diversas sociedades brasileiras que estão aqui representadas pelas suas logomarcas - de endocrinologia, obesidade, diabetes, nutrição, alimentação e nutrição, pediatria, hipertensão e cardiologia - juntaram-se e criaram a Aliança Brasileira para Prevenção da Obesidade e das Doenças Associadas. Essa Aliança pretende propor ações e estratégias, para que se consiga avançar nessa questão, principalmente na prevenção da obesidade infanto-juvenil.

Quando se trata de proteger o consumidor, a minha visão pessoal é a de que há passos que precisam ser dados, mesmo difíceis, não só quanto ao controle da propaganda, mas também quanto à rotulagem nutricional. Já sabemos que a população não compreende bem o que está exposto nos rótulos. Então, o que podemos fazer para transformar isso em algo mais prescritivo, que diga claramente que aquele alimento é perigoso ou saudável? Queremos estimular o consumo do alimento? Vamos estampar um rótulo verde, como se fez na Suécia, ou um rótulo vermelho ou uma advertência nos perigosos? Quer dizer, são decisões politicamente difíceis, mas que precisamos ter em mente e guardar como ferramentas importantes no arsenal de intervenção. Diante de uma epidemia que se considera grave, talvez as soluções tenham de ser bem rigorosas.

Iniciativas de alimentação saudável em escolas: no Rio de Janeiro, existe uma iniciativa municipal que já atendeu a mais de 1.050 escolas e continua funcionando também com ações educativas. As merendeiras que preparam os alimentos recebem treinamento para uma alimentação saudável.

Enfim, existem diversas iniciativas que são louváveis e merecem ser expandidas e copiadas. Estamos vendo hoje avanços legislativos no Estado

de Minas Gerais sobre segurança nutricional. Precisamos talvez pensar em como transformar a saúde em algo contagioso e fazer com que essas ações sejam reproduzidas em outros Estados brasileiros e difundidas por todo o País.

Aproveito os últimos seis ou sete minutos que me restam para abordar um tema. Acabo de ver a chegada de um grande amigo, Dr. Saulo Cavalcanti, de Minas Gerais, que está nesta luta conosco há alguns anos, junto à Sociedade de Diabetes e Endocrinologia. Hoje, estamos tratando da obesidade como uma questão de saúde pública. Acho que os tratamentos da obesidade hoje são um escândalo sanitário, são um problema gravíssimo, do ponto de vista sanitário, não somente do ponto de vista clínico. Acabaram de ser divulgados pela ONU dados que dão conta de que o Brasil acaba de assumir a liderança mundial em consumo de inibidores de apetite. Provavelmente, nós, que vamos começar a ouvir certos deboches sobre futebol quando sairmos do Brasil, ouviremos também sobre a questão da obesidade. Tive notícia de que um psiquiatra brasileiro muito famoso sofreu um tipo de deboche em uma reunião promovida pela ONU para falar sobre controle de anorexia. Um estrangeiro lhe disse: "Agora entendo o problema da fome zero no Brasil, por que isso vai funcionar tão bem: é porque, com o que vocês consomem de inibidores de apetite, não vai existir mais fome no País". Quer dizer, internacionalmente, essa situação de descalabro nos tratamentos da obesidade atingiu uma proporção que está preocupando as Nações Unidas. Aqui no Brasil estamos muito preocupados em controlar, de alguma maneira.

Nestes cinco minutos, gostaria de falar um pouquinho sobre essa questão e propor algumas soluções que são viáveis para tentar controlar isso. Em grande parte, esse é nosso desafio. A imagem que a pessoa com excesso de peso tem, quando procura qualquer tratamento para emagrecer, é de um resultado milagroso, mais ou menos como isto, que só se consiga por meio de recursos gráficos e de programas de computador. Diante do resultado prático, que é o que preconizamos que a pessoa consiga atingir, geralmente os pacientes se desesperam. Preconizamos uma perda de 2kg a 4kg por mês. Todo mundo quer perder de 7kg a 10kg. Nessa busca da perda de 7kg a 10kg por mês, essas pessoas procuram soluções mágicas, soluções rápidas, por meio de dietas da moda.

Trouxe a primeira dieta de que se tem registro, proposta por Hipócrates, o grande gênio da medicina. Ele dizia que quem precisa emagrecer deveria fazer suas refeições enquanto estivesse ainda ofegante, em suas atividades físicas, e dormir, toda noite, em cama bem dura. Não sei como a cama dura entra nesse processo de emagrecimento, mas ele propôs isso.

Daí a coisa evoluiu para propostas cada vez mais sem sentido. Listamos algumas aqui, como a dieta do tipo sanguíneo, que agora começa a dar até metástase. Está sendo lançado um livro para cada tipo sanguíneo. Nada disso tem o menor fundamento. Não vou nem discutir mais essas dietas, mas é um problema que atrapalha muito a promoção da alimentação saudável, a estratégia de tentar induzir essas pessoas a ter um hábito alimentar mais saudável.

Em 1999, a Abeso lançou uma campanha nacional chamada Dieta Não, propondo como alternativa à dieta o plano alimentar equilibrado, orientado por profissionais de saúde. Na época, essa campanha foi coordenada por uma nutricionista de Minas, da Universidade Federal de Viçosa, Dra. Josefina Bressan Monteiro. Do ponto de vista clínico, hoje fala-se mais sobre o plano alimentar, sobre algo definitivo do que sobre dietas propondo soluções fáceis.

Isto aqui é o que gera essa situação de descalabro do tratamento da obesidade. Grande parte da chamada indústria do emagrecimento, no Brasil, está girando em torno disso. São as chamadas fórmulas mágicas de emagrecimento, que muita gente chama de bombas para emagrecer. Mostrarei exemplos de dois lados nefastos desse tratamento medicamentoso. Um lado é este. Aqui há mais de 40 produtos listados. Isso foi prescrito para um mesmo paciente, a um custo mensal de R\$1.200,00. Podem analisar que não há aqui nenhum agente que tenha evidência científica de eficácia no tratamento da obesidade.

Esse paciente procurou o médico com o único objetivo de emagrecer. É o uso de substâncias sem respaldo científico de eficácia. Essa é a bomba que faz perder de 7kg a 10kg por mês, que provoca o milagre, sempre contendo hormônios de tireóide em doses excessivas. Quando se fala em controlar o anorexismo, tem-se que tirar esses hormônios de tireóide das fórmulas. Diversos óbitos já foram registrados e também complicações gravíssimas. E essas pessoas que perdem de 7kg a 10kg por mês, quando param de tomar o produto, engordam mais do que emagreceram. Isso se tornou um problema de saúde pública no Brasil. Temos um estudo feito no Rio de Janeiro, por amostragem domiciliar, mostrando que, em mulheres adultas, o consumo de hormônios tireoidianos para emagrecer, em fórmulas, chega a 20%. É uma coisa calamitosa.

Temos vários consensos e diretrizes respaldando o que realmente deve ser feito em termos de tratamento medicamentoso. Não vamos deter-nos nisso, mas existem sete medicamentos que têm eficácia comprovada cientificamente e que podem ser usados. Fizemos um levantamento e descobrimos que são usados aproximadamente 200 produtos no tratamento da obesidade.

Uma imagem fala mais que mil palavras. Este "slide" mostra que é a mudança de hábito que leva aos melhores resultados, e não a solução mágica. Não são os remédios que fazem emagrecer, eles ajudam no programa de emagrecimento, mas nenhum deles faz milagre em resolver um problema que é resultado da interação da genética com o meio ambiente obesogênico, como estamos enfrentando hoje.

Concluindo, queria chamar a atenção para essa questão da obesidade como um problema grave de saúde pública. E, como tal, é um problema que requer medidas urgentes não somente de prevenção, mas também de tratamento.

Apesar de conhecermos cada vez mais o importante papel que tem o gene na obesidade, certamente esses fatores ambientais é que fazem crescer a epidemia da obesidade. O meio ambiente é o que precisa ser atingido de forma mais direta. Os maus hábitos alimentares só podem ser combatidos por meio de mudanças ambientais na escola, no lar, no trabalho e na comunidade. Essas mudanças só podem ser alcançadas por um esforço coordenado de toda a sociedade. É muito importante que os profissionais de saúde estejam conscientes disso e engajados nessa luta, porque o ambiente está conspirando para que a obesidade continue crescendo. Precisamos do engajamento de toda a sociedade, do nosso Poder Legislativo, para nos ajudarem a vencer as dificuldades de enfrentamento desse problema.

Infelizmente, essas intervenções se mostram insuficientes para mudar o estilo de vida no caso de crianças e adultos que já têm excesso de peso e obesidade. Torna-se necessário o uso de medicamentos e, em casos extremos, da cirurgia bariátrica. E esse extremo também é preocupante, mas fico feliz em ver que ele será debatido neste fórum, que debaterá como tornar disponível para a população de baixa renda a cirurgia bariátrica.

Muito obrigado pela atenção.

- No decorrer do pronunciamento, procede-se à apresentação de "slides".

Palavras da Sra. Ana Beatriz Vasconcellos

Bom-dia. O Ministério da Saúde parabeniza a Assembléia Legislativa e todos os órgãos pela organização deste evento, que proporcionará o debate sobre esse tema que preocupa a saúde pública brasileira, como bem disse o Walmir.

Várias reuniões, medidas e ações setoriais vêm sendo implementadas para conter essa epidemia de obesidade que atinge as crianças, os adolescente e os adultos brasileiros.

Exporei alguns dados que podem reafirmar o que o Walmir já demonstrou em termos nacionais e internacionais. Apresentarei também o que o Ministério da Saúde desenvolve como prioridade e como ação estratégica na área da promoção da saúde, no que diz respeito à prevenção da obesidade.

Ele citou palavras do Pe. Antônio Vieira. Os dados demonstram que a situação é feia e muito grave, mas esses números devem ser mostrados, para que tenhamos a noção exata da dimensão desse problema.

O panorama mundial é o seguinte. Ocorreu uma mudança profunda no perfil da morbi-mortalidade na maior parte dos países; e houve um aumento expressivo das doenças crônicas não transmissíveis. Essas doenças já assumem 60% do total de óbitos do mundo e 46% da carga de doença. Os infartos e os derrames matam 12 milhões de pessoas por ano; e estima-se que 177 milhões de pessoas sejam diabéticos, a maioria com diabetes tipo 2, nos países em desenvolvimento. No Brasil há um grande número de pessoas com diabetes tipo 2.

Mundialmente, estima-se que, em 2030, 366 milhões de pessoas estejam com "diabetes mellitus". O excesso de peso afeta 1 bilhão de adultos e 20 milhões de crianças.

A projeção é mais grave ainda. As doenças crônicas serão responsáveis por quase 3/4 dos óbitos no ano de 2020. Em 20 anos haverá um aumento muito significativo de 400% da população com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento. No Brasil, a população idosa, acima de 60 anos, passará de 8% para 15%. É importante frisar que, para a OMS, uma população é considerada envelhecida quando a porcentagem de idosos ultrapassa 7%.

Como esse perfil de saúde e nutrição mudou nos últimos anos? Caracterizamos essa alteração por três transições que normalmente analisamos na área da saúde.

A transição epidemiológica, que é a mortalidade por DCNT. Há uma redução das doenças infecciosas e transmissíveis e as associadas à desnutrição, mas há mortalidade crescente pelas DCNTs. A isso chamamos dupla carga de doenças.

Em países como o nosso, que convive com a desnutrição e a obesidade, isso significa muito para os gastos públicos. Gastamos muito para reduzir e eliminar a desnutrição, o que é absolutamente necessário para a população, e gastamos igualmente muito com as DCNTs. Mostrarei depois um "slide" com o percentual de gasto do SUS com essas doenças.

A transição nutricional, que é a mudança na alimentação e a redução da atividade física, faz com que a obesidade supere a nutrição. A transição demográfica significa o envelhecimento populacional e a acelerada urbanização, que trazem uma mudança de hábitos da população, e o fenômeno da globalização, ou seja, a difusão rápida de hábitos e padrões globais de comportamento. A alimentação é o hábito global que mais nos afeta. O padrão atual de consumo é totalmente internacional. Em qualquer lugar do mundo, encontraremos as mesmas cadeias de lanchonetes e restaurantes.

No cenário brasileiro, constatamos queda acentuada das doenças infecciosas e das associadas à nutrição e o crescimento das doenças crônicas, que, em 2002, representaram 69% dos gastos com a saúde pública no Brasil. Isso é muito grave, porque esse gasto já se dá num nível alto de complexidade. As pessoas com tais doenças já chegam ao hospital infartando, em processo de difícil reversão, o que significa alto custo para o sistema de saúde, seja público, seja o privado.

Essa é a grave situação das doenças crônicas. Foram abandonadas ao longo do tempo por serem consideradas doenças da velhice. Não se implementaram ações de prevenção contra elas.

O custo do sistema de saúde, em geral, é de alto nível de complexidade quando as pessoas adoecem. Chegam ao hospital em estado grave ou exigindo o uso continuado de medicamentos. Isso representa custo em saúde, tanto para a renda do aposentado quanto para o caixa das três esferas de governo.

Quais são os fatores de risco comuns das DCNTs? Tabagismo, alcoolismo, alimentação, inatividade física, obesidade, pressão arterial elevada, deslipidimias e glicemia elevada. Observem que a obesidade é fator de risco para todas as doenças crônicas: doenças cardiovasculares e respiratórias, diabetes e câncer.

Quais são os principais fatores de risco e "causa mortis", principalmente nas Américas? Tabagismo, hipertensão, sobrepeso, colesterol alto e baixo consumo de frutas, legumes e verduras. Sabemos que frutas, legumes e verduras têm efeito protetor contra as doenças crônicas não transmissíveis.

No Brasil, as doenças cardiovasculares respondem por 32,3% da mortalidade. Depois, veremos as DCNTs, que trazem também dados significativos.

Aqui, vemos a tendência secular do excesso de peso no Brasil, assunto que o Walmir teve oportunidade de abordar. Considerando os três inquéritos que permitem a comparação de dados, tivemos um aumento de 18% para 41% de excesso de peso nos homens, aumento muito mais alarmante do que o verificado nas mulheres, que, embora apresentem percentuais parecidos, mostram certa estabilidade entre 1989 e 2003. Entre os homens, isso não se verifica; os índices praticamente dobram, o que observamos também nos meninos.

Para a obesidade, temos uma situação um pouco diferente. Apesar de as mulheres terem mais obesidade, o percentual é estabilizado ao longo do tempo, ou seja, a população cresce, mas o percentual, mesmo sendo alto, estabiliza-se. Já nos homens, observamos um aumento de 3,4%, basicamente em uma faixa de 10 anos, o que é bastante significativo.

Aqui, vemos os dados mais recentes para adolescentes, segundo os inquéritos nutricionais, e os últimos dados da Pesquisa de Orçamento Familiar - POF. O déficit de altura, primeiro índice antropométrico, que aponta para a qualidade de vida da população, sofreu uma redução, quer dizer, não temos tantos adolescentes com déficit de altura. O mesmo se verifica com relação ao déficit de IMC, o que significa que a situação de baixo peso ou de risco nutricional para o lado negativo também está estabilizada. Já quanto ao excesso de peso e a obesidade, os índices estão crescendo, tanto para o sexo masculino quanto para o sexo feminino. Com esses dados, o Ministério da Saúde trabalha para desenvolver suas políticas.

A mesma coisa acontece com os indicadores para adolescentes com idade entre 10 e 19 anos com relação ao excesso de peso: índice de 21,5%



para o sexo masculino, na Região Sudeste especificamente, que, ao lado Região Sul, é a que mais contribui para que o percentual de obesidade seja mais elevado. Se a média nacional de excesso de peso é de 18%, na Região Sudeste é de 21,8%, entre meninos, e 18%, entre meninas. Embora não tão significativa, verifica-se um certo aumento quando a comparamos com a média brasileira.

Como tendências globais do padrão alimentar e atividade física, temos: o aumento do consumo de gorduras saturadas e hidrogenadas, presentes basicamente nos produtos processados, que consumimos largamente hoje em dia; a substituição do consumo de alimentos ricos em nutrientes, como frutas, legumes e verduras, por alimentos energeticamente densos e pobres em micronutrientes; o aumento do consumo de alimentos salgados, gordurosos e açucarados e a redução dos níveis de atividade física.

No Brasil, com os dados da POF 2002-2003, que mede o gasto das famílias com todos os componentes, inclusive com alimentos, verificamos um aumento do consumo de gordura de origem animal e açúcar; um baixo consumo de cereais e leguminosas - o decréscimo dos nossos famosos arroz com feijão -, frutas, legumes e verduras - consumo que se reduziu, mas que, no Brasil, nunca foi muito alto, nunca foi significativo -; aumento do consumo de alimentos preparados e da alimentação fora de casa - esse dado é bastante variável entre os dados das classes sociais e de renda, creio que semelhante ao dado que o Walmir nos apresentou sobre os Estados Unidos, onde 30% das famílias de classe e renda mais altas fazem sua refeição fora de casa e o gasto é todo empenhado para essa alimentação extradomicílio -; um aumento expressivo do consumo de refrigerantes, que, de acordo com dados do Endef de 1974 e 1975 e de agora, 2006, foi de 400% em 30 anos - hoje o consumo de refrigerantes por nossa população é 400 vezes maior do que há 30 anos -; e uma provável redução da atividade física - 13% das pessoas que fazem atividade física fazem atividades relacionadas a lazer de final de semana, e apenas 3,3% podem afirmar que fazem um atividade física diária.

Este é um quadro sobre um inquérito feito pelo Inca, do Ministério da Saúde, juntamente com a Secretaria de Vigilância e Saúde, medindo os fatores de risco para as doenças crônicas não-transmissíveis nas principais capitais. Em Belo Horizonte, existe um percentual de 35% de inatividade física. João Pessoa e outras cidades possuem um alto grau de inatividade física. O sedentarismo e a atividade regular foram medidos.

Este é outro fator de risco, medido por esse mesmo inquérito: o consumo de frutas e verduras da população masculina nessas capitais. Na faixa azul, recomendação de cinco a seis porções por dia, temos um percentual mínimo da nossa população. Não há uma diferença significativa entre os sexos. Apesar de o sexo masculino apresentar um maior consumo de frutas e verduras, a diferença não é impactante.

Políticas e ações intersetoriais necessárias para provocar uma reversão nesse quadro. A política nacional de alimentação e nutrição é uma política do Sistema Único de Saúde, está locada nesse âmbito, é intersetorial e tem a alimentação saudável como eixo transversal. Isso é importante.

Essas são as diretrizes da PNAN: estímulo às ações intersetoriais, com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços em alimentação; monitoramento da situação alimentar e nutricional do País - isso, sim, é um investimento grande feito pelo Ministério, tanto na implantação de seu sistema de vigilância alimentar e nutricional como no financiamento de inquéritos e de pesquisa -; o próprio modo de antropometria da POF é uma iniciativa de financiamento do Ministério da Saúde para conhecer essas condições de saúde e nutrição da população para trabalharmos sobre essas informações; promoção de práticas alimentares saudáveis e prevenção e controles dos estudos nutricionais e doenças associadas à alimentação e à nutrição. As outras duas diretrizes são particularmente referentes a pesquisas e capacitação. São linhas de ação que procuramos desenvolver.

Algumas ações são estratégicas para a política de alimentação e nutrição no combate à obesidade. Em primeiro lugar, temos a publicação, elaboração, divulgação e utilização dos guias alimentares nacionais para crianças e adultos pelos profissionais de saúde. Tivemos oportunidade de lançar, no ano passado, o Guia Alimentar Nacional para a população brasileira. Estamos em fase de impressão e vamos divulgá-lo para as redes de saúde. Essa é uma ação estratégica pelo desdobramento que possibilita.

A iniciativa nacional de incentivo ao consumo de alimentos saudáveis, com ênfase em frutas, legumes e verduras, precisa ser aumentada no Brasil. Precisamos da regulamentação da promoção da alimentação saudável nas escolas, e da regulamentação da publicidade e propaganda de alimentos.

Não cite a rotulagem nutricional, uma ação que teve uma portaria publicada em 2000 e refeita em 2002, quando foi harmonizada no âmbito do Mercosul. Temos um franco desafio de implementação das ações de regulamentação. A Agência de Vigilância Sanitária encarrega-se de capacitar seus profissionais e os Procons para melhorar o entendimento dessa rotulagem nutricional.

Esse é o guia alimentar para a população brasileira que estabelece as diretrizes técnicas de alimentação, que é um instrumento decisivo para a promoção da alimentação saudável. Ele enfatiza a estratégia de saúde da família e como o profissional pode abordar a questão alimentar no âmbito familiar. Isso é muito importante e permite a elaboração de materiais direcionados a diversos públicos. Esse guia pode ser apropriado de formas distintas por qualquer Secretaria de Saúde do Estado ou do Município, por organizações não-governamentais e pelo próprio setor produtivo, para ampliar e fazer repercutirem as orientações. Ele possibilita o pacto social em prol da alimentação saudável.

Este fórum é um modelo para pactuarmos ações em todos os níveis de governo e entre os diferentes poderes com relação à alimentação saudável. Realmente, não se trata de uma ação isolada, como foi dito aqui. Precisamos do governo, do setor produtivo, da sociedade científica, de entidades da sociedade civil e dos Poderes Legislativo e Judiciário, que têm sido parceiros fundamentais na possibilidade de mudarmos o perfil que temos hoje.

Incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras é outra estratégia do Ministério da Saúde. Conforme foi medido pela Pesquisa de Orçamento Familiar - POF -, hoje, no Brasil, existe um consumo de 130g diárias por pessoa. O preconizado pela OMS é um consumo diário de 400g, que traria efeito protetor para as pessoas. Qual é a nossa meta? Triplicar esse consumo. É um desafio. Não basta que o Ministério da Saúde promova campanhas para divulgar isso. É preciso criarmos uma rede de abastecimento que favoreça a oferta desses produtos. Além disso, o poder de compra da população deve ser aumentado, a fim de que as pessoas tenham acesso a esses alimentos.

Se chegarmos a um supermercado classe AAA, verificaremos que a parte de frutas, legumes e verduras é toda bonitinha, os produtos são embalados e refrigerados. O mesmo não ocorre em mercadinhos de periferia, onde a situação é um horror: as cenouras são murchas, as bananas, além de pretas, ficam jogadas de qualquer maneira. Existem várias situações quanto ao abastecimento público nessa área. Não é uma ação isolada do setor da saúde, mas uma ação que exige organização dos setores de abastecimento em todos os níveis. Esse é um ponto importante.

Não é por acaso que esse assunto está sendo debatido pelo Consea nacional. É um GT específico reunindo o Ministério da Agricultura e o Conab, para verificarem a possibilidade de se ampliarem a produção e a oferta desses produtos, principalmente à população de baixa renda. O consumo de frutas e verduras é baixo em todas as classes de renda. Devemos mudar o hábito das classes de mais alta renda. Quanto às classes de menor renda, além de mudar seus hábitos alimentares, devemos possibilitar seu acesso a esses produtos. Precisamos trabalhar essas duas questões. As pessoas que têm mais dinheiro - mesmo que a renda aumente -, não deslocam mais recursos para comprar legumes e verduras. Talvez um pouco mais, porém não é um aumento significativo para o efeito protetor ideal.

Valorização da biodiversidade nacional, ou seja, aumento do consumo de alimentos regionais. O Brasil tem uma riqueza enorme de alimentos desse grupo.

Articulação com o setor produtivo e o varejo para desenvolver sistemas locais de abastecimento. Existe uma ação muito produtiva com a Anvisa, por meio de apoio a um projeto que mede resíduos de agrotóxicos. Muitas pessoas acham que esses produtos não são seguros. As nossas culturas não são devidamente controladas quanto ao uso de agrotóxicos, isso gera certo receio da população em consumir esses produtos.

Estimular os órgãos de divulgação sobre o efeito protetor de frutas, legumes e verduras. Existem campanhas e programas, como o 5 ao Dia, cujo objetivo é divulgar isso no mundo inteiro. Essas ações são muito importantes para essa iniciativa.

Alimentação saudável nas escolas. O Ministério da Saúde e o MEC publicaram, em 8/5/2006, uma portaria que consideramos uma vitória, porque define a promoção da alimentação saudável em escolas públicas e privadas, com base em seis eixos prioritários: realização de ações de educação nutricional e sua inclusão no modelo curricular adotado pela escola. Outros eixos são: estímulo à produção de hortas escolares, implantação de boas práticas de manipulação de alimentos, restrição ao comércio e à promoção comercial de alimentos e preparações com altos teores de gordura saturada, gordura trans, açúcar livre e sal nas cantinas escolares, incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras e monitoramento da situação nutricional dos escolares. Esse é um exemplo de ação intersetorial. Tanto a saúde quanto a educação entenderam que já era hora de alertar todos os níveis de governo sobre a necessidade de algo ser feito no âmbito das escolas. Obviamente, a implementação dessa portaria exige pactuações nos níveis estadual e municipal, entre os conselhos de saúde, os conselhos de alimentação e escolar e o sindicato das escolas privadas, mas contém as linhas mestras para mudarmos o panorama das escolas brasileiras.

Outra ação estratégica seria a própria regulamentação da propaganda de alimentos. O Ministério tem um grande cuidado nessa questão, pois entendemos que uma ação regulatória é extremamente eficiente nesse campo. Foi criado um grupo técnico, coordenado pela Anvisa e composto por representantes dos Ministérios da Saúde e da Agricultura, do próprio Idec, do Conar, da Associação Brasileira de Indústrias de Alimentos, enfim, de vários parceiros, para chegarmos a um modelo de regulamentação. É claro que não é algo fácil, não chegamos a um consenso tranqüilamente. Como causa impacto diretamente no setor produtivo, há uma grande resistência, mas foi o possível de ser construído. Nossa expectativa é que, com a mobilização da sociedade, a regulamentação seja colocada para consulta pública ainda em julho, para ser debatida por todos os setores.

Basicamente, a regulamentação define parâmetros do que sejam esses alimentos ricos em sódio, gordura e açúcar, a fim de que de fato sejam restritos na programação. Ela prevê a restrição de horários. O Walmir disse bem: alguns programas infantis são recheados de promoção de produtos não saudáveis. A restrição de horário precisa estar contida, então. A limitação de patrocínios e brindes também é uma recomendação, assim como frases de advertência para esses produtos, algo indicando que seu consumo excessivo não faz bem à saúde e pode acarretar doenças crônicas não transmissíveis. Esse é o ponto principal em que estamos trabalhando, entendendo que é necessária uma grande mobilização.

Recentemente o Conar lançou uma proposta de auto-regulamentação, sinalizando que o setor produtivo está preocupado com o assunto. Percebemos anteriormente, até na fala do Deputado, que muitas empresas de refrigerante dos Estados Unidos já mudaram seu perfil e já não vendem nas escolas. No Brasil, isso ainda não foi assumido por parte do setor produtivo. Precisamos agilizar e potencializar essa ação.

Esta é uma ação específica da saúde, o "Caderno de Atenção Básica - Obesidade", lançado recentemente. No contexto epidemiológico atual e na ótica de promoção da alimentação saudável, o objetivo é orientar os profissionais de saúde para o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento nutricional da obesidade em todas as fases da vida. Indica as atribuições e competências da equipe de saúde, com uma parte específica voltada para o nutricionista. Ele será distribuído às equipes do Saúde da Família. É uma publicação nova do Ministério e será divulgada para que os profissionais estejam mais bem-qualificados para a abordagem da questão da obesidade na rede de atenção básica.

Eu não poderia deixar de falar da campanha publicitária Pratique Saúde, lançada pelo Ministério, enfocando alguns fatores de risco. Ela ainda não teve grande divulgação, mas está presente em algumas mídias nacionais. É basicamente uma ação de comunicação, que visa à educação para a saúde, com ênfase em alimentação saudável, atividade física e prevenção do diabetes, da hipertensão e da obesidade. O público é toda a sociedade brasileira.

Quais são as perspectivas que encontramos? Aprofundar o debate sobre a implementação de ações de prevenção e controle da obesidade nos três níveis de governo, nos demais setores da sociedade e no setor produtivo de alimentos. Este fórum é um exemplo do aprofundamento desse debate e da busca do amadurecimento da sociedade para o enfrentamento desse problema, que hoje é uma epidemia na saúde pública nacional. Esta é uma ação muito importante. Queremos que ela seja replicada e continuada por muitos setores. Os fóruns estaduais e municipais vêm tendo um grau de adesão, têm levado a uma mobilização interna da população brasileira em relação ao tema.

Para nós, do Ministério da Saúde, a proteção e a promoção da saúde pública devem ter precedência sobre todas as questões de mercado ligadas à melhoria da qualidade de vida da população, pois são direitos humanos fundamentais. Por exemplo, quando se fala da regulamentação dos alimentos, pode-se achar que essa é uma iniciativa livre. Tudo bem, é mesmo, devemos incentivar a atividade econômica em todos os sentidos, mas a proteção e a promoção da saúde são um direito de todos e um dever do Estado. Esse é o pensamento do Ministério da Saúde.

O endereço da nossa página na internet está aqui. Algumas das nossas publicações, como o "Caderno de Atenção Básica da Obesidade" e o "Guia Alimentar", podem ser baixadas por "download". Precisamos aumentar a divulgação disso.

Agradeço a atenção de todos e coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

- No decorrer do pronunciamento, procede-se à apresentação de "slides".

Palavras do Sr. José Divino Lopes Filho

Bom-dia. Quero agradecer o convite ao Deputado Adelmo Carneiro Leão e também à colega advogada Joaquina Júlia, da Secretaria Executiva do Conselho de Segurança Alimentar, que me ajudou a preparar esta apresentação.

Organizei a minha fala tendo em vista a partilha que tivemos para trabalhar a questão da legislação e da política pública voltadas para a prevenção da obesidade.

No primeiro momento, mostrarei como é relevante para o Estado de Minas discutir a adoção de políticas públicas para a prevenção da obesidade. No segundo momento, mostrarei algumas práticas já em uso, que poderão fundamentar a estipulação dessas políticas.

Por último, apenas para exemplificar, mostrarei algumas legislações já em andamento, em tramitação, que vigoram não só em termos de política, mas como legislações que estão sendo discutidas nas Casas Legislativas.

Aqui, a dimensão populacional da obesidade em Minas Gerais. Esse é um estudo que está em andamento e tem como base os dados da POF, que a Ana Beatriz já mencionou, de 2003 e 2004, e a estimativa populacional de 2006 do Datasus. Com base nessas duas pesquisas, fizemos uma estimativa que não é 100% aplicável, mas é muito aproximada porque o próprio IBGE admite que há uma normalização das prevalências de obesidade a partir daqueles dados da POF, a que me referi.

Então, fizemos uma projeção do número absoluto de obesos por gerência regional de saúde em Minas Gerais, apenas para termos uma idéia do número de obesos existentes.

A pesquisa da POF foi feita com a população adulta, com 20 anos ou mais. Não constam nessa estimativa os dados referentes a crianças, jovens e adolescentes. Do total pesquisado, estima-se que 4% sejam de indivíduos com déficit de peso, e em torno de 40,6% são pessoas com excesso de peso ou obesas, tomando como parâmetro os indicadores, os pontos de corte de MC acima de 25%.

Este quadro mostra, em números absolutos, as pessoas com excesso de peso em cada uma dessas regiões. Vou-me referir aos gestores municipais aqui presentes, porque, na realidade, acreditamos que a adoção de políticas de prevenção da obesidade só vai conseguir alcançar os seus objetivos se se vincularem aos níveis municipais. Nenhuma estratégia estadual nem federal consegue, de fato, alcançar sucesso se não for colocada em prática nos Municípios.

Então, aí nós temos, de acordo com as gerências regionais de saúde, na última coluna, o nível absoluto de indivíduos com excesso de peso e obesos. Não me vou deter à leitura desses números porque isso seria exaustivo. No entanto, é importante dizer que podemos encontrar aí um número expressivo correspondente a 40,6% do total de indivíduos acima de 20 anos de idade. Essa projeção é feita segundo os sexos, mas, para não ficar cansativo, estamos computando os sexos masculino e feminino de modo geral.

Segundo essas estimativas, existe hoje, em Minas Gerais, um total de 4.840.255 pessoas com excesso de peso ou obesidade. A própria POF, ao fazer um inquérito nos seus estudos, traz uma estimativa de que pouco mais de 1/4, ou seja, 27% são pessoas obesas, com MC acima de 30%. Esses dados mostram a relevância de trabalhar e discutir estratégias de políticas públicas para a prevenção da obesidade.

O que é uma legislação para a prevenção de obesidade? É uma instrução estabelecida por lei cujo objetivo é intervir em processos associados à diminuição da prevalência da obesidade, bem como estimular estilos de vida saudáveis. Essa é a definição genérica do que seria a legislação para prevenção da obesidade. Esse é o parâmetro para que sejam adotadas discussões municipais com os diversos agentes, os diversos atores, para a instalação de legislações específicas de prevenção da obesidade.

Quanto às políticas públicas, é correto afirmar que se trata de um conjunto de ações coletivas desenvolvidas num espaço público e vinculadas à garantia dos direitos sociais voltadas à prevenção e ao tratamento do excesso de peso. Devem expressar a articulação de instâncias públicas com a sociedade.

Estou trabalhando com esses conceitos exatamente para discutir com os gestores que a adoção dessas políticas deve ser um processo de discussão democrática com a sociedade, especialmente porque já ouvimos isso pelas exposições do Dr. Walmir e da Dra. Ana.

Essas políticas dependem de um alto grau de adesão da população, para terem sucesso. Nenhuma política de prevenção de obesidade obteve sucesso, sem haver alto grau de adesão da população. Essa adesão da população só é obtida se a representação da sociedade estiver de fato comprometida com a discussão da adoção dessas políticas e da legislação específica para o setor.

O que fundamenta a adoção dessas políticas? Há vários documentos e trabalhos instruídos por diversas organizações nacionais e institucionais que estimulam a discussão sobre a prevenção da obesidade e sobre a alimentação saudável. Um deles são as diretrizes voluntárias adotadas pela FAO, pela organização das Nações Unidas para a agricultura e a alimentação. São 19 diretrizes. Trouxe especificamente a 10.2, que incentiva os Estados a adotar medidas em particular, por meio da educação, da informação e da regulamentação sobre a rotulagem, destinadas a evitar o consumo excessivo e desequilibrado de alimentos, o qual pode levar à má nutrição, à obesidade e a doenças degenerativas. Esses são os fundamentos que devem orientar a instalação dessas políticas públicas e legislações em nível municipal.

Em se tratando de Brasil, como a Ana já disse, a grande referência para pensarmos em políticas públicas voltadas à alimentação saudável e, conseqüentemente, à prevenção da obesidade, não resta a menor dúvida, é a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, coordenada pelo gestor federal, o Ministério da Saúde - no nível estadual, as Secretarias de Saúde. Todo gestor público tem de conhecer nossa política de alimentação e nutrição. É este caderninho aqui. O gestor público que não o tiver está em boa hora para adquiri-lo. Estamos aqui com a coordenadora, Ana Beatriz, gestora federal. Todo gestor público deve ter conhecimento dessa política, que dá as orientações para a elaboração de estratégias municipais.

Segundo essa política... A Ana mencionou as sete diretrizes, e ressaltarei três que considero fundamentais serem instaladas em nível municipal para o sucesso de qualquer estratégia de prevenção à obesidade. Primeiro, monitoramento da situação alimentar e nutricional. Não é possível haver ações sem informações sobre o perfil de saúde ou, mais especificamente, sobre o perfil nutricional da população. Todo Município deve estabelecer como estratégia o aperfeiçoamento do monitoramento da situação alimentar e nutricional da população, não só no que se refere a crianças, mas também a jovens e adultos; não só no que se refere a peso, mas ao consumo alimentar. Tanto o Ministério como a Secretaria são altamente especializados e estão em condições de dar suporte às ações municipais para alcançar esse objetivo.

Outra diretriz que deve funcionar como prioridade para os Municípios é a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis. Veremos a seguir que existem alternativas, e neste fórum teremos relatos de experiências locais bem-sucedidas. Cada Município, de acordo com sua realidade, deve adotar determinada alternativa para que haja essa promoção.

Outra diretriz que considero fundamental na estipulação de políticas locais é a prevenção e controle dos estudos nutricionais e das doenças associadas à alimentação e à nutrição. A Ana Beatriz já deu as coordenadas e oferece todo o suporte técnico de material pedagógico às Secretarias Municipais e instituições locais, em nível municipal, informações e conhecimento, além do relato de experiências capazes de orientar a formulação dessas políticas.

Por fim, como exemplo de políticas públicas, citaria algumas iniciativas de determinados Estados. Em Minas Gerais, além do Programa Agita Minas, que será objeto de discussão neste fórum, resalto a promulgação da Lei nº 15.982, que institui a Política Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável, votada nesta Casa, que entrou em vigor em 19 de abril. Trata-se de uma lei que abre excelentes brechas para que os próprios Municípios instituem suas políticas locais. Como se trata de uma lei nova, o gestor público deve dela tomar conhecimento, o que não é difícil, pois está disponível em página, na internet, do próprio Consea. Além disso, os órgãos públicos devem ajudar na compreensão do contexto dessa lei, que está em vigor no Estado, adotando políticas locais de prevenção contra a obesidade.

Temos, também, a Lei nº 12.283, em vigor no Estado de São Paulo, que institui a Política de Combate à Obesidade e ao Sobrepeso, popularmente conhecida como São Paulo Mais Leve.

Existe uma série de iniciativas do Legislativo para instituir políticas mais amplas de controle da obesidade.

Embora existam outros exemplos, principalmente no que se refere ao tratamento da obesidade mórbida, citarei dois exemplos de projetos de lei em tramitação na Câmara de Belo Horizonte. Um deles institui o Programa de Enfrentamento da Obesidade em Crianças e Jovens na Rede Municipal de Ensino Público. O outro dispõe sobre os padrões técnicos de qualidade nutricional a serem seguidos por lanchonetes e similares instalados nas escolas de ensino fundamental e médio, particulares e da rede pública.

É fundamental que os gestores públicos entendam que essas leis precisam ser adotadas nos seus Municípios e necessitam contar com o apoio da sociedade organizada, de igrejas, associações, sindicatos, etc., a fim de serem colocadas em prática, por todos os motivos aqui apresentados, no que se refere à mudança necessária de comportamento para a obtenção de sucesso em qualquer política ou estratégia de prevenção da obesidade. Agradeço a atenção de todos. Obrigado.

- No decorrer do pronunciamento, procede-se à apresentação de "slides".

#### Esclarecimentos sobre os Debates

O Sr. Presidente - A Presidência informa ao Plenário que os participantes poderão formular perguntas aos expositores. As questões poderão ser encaminhadas por escrito ou oralmente, mediante inscrição prévia. Para que possamos agilizar o debate, solicitamos aos participantes que fizerem uso do microfone que se identifiquem, sejam objetivos e sucintos, dispensada a formalidade das saudações pessoais. Cada participante disporá de até 3 minutos para fazer a sua intervenção, sendo garantido o mesmo tempo para as respostas.

Gostaria de lembrar que, de acordo com o regulamento deste fórum técnico, os participantes podem apresentar propostas a respeito dos temas em debate, que deverão ser encaminhadas, por escrito e em letra legível, à nossa assessoria. No final das propostas deve constar o nome do proponente, entidade que representa e o número do telefone.

#### Debates

O Sr. Presidente - Temos uma pergunta dirigida ao Dr. Walmir. O inscrito é Alberto Betinho Duarte, a quem passamos a palavra.

O Sr. Alberto Betinho Duarte - Bom-dia a todos. Estou apresentando aproximadamente 20 propostas e, para justificá-las, anexe quase 500 páginas de documentos a respeito delas.

As falas sobre a obesidade foram muito boas, mas as conclusões, Dr. Walmir, Dra. Ana Beatriz, Dr. José Divino, a que chegamos foram muito "light" para o meu gosto. Espero que não aconteça neste fórum o que aconteceu com a Seleção Brasileira, que entregou os pontos antes da partida.

Quero falar sobre uma atitude individual. Sou Presidente de uma organização não governamental e quero dar exemplo de uma atitude, que deveria ter repercussão mundial, e não teve. Fiz representação contra o McDonald's no Ministério Público Federal, que entrou com uma ação contra a Anvisa. Toda embalagem de produtos vendidos no Brasil precisa especificar o que aquele produto contém. Isso é obrigatório, de lei. Então, por que tive de fazer essa representação contra o McDonald's e por que o Ministério Público Federal teve de entrar com ação civil pública contra a Anvisa para que o McDonald's, Deputado Adelmo Carneiro Leão, indicasse, em suas embalagens, os nutrientes, as calorias, etc? A embalagem antiga está aqui. Se é lei, se há norma, por que tivemos que fazer uma representação, uma ação civil pública, da mesma forma que um Promotor, em São Paulo, fez contra a Coca-Cola?

Deputado Adelmo Carneiro Leão, no meu caso específico, digo, no documento de abertura, quem são os responsáveis pela obesidade. Temos de apontar o dedo, como aponto. Considero responsáveis as redes de "fast food", as empresas que produzem refrigerante, as emissoras de televisão, a internet, as autoridades, as escolas públicas e privadas e os pais, que são facilitadores, ou por omissão, ou por convivência.

Há outro fato interessante, Dr. Walmir. O McDonald's colocou as especificações na embalagem, mas, obviamente, terá de nos oferecer uma lupa, porque ninguém consegue ler nada. Por exemplo, essas batatinhas, cujas especificações não estou conseguindo ler nem com óculos, parecem possuir 400kcal.

Acredito que há falta de vontade política para que as coisas se concretizem neste país. Existe a falta de vontade política, de garra e de coragem, além de haver omissão. Já entramos também com uma ação contra o McDonald's no mundo inteiro. Todavia, esse, que já quis até fazer acordo, quer que abramos mão de parte das decisões aqui tomadas.

Deputado Adelmo Carneiro Leão, passarei este estudo para V. Exa., com todas essas páginas, que são interessantes. Gostaria que este fórum fosse bem objetivo e tivesse garra. Acabar com a obesidade é um desafio, mas acredito ser possível vencê-la. Muito obrigado.

O Sr. Presidente - Obrigado, Betinho. Com a palavra, o Dr. Walmir Ferreira Coutinho.

O Sr. Walmir Ferreira Coutinho - Chegamos a conclusões "light" porque, de tanto sermos acusados de radicais, acabamos tornando o discurso um pouco mais "soft". Estou inteiramente de acordo com o senhor. Cheguei a mencionar, quando falei acerca do assunto, que o fato de ser mais ou menos radical depende da gravidade do problema. Se chegarmos ao consenso de que a situação é gravíssima, medidas radicais serão necessárias e justificáveis.

Com relação à rotulagem nutricional, a Dra. Ana Beatriz talvez possa nos trazer maiores informações. Parece que, há alguns anos, não sei se o Ministério da Saúde ou a Anvisa conduziu um inquérito em uma amostragem representativa da população brasileira. Esse inquérito chegou a algumas conclusões. Primeiro, que o consumidor não entendia o que estava no rótulo nutricional.

Então, a lei de rotulagem foi um grande avanço, mas, para que traga benefícios práticos, temos que avançar mais. Esse tipo de rótulo, da maneira como está, dificilmente evitará que uma criança consuma determinado produto em excesso ou alertará os pais adequadamente sobre o risco que ele representa para a saúde dos seus filhos. Precisamos, portanto, avançar na lei de rotulagem.

Esse inquérito concluiu que, além de não entender o que é informado - que a Beatriz me corrija, se eu estiver errado -, o consumidor brasileiro

também não quer saber, por exemplo, se há gordura saturada; ele quer que o rótulo seja mais prescritivo; quer que haja uma mensagem clara se o produto é ou não prejudicial à saúde.

A sugestão que enviamos oficialmente, através da Abeso, em razão da consulta pública feita pelo Ministério sobre rotulagem, é de se utilizar uma advertência clara nesse tipo de alimento que foi dado como exemplo. Por que não estampar em letras grandes "O Ministério da Saúde avverte que, se consumido em excesso, esse alimento pode ser prejudicial à saúde"? Se os bons vinhos franceses trazem isso estampado nas garrafas, por que um alimento desse tipo também não pode trazer? Essa é uma visão pessoal que tenho e que, na época, encaminhamos oficialmente como sugestão da Abeso.

Mas concordo contigo. Fico feliz em saber que ONGs estão tomando medidas tão efetivas. Não tive conhecimento da ação contra o McDonald's na época. Acho que precisamos manter um contato mais estreito para conseguirmos reproduzir esse tipo de ação e caminharmos juntos em busca desse objetivo comum. Muito obrigado.

A Sra. Ana Beatriz Vasconcellos - Em relação à rotulagem, gostaria de levantar duas questões. A legislação que foi discutida em 2000 era o preceito de uma diretiva internacional acerca da rotulagem de alimentos processados. Ela foi exaustivamente debatida e de difícil aplicação na época junto ao setor produtivo. Então, essas embalagens de "fast foods" e de alimentos que são embalados nos supermercados não estariam dentro do escopo dessa legislação de rotulagem.

Essa é uma situação específica do momento em que foi discutida a rotulagem. Obviamente, esse desdobramento ensinou a noção de conhecer, mesmo que com muita dificuldade, a composição nutricional de um alimento. Como o Walmir falou, o manejo de informações sobre calorias, gorduras, proteínas, carboidratos realmente é difícil para a maioria da população. Mas os profissionais da saúde que trabalharam para implantar a rotulagem sabem que uma boa campanha pública o explica. Então, realmente, há ainda uma lacuna a ser preenchida, que é a grande divulgação do entendimento acerca da rotulagem. Isso vem-se dando no âmbito dos profissionais de saúde, nos treinamentos, nas capacitações, mas ainda há ausência do poder público relativamente a essa divulgação. E cito o exemplo da energia. Quando passamos por uma crise no setor energético, todos sabiam quantos quilowatts gastava a sua geladeira. De repente, aprendemos que devíamos fazer isso. Sabíamos que a geladeira gastava mais que a máquina de lavar. Enfim, eram informações de difícil manuseio, mas que tiveram apreensão muito rápida por parte da população, quando colocadas em prática.

Esse é um ponto. Quanto à ação civil colocada contra a Anvisa, que o Ministério Público ajuizou, ensinou uma grande mudança da relação com "fast foods", como o McDonald's, apesar de que muitas vezes, na época, os profissionais de saúde ainda queriam que a divulgação não estivesse na embalagem depois que a pessoa a comprasse, porque ela tem que estar ciente da quantidade de calorias antes da compra. Hoje não se tem a opção de olhar a embalagem antes de comprar o produto; quando se recebe a embalagem, você já o comprou. Portanto, ainda não é a opção, mas já é um avanço.

Agora, o que essa ação ensinou - e é o que deveríamos registrar - é o que fez o grupo de trabalho da publicidade de alimentos.

Embora o discurso, as conclusões sejam "light", acho que as medidas não são, porque trabalhar em uma ação que regulamenta a publicidade de alimentos, que regulamenta os brindes do McLanche Feliz, do McDonald's, com patrocínio de programas e de atividades esportivas por indústrias de refrigerantes, é um grande desafio, e não é um discurso fácil, não é uma ação fácil. Estamos empenhados nisso, mas temos resistência de todas as naturezas. Existe uma necessidade intersetorial, existe uma necessidade de amadurecimento da sociedade, que tem de empurrar essa ação, porque não adianta achar que o poder público vai fazer. Não vai fazer, se a sociedade não empurrar para que faça. Hoje, temos uma consulta pública na mão, e ainda com certas restrições e dificuldades para que seja colocada em consulta pública; não é nem a regulamentação final. Acho que precisa ser feita essa mobilização.

Embora a conclusão geral seja "light", como o Walmir falou, as ações não são, as ações são profundamente conflituosas em sua essência e em sua necessidade de implantação.

De forma geral, era isso o que eu queria falar. Depois poderemos retomar.

O Sr. Presidente - Há uma pergunta dirigida ao Dr. Walmir, que tem de sair dentro de 5 minutos, em virtude do horário do voo. Em primeiro lugar, agradeço, em nome da Assembleia Legislativa de Minas Gerais, sua presença e sua contribuição generosa a este fórum. Continuaremos mantendo contato, até que possamos avançar ainda mais. Já fizemos algumas coisas importantes, por intermédio de cidadãos preocupados com a saúde pública da população, ações da Assembleia Legislativa de Minas, ações do governo do Estado, ações de vários Municípios de Minas. Mas é preciso que avancemos mais. E queremos continuar contando com sua contribuição, extremamente significativa e importante para termos sob nosso controle a questão fundamental da saúde pública, da promoção da dignidade e da cidadania do ser humano. Após responder à pergunta, o senhor poderá fazer suas considerações para encerrar sua participação neste evento.

A pergunta é de Elaine Gradim, da Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeira de Pajeú: "Como equacionar a dificuldade de enfrentar o combate ao excesso de peso em pessoas de baixa renda e com anemia?".

O Sr. Walmir Ferreira Coutinho - Esse é um desafio enorme, porque sabemos que entre a população de baixa renda existe esse problema, ainda preocupante, da desnutrição. O problema da anemia ainda tem números muito preocupantes. Alguns dados do Nordeste e do Recife, assim como alguns estudos de São Paulo, mostram uma prevalência elevada de anemia nessas populações. Mas acho que um dos grandes desafios é conseguirmos evitar a disseminação desse fenômeno, que tem sido chamado de transição nutricional, que mostra, de forma clara, que em vários países em desenvolvimento, como no Brasil e em vários outros países latino-americanos, como Peru, Equador e Guatemala, assim como em países orientais, como na Rússia, essa transição representa o fato de que, à medida que se consegue erradicar a miséria e a fome entre as camadas mais pobres da população, o alimento que se oferece é muito prático, acessível e barato. São os alimentos ricos em gorduras saturadas, os alimentos ricos em sódio, os alimentos ricos em açúcar e o próprio refrigerante.

É aquele mesmo fenômeno que exemplificamos com a população americana, que cada vez toma menos leite e mais refrigerante. Isso já foi mostrado em populações latino-americanas, como a mexicana e a peruana. É um período que estamos enfrentando, e essa transição nutricional está acontecendo de forma mais acelerada e preocupante nesse setor da população.

Como a Ana Beatriz já tinha mostrado, é muito importante superarmos o desafio de disponibilizar mais vegetais e frutas para essa população de baixa renda, de modo a ficarem mais baratos do que um saquinho de batata frita. Hoje, essa população está sendo condenada a consumir um alimento de má qualidade pela falta de opção, pela dificuldade de distribuição e até de mercado.

Lamento não poder ficar até o final do fórum. Estou indo para um congresso em Gramado, mas fiquei muito surpreso ao ver a qualidade, a iniciativa e o nível de participação de todos com esse objetivo de encontrar soluções para resolver e controlar essa epidemia da obesidade. Parabéns esta Casa por esta iniciativa fantástica e coloco-me à inteira disposição para contribuir no que puder. Muito obrigado.

A Sra. Ana Beatriz Vasconcellos - Quero lembrar que na questão da anemia temos a obrigatoriedade de fortificação das farinhas. Todos os produtos que contêm farinha são fortificados com ferro e ácido fólico. Essa é uma medida adotada a exemplo de outros países para fazer o combate à anemia. Uma outra ação é o programa de suplementação de ferro para crianças menores de um ano e meio e gestantes. São duas ações públicas com relação ao combate à anemia, mas o grande desafio é a obesidade na população de baixa renda.

Essa população, à medida que adquire renda, passa a comprar produtos processados e de pouca qualidade nutricional, agravando o paladar nacional, que já é de muito sal, muita gordura e muito açúcar. Precisamos fazer toda uma reversão de modelo de paladar. E essa prática tem sido conduzida nos diversos países com metas de redução. São metas de redução para sódio, gordura e açúcar em cada um dos grupos de produtos processados. Sabemos que nos embutidos há uma enorme quantidade de sal que pode ser diminuída. Se se diminuir 1g, tem-se um impacto na hipertensão muito significativo. Esse é um esforço nacional, porque só conseguimos fazer isso por meio de uma regulamentação forte ou de um pacto para que o setor produtivo desenvolva uma alimentação mais saudável.

O Sr. Presidente - Vamos fazer três perguntas seguidas para serem respondidas depois.

Pergunta de Alessandra Marques da Silva Costa, do Senac: "Como tratar a obesidade sem o acompanhamento de uma nutricionista no serviço público, que sabemos estar em número muito limitado, estando, inclusive, fora do PSF?".

Pergunta da Juliana Maia, da Unincor, de Betim: "Já que os Municípios possuem suporte técnico para a implantação das políticas alimentares, e consta no SUS que deveria ter o profissional nutricionista, por que não temos postos de saúde, pelo menos em Betim? Não seria mais econômico cuidar da saúde do que tratar a doença?".

A seguinte pergunta foi formulada pela Cléia da Silva Barcelos: "Já que a escola é promotora de hábitos saudáveis, como o Ministério da Saúde desenvolve as estratégias para essa promoção? O excesso de informações não poderia dificultar isso?".

A Sra. Ana Beatriz Vasconcellos - As três primeiras perguntas dizem respeito ao profissional nutricionista na rede de saúde. Esse profissional ainda não foi incluído na equipe do Saúde da Família. Pretendemos que seja uma referência das equipes do Saúde da Família, mas que não necessariamente componha cada uma. A nossa intenção é que tenha sob a sua referência várias equipes do Saúde da Família para orientação nas ações de alimentação e de nutrição. Essa é ainda uma batalha, tanto do profissional quanto do setor de saúde, para fazer com que seja ampliado, por parte das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, o quadro dos profissionais de nutrição, os quais estão principalmente lotados nos hospitais e não na rede básica. Obviamente, a sinalização de uma política e das ações de promoção de uma alimentação saudável e todo o debate em torno da obesidade fortalecem a luta para que esse profissional seja inserido na rede de atenção básica.

O Ministério publicou recentemente uma portaria ainda muito tímida, referente à implantação da política de alimentação e nutrição, repassando recursos para o Estado e para os Municípios. Os recursos são muito modestos ainda para a dimensão do nosso desafio. Conseguimos atingir apenas a Capital. No próximo ano, atingiremos os Municípios acima de 100 mil habitantes. Isso permitirá a visibilidade das ações de alimentação e nutrição na rede básica de saúde e viabilizará a contratação do profissional para organizar esse sistema nos níveis municipal e estadual.

Essa portaria, na verdade, contém as diretrizes básicas para a promoção da alimentação saudável na escola. Sabemos que as informações são conflituosas, pois são divulgadas muitas matérias referentes à alimentação. Quando o Ministério da Saúde lançou o "Guia Alimentar para a Alimentação Saudável", sentimos esse problema, pois houve uma grande cobertura da mídia, e até o "Fantástico" apresentou essa matéria. Logo em seguida, apresentaram a dieta do tipo sanguíneo e a dieta do alimento XYZ, que prometia combater algumas doenças. Não podemos afirmar que isso seja proposital, mas percebemos que há um certo direcionamento para tornar essas informações confusas. Apresentamos uma diretriz nacional, cientificamente embasada nos preceitos internacionais sobre a alimentação saudável e adaptada à nossa realidade, a qual, de certa forma, foi embaralhada a milhares de outras informações para a promoção de uma alimentação saudável.

Tentamos superar isso a partir de uma ação intersetorial, pois a imprensa e a publicidade são livres, e esses assuntos podem ser veiculados de forma geral.

Nesse ponto, precisaríamos aumentar a participação do profissional na rede e a orientação nutricional para a população. Não me refiro aqui à orientação nutricional individual de consultório, mas a mensagens positivas para a população, que podem significar grande ganho. Uma delas, por exemplo, que é muito simples, diz o seguinte: "Se sua família é constituída de quatro pessoas e gasta mais de uma lata de óleo por mês, está gastando muito." Tem de ser algo bem traduzido para o dia-a-dia das pessoas, para que elas entendam que podem cuidar bem da sua alimentação e da de sua família.

O Sr. Presidente - Pergunta de Sônia Maria de Figueiredo, da UNI-BH: "Por que foram retiradas da rotulagem obrigatória as indicações de colesterol, cálcio e ferro, e acrescida a de gordura trans, sendo que a saúde pública considera o colesterol total um fator de risco importante?"

De Zilene Gomes, da Secretaria de Saúde de Fernandes Tourinho: "Que critério os Secretários Municipais de Saúde adotarão para as cirurgias bariátricas que surgirem no Município que não tem hospital nem PPI?"

De Francine Silva Barbosa: "Na prática, que tipo de tratamento está à disposição dos portadores de sobrepeso e obesidade?"

De Romero Alves Teixeira, do Conselho de Alimentação Escolar de Belo Horizonte: "As duas coordenações, apesar de apresentarem diretrizes, não falam especificamente em implantação de ações locais. Vocês conhecem alguma ação local? Há experiências com êxito?"

A Sra. Ana Beatriz Vasconcellos - Com relação à rotulagem, a primeira publicação da portaria feita no Brasil trazia todos esses componentes: colesterol, cálcio e ferro. Quando surgiu a necessidade de se fazer uma harmonização com os países do Mercosul, houve grande embate contra a inclusão da gordura trans e do colesterol. No entendimento dos países reunidos, isso já estaria incluído nas gorduras totais que o rótulo traz.

Hoje à tarde, virá uma pessoa da Anvisa a este fórum. Seria prudente que ela respondesse sua pergunta, porque poderá fazê-lo com maior propriedade que eu. O que posso dizer é que essa negociação no Mercosul fez com que as referidas indicações fossem retiradas.

Há um movimento que estimula o acréscimo voluntário do cálcio e do ferro na rotulagem de produtos. Muitas empresas têm feito isso com facilidade, até porque mostrar a dosagem de cálcio e ferro de um produto é sempre um "marketing" positivo. Esse lado voluntário está sendo estimulado pela Anvisa.

No fundo, trata-se mesmo de um comércio internacional, em que se defina a proteção de saúde mínima e se pactuem parâmetros de saúde entre vários países, para a circulação de alimentos. Então, há esse preceito, mas acredito que o pessoal da Anvisa poderá responder melhor a isso.

Em relação à cirurgia bariátrica, não sou a pessoa mais indicada para responder como isso se dá. É claro que há uma portaria do Ministério, mas isso está no âmbito da alta complexidade, e eu não teria uma informação objetiva para passar.

Na atenção básica, o caderno elaborado pelo Ministério da Saúde traz justamente a necessidade do recebimento do paciente obeso e do planejamento alimentar. Isso também é um forma de incentivar que a rede de atenção básica tenha esse profissional na ponta, para que isso se realize. Do ponto de vista da organização do serviço, isso é um estímulo; é claro que não temos, como gostaríamos, a garantia de repasse de recursos financeiros para estimular essa ação e potencializar a participação do profissional nutricionista.

Já na média e alta complexidades, principalmente na média, na parte ambulatorial, ainda há um grande problema em relação ao protocolo para obesidade, porque isso envolve os medicamentos. Então, referentemente à média complexidade, quer dizer, ao atendimento do obeso no campo dos medicamentos, ainda não houve uma definição, por parte do Ministério, sobre que protocolo será implantado, porque isso realmente causa impactos na rede, mas há uma grande pressão para que isso seja resolvido, para que se defina como isso será tratado a partir da referência da atenção básica - ou seja, quando a atenção básica remeter a outro nível de complexidade, é preciso que se defina qual será o protocolo assumido da rede de saúde.

O Sr. José Divino Lopes Filho - É claro que há várias experiências exitosas, algumas das quais serão relatadas neste fórum. São experiências bem-sucedidas de abordagem da prevenção da obesidade, bem como do estímulo a um estilo de vida e alimentação saudáveis, em Viçosa, Varginha e Uberlândia. Teremos também o relato da premiada experiência de dois irmãos na prevenção da obesidade por meio da merenda escolar. Então, já temos vários exemplos de iniciativas locais, que podem muito bem, não se seguidas à risca, mas servir de referência para a adoção de políticas locais, já que é difícil haver uma única ação que seja eficaz em todos os Municípios. O que se pode ter são diretrizes gerais que orientem a formulação dessas políticas, mas, em sua especificidade, é claro que elas têm de atender as características de cada Município. Pelo menos, essa é a conduta ideal na formulação dessas políticas, notadamente em uma política que, como frisei e acredito com a concordância de todos, tem de se firmar em um processo educativo muito rigoroso, de implantação constante.

Como a Dra. Ana já disse, à tarde virá aqui o representante da Anvisa, que certamente poderá dar mais informações sobre a rotulagem, até porque ele é especificamente da gerência de alimentos.

Em relação às cirurgias bariátricas, tema que também será objeto de discussão neste fórum, gostaria de fazer algumas considerações. Em primeiro lugar, como isso tem sido abordado no SUS? Sabemos que não existe uma deliberação automática para esse tipo de cirurgia e que muitas delas estão sendo feitas a partir de mandados obtidos pelo Ministério Público, que dão ao paciente esse direito. Mas, em Minas Gerais, no âmbito da Secretaria de Saúde, já há gestões para favorecer a realização dessas cirurgias.

Nesse primeiro momento, parece-me que as autoridades têm-se preocupado com a formulação de protocolos, que é um grande problema. Não basta dizer que se fará a cirurgia, mas é preciso dizer em que condições e quais são os centros especializados. Recentemente, a Secretaria de Saúde, por meio de um convênio com a Universidade Federal do Triângulo, a antiga Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro em Uberaba, fez um convênio com repasse de recursos para a compra de equipamentos para a realização de 40 cirurgias bariátricas em Uberaba. Isso foi divulgado pela imprensa e está servindo, segundo a própria Casa Legislativa, como ensaio para a elaboração de uma política específica para o setor, segundo foi dito na época pelas autoridades envolvidas nesse convênio.

A recomendação e a orientação para a atenção primária da obesidade por via de condutas de orientação alimentar são um problema complicadíssimo. Em primeiro lugar, existe a falta do profissional especializado nas diversas secretarias. Sabemos que não há nutricionistas em número suficiente para as demandas existentes nos Municípios. Essa questão envolve uma discussão mais ampla, que não é fácil de resolver.

Em segundo lugar, os profissionais que estão nos Municípios muitas vezes envolvem-se em várias atividades ao mesmo tempo: orientar, supervisionar o programa de merenda escolar e fazer um atendimento emergencial. Enfim, o número de profissionais não permite protocolos muito bem definidos para o estabelecimento desse tipo de atendimento. Cabe à sociedade, nos níveis municipais, articular-se e, cada vez mais, exigir a presença dos profissionais. Aos gestores públicos cabe formular a organização de serviços e propostas de atendimento à população, tendo como base esses atendimentos. Não bastam mais os atendimentos convencionais de educação nutricional em grupo, a gravidade do problema exige uma intervenção personalizada e um atendimento direto, para o qual o número de nutricionistas é insuficiente.

O Sr. Presidente - O Dr. Ricardo Lima está presente?

Convido a Sra. Neusa Costa, da Universidade Federal de Viçosa, para fazer suas considerações.

A Sra. Neusa Costa - Bom dia. Cumprimento a Ana e o Divino. É um prazer estar com vocês. Quero aproveitar este momento para socializar nossas angústias e ansiedades como profissionais da área de saúde e como professora.

Uma das preocupações relaciona-se com a morosidade entre o acesso à informação e a tomada de decisões, principalmente quanto à legislação. Quando eu era estudante, já sabíamos sobre o problema nutricional do ferro no Brasil. E entre tomar conhecimento do problema e ver uma solução, como a fortificação alimentar com o ferro, demorou pelo menos uns 20 anos. O problema é muito antigo. A comunidade científica já vinha mobilizando-se nos congressos e fóruns de debate, mas a tomada de decisão demora muito.

Agora enfrentamos a situação da obesidade, sem contar que ainda existem os problemas da desnutrição, da fome oculta e a deficiência de muitos minerais sobre os quais não temos uma estatística, como o zinco, o selênio e outros.

Existe uma preocupação mundial para uma associação maior entre a indústria de alimentos e o próprio setor agrícola voltados para a nutrição. A indústria de alimentos tem respondido sobre os alimentos funcionais e fortificados, que podem ser grandes aliados no combate à desnutrição e à fome oculta, mas também à obesidade.

Alimentos livres de gorduras trans e modificações do valor energético de carboidratos são, de certa forma, nossos aliados na promoção de uma alimentação mais saudável. A própria agricultura contribui não apenas com seu próprio controle sanitário, mas também com a política de biofortificação, ou seja, alimentos com valores nutricionais e funcionais maiores. Podemos contar com esses aliados.

Nós, que estamos nesta Assembléia Legislativa discutindo legislação, temos buscado legalizações para uma alimentação mais saudável. Por exemplo, alimentos com gorduras trans. Seria fundamental se implementássemos legislações que proibissem o uso de gorduras trans em alimentos. Sabendo que causam doenças cardiovasculares, que coexistem com obesidade, o que poderia ser feito? O que as políticas federais e estaduais estão fazendo para solucionar esse problema? Precisamos de legislações específicas.

Outra questão diz respeito às tabelas de composição de alimentos, grande angústia dos profissionais de nutrição, que necessitam dessas informações nutricionais para fazer um trabalho de educação alimentar, ou seja, divulgação e tentativa de promoção de uma alimentação mais saudável. Existem políticas federais e estaduais para tentar solucionar essas questões?

A Sra. Ana Beatriz Vasconcellos - Neusa, é um grande prazer encontrá-la neste fórum. No que diz respeito a regulamentações, o poder público se movimentou com lentidão nos últimos 20 anos. Agora, tenta fazer publicações seguidas sobre alimentação, especificamente sobre fortificação de alimentos e programas de suplementação.

Tenho algumas discordâncias. Quando o setor produtivo se movimenta, como está ocorrendo, faz com que seu produto seja um diferencial no mercado, portanto, mais caro. Isso é importante porque mostra a possibilidade de contribuição do setor produtivo, mas não atende a uma grande parcela da população quanto, por exemplo, à modificação de produtos: produtos sem gorduras trans ou alimentos funcionais são colocados no mercado por um preço mais alto que os similares que não têm modificações. Esse é um fator limitante que não atende ao preceito da saúde pública.

Quanto às legislações que buscam restringir, do ponto de vista da saúde pública, a restrição maior - embora seja também debatida a restrição de alimentos com gorduras trans - diz respeito ao sódio. Precisamos de uma legislação que restrinja ou aponte para diversos grupos de alimentos a possibilidade de reduzir o teor de sódio. É um impacto direto no número de casos de hipertensão, em todas as complicações derivadas da obesidade e no aparecimento das doenças crônicas. Trata-se de um estudo concluído. Conforme os estudos científicos e evidências, a questão da redução de sódio é a mais premente, embora seja objeto de uma discussão incipiente em nível governamental. Muitos apontam como fundamental uma legislação que limite ou proíba alimentos com gorduras trans.

Já é proibido, por exemplo, em alimentos infantis, que não podem conter gordura trans. Existe também uma mudança do perfil tecnológico das empresas, para que não se produza a trans no processo de hidrogenação. Pode haver a gordura hidrogenada, mas ela pode não ser trans no processo de hidrogenação. Há uma acomodação possível, ainda que a legislação não seja a peça-chave; contudo, a regulamentação da restrição do sódio é uma necessidade premente, para reduzirmos os casos de doenças crônicas não transmissíveis no País.

O Sr. José Divino Lopes Filho - Gostaria apenas de compartilhar com a Neusa a angústia, mas precisamos ter clareza sobre essa multicausalidade da obesidade. É necessário ter em mente que qualquer legislação tem um alcance limitado. Chega um determinado momento em que passamos para as ações de caráter volitivo das pessoas. Temos de imaginar que, muitas vezes, as pessoas consomem alguns alimentos não por conta da rotulagem. A própria Ana mencionou que lemos o rótulo quando já estamos ingerindo o alimento. Quem fez a opção de comprar foi levado por outros fatores, muitas vezes desconhecidos por nós. Por isso é importante a questão educacional. Não acredito em políticas de prevenção da obesidade, se não se levar em conta o parâmetro educativo. Qualquer ação de prevenção só trará benefícios daqui a 10, 15 anos, se conseguirmos trabalhar adequadamente a educação nutricional nas escolas, para que nossos filhos e netos consigam mudar o hábito. Não há como acreditar que a geração adulta, que consome uma quantidade enorme de carne vermelha em churrascos de final de semana, deixará de consumi-la junto com a cerveja, porque há uma campanha maciça dizendo que aquele hábito é inofensivo. São fatores que independem da ação efetiva de uma política pública ou de uma legislação. Mas existem parâmetros, atitudes e ações institucionalizadas e impostas por uma legislação que podem funcionar com eficácia.

Insisto, por exemplo - e o faço com muita tranquilidade, até porque estou ao lado não só da Ana Beatriz, mas também da Maria Beatriz, que uma das políticas mais importantes que temos para entender e atuar na prevenção, que é a do monitoramento, ainda não está adequadamente instituída no País. Não sabemos, por exemplo, quem são os gordinhos. O que eu trouxe para vocês é estimativa sobre estimativa. Não temos um sistema que nos informe, por exemplo, quantos obesos existem em Serra da Saudade, Município mineiro com 800 habitantes, muito menos em cidades maiores, como Uberlândia e Uberaba. Não se tem essa informação, não sabemos nem qual é o perfil de consumo alimentar dessa população. Quer dizer, as políticas locais a serem adotadas estão atrofiadas já de início, porque não conhecem a sua população.

Adoto a noção de que precisamos aperfeiçoar a legislação existente e dar consistência interna a essas políticas, para que geremos políticas de prevenção mais eficazes e que abordem o problema tal como ele se apresenta em nível local.

O Sr. Romero Alves Teixeira - Sou Conselheiro do Conselho de Alimentação Escolar de Belo Horizonte e quero dirigir uma pergunta à Dra. Beatriz. Por natureza, a obesidade é um tema multidisciplinar, inevitavelmente terá de ser abordado do ponto de vista multissetorial. O Ministério da Saúde tem trabalhado de forma articulada com outros setores no nível federal. Isso está patente na portaria que a senhora mencionou, juntamente com o Ministério da Educação, sobre o projeto de promoção da alimentação saudável nas escolas. O Ministério da Saúde tem evidenciado isso do ponto de vista do plano de reorganização da atenção básica ao diabetes, atendendo à Diretriz nº 1 da Política Nacional de Alimentação e Nutrição; entretanto, ainda que isso comece a ocorrer nos níveis estaduais, observamos que no nível local, no Município, todas essas políticas estão muito fragmentadas e isoladas dentro dos seus setores.

Um exemplo clássico de Belo Horizonte é o das creches. As crianças passam 12 horas por dia e a maior parte da semana ali, longe de casa e do alcance do PSF, e nem sequer são monitoradas, avaliadas e visitadas com a periodicidade devida. Certamente, o PSF acaba não encontrando essas crianças nas suas casas nos dias de semana e durante o dia, quando estão nas creches. Parece haver um problema de desarticulação dessas políticas públicas no nível mais próximo do cidadão. Isso nos faz pensar que essa integração do Ministério da Saúde, juntamente com outros setores em nível federal, demorará muito para chegar ao PSF no nível local. O próprio Ministério da Saúde já demonstrou em outros programas, como é o caso do Hiperdia, que pode desenvolver ações mais contundentes de levar essa articulação no nível local.

Em relação a esse problema da obesidade e às ações intersetoriais desenvolvidas no nível federal, quais as perspectivas concretas do Ministério da Saúde de estabelecer um plano de ação para que essa integração ocorra nos Municípios em que ela não têm sido efetivada?

A Sra. Ana Beatriz Vasconcellos - Sabemos quanto é difícil a articulação do setor da educação com o da saúde. Todos os que trabalham nos níveis federal, estadual e municipal sabem que a educação e a saúde são setores com demandas muito pesadas, pois têm de atender a um grande contingente da população. Obviamente, essa articulação passa pelo esforço dos Conselhos de Alimentação Escolar e dos Conselhos de Saúde Municipais. A aproximação da educação com a saúde se dá com essa estimulação. O plano que os dois Ministérios vêm tratando já começa com a instituição de um grupo de trabalho para a revisão dos parâmetros da alimentação escolar nas escolas públicas. Esse é um grande avanço, aliás abarcando a questão das creches, que hoje estão no Fundeb. Muitas delas saíram da assistência social e foram para o âmbito da educação. Essa é uma sinalização de integração, ou seja, quais os parâmetros nutricionais que temos para as creches brasileiras? Isso tem sido amplamente discutido. Para que haja repercussão disso, é preciso haver uma divulgação constante por meio das capacitações, dos fóruns. A reunião dos profissionais de saúde e um financiamento seguro, uma questão que passa pelos recursos humanos na área de nutrição, pela capacitação dos profissionais e pelo financiamento, irão garantir que a ação se dê na ponta.

Com relação ao PSF, ainda temos outra agravante: ele tem um modelo que, muitas vezes, é de difícil adaptação para os grandes Municípios. Todos sabem que, quando batemos nas casas nos grandes Municípios, as pessoas não estão. É uma busca constante, com a participação das Secretarias de Estado e Municipais de Saúde. Que modelo tem o PSF nos grandes Municípios? Como você disse, a criança que está na creche não é monitorada, porque o agente foi a sua casa, e ela não estava, assim como seu pai e sua mãe. No momento da visita, as pessoas não estão em casa. Então, temos de trabalhar com horários diferenciados. Se os agentes vão à noite, temos de olhar a questão da segurança.

Várias outras demandas têm de ser vencidas para que se encontre um modelo que favoreça o monitoramento desses casos nas grandes Capitais, para que a atenção básica, por via do PSF, consiga alcançar maior número de famílias. Trata-se de um debate que já vem sendo conduzido pela atenção básica. Existem várias estudos nesse sentido. Aliás, Belo Horizonte possui um modelo exitoso em algumas áreas.



O próprio acesso do serviço de saúde à escola também é uma outra questão que não está resolvida no âmbito dos poderes públicos estaduais e municipais. Quer dizer, o centro de saúde vai à escola; a escola manda as crianças para o centro de saúde? Como isso é feito em uma política de promoção? Uma das nossas iniciativas é fazer um dia de saúde na escola. Ou seja, uma chamada nutricional que motive as crianças a ser pesadas e medidas, além de ações educativas numa primeira aproximação em nível local. Tudo isso para que haja esse acesso permitido entre a saúde e a educação. Embora isso ocorra espontaneamente, na maioria das vezes essas ações têm de ser induzidas por políticas e ações públicas.

O Sr. Presidente - Vamos fazer o restante das perguntas. São seis perguntas. Em seguida, passaremos a palavra aos nossos conferencistas, encerrando os trabalhos da parte da manhã. Mas, antes, darei dois avisos.

A primeira pergunta é da Sra. Maria Luísa Mendonça Pereira Fernandes, da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, dirigida à Dra. Ana Beatriz: "Acredito que, se o Ministério de Saúde colocasse o Programa de Combate à Obesidade agregado ao Programa de Hipertensão e Diabetes, já que sabemos que a obesidade é um fator de risco importante para essas doenças, talvez tivéssemos um diagnóstico melhor e ações mais efetivas na redução da mortalidade cardiovascular. O que a senhora acha?"

Maria Paula Rodrigues Chaves, da Prefeitura Municipal de Jequitinhonha. Pergunta dirigida à Dra. Ana Beatriz: "Como adquirir o Guia Alimentar para a população brasileira? Está à venda em livrarias?"

Rubiane Mendes Faria de Arruda, da Universidade Salgado de Oliveira - Universo. Pergunta dirigida à Dra. Ana Beatriz: "Como foi dito, tem aumentado muito a obesidade nas classes pobres. Sabe-se que hoje o preço das frutas é alto. Tem sido feito algo, no setor da agricultura, para reduzir os preços e aumentar o consumo nessas classes?"

Reinaldo Costa Aguiar, representante da Câmara Municipal de Rubim. Pergunta dirigida à Dra. Ana Beatriz e ao Sr. José Divino: "Em que momento pode-se perceber que se está ficando acima do peso?". Ele diz que tem 1,81m e pesa 83kg e pergunta se está acima do peso.

Omair Eustáquio dos Santos, da 1ª Igreja Batista em Betim: "Por atitude de fé, em seis meses, após cortar o açúcar e mudar o comportamento alimentar, consegui emagrecer 20kg. Por que não se discute abertamente o grande vilão da obesidade, o alto consumo de açúcar?". Pergunta dirigida à Dra. Ana Beatriz e ao Sr. José Divino.

Márcia Braz Rossetti, fisioterapeuta, doutoranda em saúde da criança e do adolescente, da UFMG: "Há evidências científicas de que o aumento dos níveis de atividade física teria um papel mais significativo na redução das taxas de obesidade que a simples instituição de dietas restritivas, apesar da importância de ambas as medidas. Há chances reais de mudança na legislação escolar de modo a aumentar a quantidade e a qualidade das aulas de educação física nesse ambiente?". São essas as questões. Passo a palavra para o Sr. José Divino Lopes Filho responder o que for pertinente; depois, para a Dra. Ana Beatriz.

O Sr. José Divino Lopes Filho - Em relação à pergunta do companheiro do Jequitinhonha, há aqui vários nutricionistas aos quais, depois, pode fazer uma consulta para receber um diagnóstico mais preciso. Quando se trata de avaliação individual, além do IMC, existem outros métodos mais eficazes.

Do ponto de vista coletivo, essa informação, como disse há pouco, deveria ser automática, se o sistema de monitoramento alimentar e nutricional da população funcionasse adequadamente no Município. É isso que os Municípios devem buscar, por meio de suas políticas locais. Como eu disse, existe a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Friso com muita ênfase esse documento, pois foi assinado por dois Ministros de governos diferentes: José Serra e Humberto Costa. Ele possui legitimidade não só científica, como também política em âmbito nacional e deve ser o documento que norteie as ações em nível local. Uma das suas diretrizes é o aperfeiçoamento do monitoramento nutricional, ou seja, essa informação a respeito dos Municípios deve ser clara.

Espero que este fórum possa oferecer contribuição para que esse sistema seja aperfeiçoado, para que situações como essa não aconteçam em uma próxima oportunidade e para que todos os Municípios tenham de fato um sistema que permita dizer que a prevalência da obesidade está em um nível que exige a adoção de medidas práticas e eficazes.

Minha sugestão é que a primeira referência na hierarquia da saúde para os Municípios sejam as gerências regionais de saúde. Essas gerências - não sei se a de Pedra Azul ou a de Diamantina, no caso do Jequitinhonha - devem fazer o contato com a Secretaria de Saúde e, posteriormente, havendo necessidade, com o Ministério, que deve adotar o sistema para gerar essa informação fundamental no Município. Sem essa informação, ficamos falando abstratamente de determinadas circunstâncias.

Em relação a álcool e açúcar, de fato não há alternativa para se mudarem hábitos. Há quem diga - e concordo com essa afirmativa - que a obesidade é uma doença comportamental. Se considerarmos a evolução da sociedade, fazendo um estudo histórico de alguns séculos para cá, veremos com bastante clareza como ocorreram mudanças no padrão de consumo alimentar e no perfil de atividade física e entenderemos porque há obesidade. Se não nos conscientizarmos de que existe um componente relativo a comportamento, que contribui para o aumento vertiginoso dessa prevalência, não conseguiremos entender suas causas, para adotarmos políticas mais eficazes.

O álcool é uma questão que vem sendo debatida pela sociedade como um todo, mas precisa ser aprofundada. Esse fórum não é específico para isso. Recentemente ocorreu uma grande polêmica em uma cidade do interior sobre a Prefeitura contar com o apoio de indústrias do setor de bebidas para a promoção de festas populares. Que tipo de política pública queremos com os programas federais de estímulo aos "alambiques artesanais"? A sociedade precisa se manifestar sobre isso. As pessoas gostam de tomar cachaça? Mas isso tem um custo. O que vamos fazer?

Perguntas desse tipo têm de ser respondidas pela sociedade. Não dá para imputar aos técnicos a responsabilidade por leis e programas que resolvam esse tipo de problema. Os técnicos elaboram leis tendo como parâmetro o conhecimento científico, as investigações feitas e, depois, essas leis e programas são alvo de desestímulo.

A sociedade tem de participar de forma responsável, sabendo o que realmente quer. Quem estimula as indústrias de bebidas ou as que manipulam alimentos com alto teor de açúcar, muitas vezes é a própria sociedade, e não o faz por falta de conhecimento.

Quanto à questão sobre exercício e dieta, de fato há várias evidências dos efeitos benéficos do exercício sobre o emagrecimento. Entretanto, a ideia do binômio exercício-dieta tem efeito não só sobre a prevenção à obesidade, mas sobre a criação de hábitos saudáveis. O que deve ser o foco dessas políticas não é o combate a doenças, mas a promoção da saúde; caso contrário invertemos a história. A promoção da saúde deve ser o foco. Como resultado da promoção de saúde, há a redução da obesidade, a redução de mortalidade devido a doenças crônicas não transmissíveis, etc.

Há um fato grave, que creio será abordado neste fórum - que conta com um profissional específico da área - que merece ser tratado de forma urgente. Trata-se da redução das horas de atividades físicas nas escolas. Isso é inadmissível. Observamos uma tremenda flexibilização na

prática de atividades físicas nas escolas, e isso necessita ser discutido. É necessário que o assunto seja revisto pela legislação estadual, e é urgente a volta de um horário exequível para a prática de atividades físicas nos parâmetros aceitáveis.

A Sra. Ana Beatriz Vasconcellos - Responderei às perguntas pela ordem. Primeiro, com relação ao programa de combate à obesidade, friso que o Ministério não tem esse programa. O que há são ações desenvolvidas na Secretária de Atenção à Saúde e na Secretaria de Vigilância à Saúde. São ações integradas com a Coordenação de Hipertensão e Diabetes, visando à prevenção da obesidade, mas não há um programa instituído de combate à obesidade. Acho que existe a possibilidade de se juntarem as ações específicas com relação ao Hiperdia e as de combate à obesidade. Como disse o Divino, há a possibilidade de se fazer um monitoramento nutricional, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar, que é o que faz o Ministério para monitorar as condições nutricionais dos usuários dos serviços de saúde, em que está prevista a parte de adultos e adolescentes. A maioria dos Municípios que implementam essa política ainda o fazem com vistas às crianças e às gestantes, que foram o foco da atenção básica durante muitos anos. Mas há a possibilidade de se fazer o monitoramento para a população adolescente, adulta e idosa na classificação de índice de obesidade. Seria necessário juntar os dois sistemas.

Com relação à aquisição do guia, ele não é vendido. Está sendo impresso, em grande tiragem, e será distribuído para os serviços de saúde, mas pode ser copiado da página da CGPAN. Não há nenhuma restrição a isso.

Com relação ao aumento da obesidade nas classes mais pobres, isso se dá pela dificuldade do consumo de frutas, legumes e verduras devido ao seu alto preço, fazendo com que sua preferência recaia sobre alimentos mais processados, mais energeticamente densos, e não tão saudáveis.

Essa é mais uma ação que o Ministério da Saúde vem discutindo, no âmbito do Conselho Nacional de Segurança Alimentar, com os outros Ministérios. Por exemplo, discute-se como implantar um programa como o Auxílio à Produção de Leite - APA - para frutas, legumes e verduras. Essa tem sido a discussão: favoreceríamos que o produtor plantasse para haver distribuição imediata a instituições e famílias de baixa renda desses componentes alimentares, que têm a perecibilidade como grande limitação. Essa é a discussão feita em âmbito governamental.

Em que momento se sabe que está acima do peso? Como o Divino falou, há inúmeras situações, e a consulta deve ser feita aos nutricionistas. Todavia, há uma fórmula simples, bastante divulgada, pela qual se pode basear: peso sobre altura ao quadrado. Então, a pessoa deve dividir seu peso pela sua altura ao quadrado. Se o IMC estiver acima de 25, a pessoa estará obesa, e o caso é mais grave. Resultado entre 18 e 25 significa sobrepeso. Obviamente essa avaliação é muito incipiente, fazendo-se necessárias outras avaliações antropométricas, considerando-se, por exemplo, medida da cintura e pregas cutâneas, para que se faça o diagnóstico de obesidade.

Com relação aos vilões da obesidade, por exemplo, o álcool e o açúcar, ousou dizer que o consumo de álcool é vilão, mas principalmente para as doenças psiquiátricas, as mortes e as violências. Nesses casos, sim, o álcool é o vilão que precisa ser muito bem trabalhado pela nossa sociedade. Experiências mostram que, com soluções drásticas, reduzem-se os índices. Quando se fecham bares a partir da meia noite ou das 22 horas, os índices de mortalidade e de assassinatos caem. Isso é realidade. As internações psiquiátricas também diminuem quando há redução no consumo de álcool. Há evidências suficientes disso.

No caso do açúcar, o que foi dito é verdade. O açúcar é um dos vilões, embora não possamos nos esquecer da gordura, associada ao açúcar, assim como de todas essas bombas feitas com produtos que levam certas quantidades dessas substâncias. Tudo isso precisa ser avaliado.

Quero dizer que deve haver mudança de comportamento, e o que basicamente temos discutido aqui é quais mudanças no ambiente podemos fazer. Se o ambiente não permite que a pessoa faça escolhas saudáveis, a pessoa não o fará. Se a pessoa não tem fruta, comerá um pastel; se não houver um prato mais saudável, fará um "fast food" não tão saudável. Acho que o principal desafio deste fórum, das autoridades, do Ministério é a mudança no ambiente. Como realizar mudanças no ambiente para que as pessoas façam escolhas saudáveis? As pessoas precisam ter acesso a frutas, legumes e verduras. Além disso, precisam praticar atividades físicas. As pessoas precisam ser estimuladas a mudar de comportamento, o que é muito difícil num ambiente não saudável. Esse é o diferencial. Todas as medidas que apresentamos quanto às escolas e quanto às regulamentações visam a essa mudança no ambiente.

Com relação às evidências científicas, ou seja, que as atividades físicas são mais efetivas que as dietas, volto a dizer que a atividade física é efetiva, mas temos que aliá-la a uma alimentação saudável. A atividade física por si só não resolve o problema da grande carga de alimentação não saudável que a pessoa tem em seu entorno. É necessário aumentar, sim, as atividades físicas. É fundamental revermos a prática de atividades físicas nas escolas. Todavia as pessoas precisam ter prazer ao praticar atividades cotidianas. Esse é o ponto que precisa ser trabalhado.

Ainda no final, quero recuperar essa questão do monitoramento das condições nutricionais. Ou seja, hoje há um sistema disponível que pode ser implantado nos serviços de saúde municipais e que permite monitorar as condições físicas, para que as pessoas possam fazer sua avaliação clínica. Enfim, depende de vários pontos: fazer avaliação clínica, monitorar programas governamentais e planejar ações de saúde locais.

Esses são os instrumentos principais que o profissional de saúde tem para trabalhar. O desafio é enorme. Falamos assim, e fica parecendo que é algo simples, mas sabemos que não é.

O Sr. Presidente - Muito obrigado. Darei algumas informações rápidas para todos os presentes.

Primeiramente, a Cléia da Silva Barcelos perguntou se há leis específicas que tratam da indicação de responsáveis técnicos em atividades de alimentação. Pela nossa consulta preliminar, não foi constatada nenhuma lei específica referente a isso, embora a legislação geral defina as funções de cada um dos profissionais e suas respectivas áreas. Nos concursos públicos, há contratos específicos para nutricionistas em escolas e hospitais, mas, nesse contexto, ainda não encontramos dados específicos. No entanto, peço à Cléia que deixe seu telefone, pois já pedimos à consultoria que faça um levantamento mais preciso, incluindo outros Estados, para que possamos dar-lhe uma resposta mais completa.

Outra informação é que os participantes desse fórum já podem retirar seu certificado no local em que foi feito o credenciamento.

Encerramento

O Sr. Presidente - A Presidência agradece a presença dos convidados e autoridades, e, cumprido o objetivo da convocação, encerra a reunião, convocando as Deputadas e os Deputados para a reunião ordinária de logo mais, às 14 horas, com a ordem do dia já publicada, e para a reunião especial também de hoje, às 20 horas, nos termos do edital de convocação. Levanta-se a reunião.

Sumário: Composição da Mesa - Destinação da interrupção dos trabalhos ordinários - Palavras da Sra. Cláudia Dias - Palavras do Sr. Joel Lamounier - Palavras da Sra. Elaine Maria do Carmo Zanolla Dias de Souza - Palavras do Sr. Emerson Silami Garcia - Palavras da Sra. Raquel Elizabete de Souza Santos - Palavras do Sr. Daniel Ferreira da Cunha - Palavras da Sra. Tatiana Resende do Prado Rangel - Palavras da Sra. Maria Beatriz Monteiro de Castro Lisboa - Palavras do Sr. Rodrigo Martins de Vargas - Esclarecimentos sobre os debates - Debates.

#### Composição da Mesa

O Sr. Presidente (Deputado Rogério Correia) - A Presidência convida a tomar assento à mesa os Exmos. Srs. Deputados Adelmo Carneiro Leão, Presidente da Comissão de Saúde desta Casa e autor do requerimento que deu origem a este evento; e Doutor Viana, Presidente da Comissão de Educação desta Casa; Cláudia Dias, Nutricionista e Mestranda em Educação para a Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz; Joel Lamounier, Coordenador do Programa de Pós-Graduação de Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da UFMG; Elaine Maria do Carmo Zanolla Dias de Souza, membro do Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais; Emerson Silami Garcia, Professor Titular de Fisiologia do Exercício da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG; Raquel Elizabete de Souza Santos, Diretora da Superintendência de Educação da Secretaria de Estado de Educação; Daniel Ferreira da Cunha, Professor Titular de Nutrologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Tatiana Resende do Prado Rangel, Mestre em Saúde Pública e Nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; Maria Beatriz Monteiro de Castro Lisboa, Coordenadora Estadual de Alimentação e Nutrição da Secretaria de Estado de Saúde; e Rodrigo Martins de Vargas, Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária da Gerência de Produtos Especiais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.

#### Destinação da Interrupção dos Trabalhos Ordinários

O Sr. Presidente (Deputado Doutor Viana) - Destina-se esta parte da reunião à realização do fórum técnico "Obesidade: desafios e perspectivas". Serão abordados os temas "A obesidade infanto-juvenil" e "A obesidade na fase adulta". Principalmente na primeira parte, é importante discutir os temas "A Obesidade infanto-juvenil" e "A obesidade na fase adulta". Especificamente para mim, este fórum é fundamental em tudo o que diz respeito ao impedimento da evolução da obesidade infantil ou infanto-juvenil, uma das grandes preocupações de todos nós, pediatras.

#### Palavras da Sra. Cláudia Dias

Boa tarde a todos. Agradeço o convite. É muito importante para nós, nutricionistas, estar nesta Casa, para participar de grande evento como este. Falarei sobre a escola como um espaço de promoção de uma alimentação saudável e sobre a atuação do nutricionista nesse espaço.

Nos últimos anos, houve uma mudança muito importante no consumo alimentar da população brasileira. Segundo dados do IBGE, da Pesquisa dos Orçamentos Familiares de julho de 2002 e julho de 2003, constatou-se redução importante no consumo de alimentos tradicionais, como o arroz, o feijão, a batata e o pão, e no consumo de frutas e hortaliças. Ao mesmo tempo, aumentou-se o consumo dos lipídios - gorduras -, inclusive dos ácidos graxos saturados - gorduras saturadas. Também houve aumento do consumo de açúcar refinado, de refrigerantes, de alimentos industrializados e dos "fast-foods".

Além disso, houve um aumento nas porções dos alimentos consumidos, e a população habitou-se a isso e, às vezes, nem percebe a mudança no tamanho das porções. Antigamente o pipoqueiro servia a pipoca num pacote pequeno, e hoje as pessoas entram no cinema com um balde gigantesco de pipoca. Isso também ocorreu com o refrigerante. No Natal de 2004, uma marca conhecida lançou uma garrafa de refrigerante de 3 litros. Temos de estar atentos a essa questão.

A mudança no comportamento alimentar reflete-se diretamente no aumento crescente da obesidade no Brasil e em outros países, trazendo sérias conseqüências. Doenças que antes atingiam apenas os adultos começam a atingir crianças e adolescentes, como o aumento da pressão, as dislipidemias, a resistência à insulina e outras.

É de extrema importância a formação do hábito alimentar, que começa quando a criança sai do peito e tem acesso a outros alimentos. Práticas alimentares saudáveis são importantes quando a criança ainda é pequena, mas, infelizmente, há pessoas que pensam que a criança pode comer o que quiser pelo simples fato de ser criança. Porém é nessa época que a criança está formando o paladar e conhecendo os alimentos. Dessa forma, é importante que a criança tenha acesso a alimentos saudáveis e desenvolva paladar para esses alimentos. Essas práticas alimentares serão moldadas de acordo com as preferências individuais, as experiências positivas ou negativas em relação à alimentação e a disponibilidade dos alimentos que existem na residência e na escola.

Às vezes, a família tem a preocupação de oferecer uma alimentação saudável para a criança, mas, quando ela chega à escola, vê alimentos diferentes, tem curiosidade de experimentar e desenvolve o paladar por alimentos que não são saudáveis. Por outro lado, algumas escolas pensam na importância de oferecer uma alimentação saudável, mas, em casa, a oferta de alimentos não-saudáveis é muito grande. O hábito alimentar também sofre influência da mídia e varia de acordo com o nível socioeconômico.

Quem trabalha na área educacional luta para que as crianças comam alimentos saudáveis, mas elas ligam a televisão e vêem propagandas de alimentos não saudáveis. Quanto mais cedo forem adotados hábitos alimentares corretos, maior será a probabilidade de que esses hábitos permaneçam durante a vida adulta.

A escola deve fazer educação nutricional, pois contribui para a formação dos conceitos e dos valores das crianças e dos adolescentes. Por isso, a escola é o espaço ideal para a promoção de programas relacionados à saúde, não só em relação à alimentação, como também em relação a outros programas. Devemos, portanto, aproveitar esse espaço. É importante que a escola tenha uma visão ampla e trabalhe para formar um cidadão crítico em relação à sua própria saúde.

São escolhas mais saudáveis que ele fará para hoje e para o futuro. Quando implementamos programas de alimentação saudável na escola, não atingimos apenas as crianças, mas também suas famílias, pois elas levam para casa os conhecimentos que adquirem, além dos professores, dos Diretores e dos coordenadores da escola. Isso provoca uma mudança muito interessante. É um fator multiplicador. A comunidade é grande e abrangente.

Quais seriam as principais atuações do nutricionista na alimentação escolar? Todo o planejamento, a implantação e a coordenação da Unidade de Alimentação e Nutrição - UAN - visam oferecer alimentação adequada aos escolares. Há ainda a promoção da avaliação nutricional, englobando peso, altura, outras medidas antropométricas e consumo alimentar, para que se perceba onde estão os principais erros alimentares naquela comunidade. A promoção dos programas de educação alimentar para os alunos e toda a comunidade escolar é outra ação importante, que inclui atividades pedagógicas com crianças, palestras para os pais, reuniões para orientar os professores e os coordenadores da escola. Às vezes, ao percebermos que determinada criança tem problema alimentar, chamamos os pais e prestamos atendimento individualizado. Eles também nos podem procurar quando têm alguma dúvida ou dificuldade.

Outra contribuição importante é a do nutricionista na diretoria da escola ou na Secretaria de Saúde, em relação aos estudos e projetos da área. Trabalho numa escola infantil chamada Algodão Doce, que atua com educação ampla, por meio de diversos programas. Portanto, preocupa-se com a formação do indivíduo como um todo. É muito bom estar nessa escola. Passei a fazer parte do seu quadro depois que ministrei um curso no Sindicato das Escolas Particulares do Estado sobre a importância da escola na formação dos hábitos alimentares das crianças. Essa interação entre educação e saúde ainda não está bem definida. Busquei esse trabalho, e houve interesse por parte da escola. Assim, tivemos oportunidade de trabalhar juntas.

Como profissionais da saúde, devemos preparar-nos ao desenvolver esse tipo de trabalho, porque precisamos adequar a nossa fala, a nossa linguagem técnica e científica a uma linguagem pedagógica. Ou seja, para atingir os nossos objetivos, temos de falar uma língua que seja interessante e compreensível para as crianças e os adolescentes. Trata-se da adequação do conhecimento científico de nutrição às atividades lúdicas e pedagógicas. Como nos preparamos para isso? Na escola, realizamos inúmeras reuniões antes de iniciar os trabalhos, que são contínuos. Avaliamos os projetos e programamos todas as atividades conjuntamente.

Não sei se é fácil isso acontecer para todos. Deveria haver algum tipo de legislação que promovesse maior abertura e engajamento entre a saúde e a educação.

A elaboração das atividades pedagógicas de educação nutricional é feita com as professoras e a coordenação, e há avaliação e aprimoramento contínuo das atividades que desenvolvemos.

Mostrarei algumas fotos das atividades de educação nutricional. Lá temos uma pequena horta, alguns canteiros. Fazemos questão de que a criança tenha contato com o alimento. A horta é muito interessante. A resposta das crianças é muito positiva, tanto na horta quanto na cozinha experimental, onde trabalham manipulando e experimentando os alimentos.

Trabalhamos também com pirâmides, jogos, etc. Aliás, as formas de trabalho são inúmeras. Não dá para entrar muito no assunto, porque o tempo é curto. Esse é um jogo em que explico a pirâmide. Distribuímos os alimentos entre as crianças, que vão explicando se podemos consumi-los mais ou menos. Quando o alimento é do topo da pirâmide, eles dizem: "Ah! Só podemos consumi-lo um pouco e de vez em quando". Portanto, já têm uma noção interessante disso.

Esse é um jogo da memória, em que se associa a inicial do nome de cada criança a um alimento escolhido por ela. Elaboramos uma carta para cada uma delas, com a sua foto e a figura do alimento. Depois realizamos atividades de experimentação com elas.

Falarei sobre um exemplo maravilhoso, que é o projeto A Escola Promovendo Hábitos Alimentares Saudáveis. Esse trabalho foi realizado em Brasília; une conhecimentos científicos às técnicas pedagógicas, como fazemos no Algodão Doce, e envolve toda a escola em prol da alimentação saudável para todos. É isso o que desejamos com o nosso trabalho aqui.

Realizamos um trabalho sistematizado em três eixos estratégicos muito interessantes. O primeiro é a promoção da alimentação saudável. Os nutricionistas estão promovendo esse tipo de atividade educativa com as crianças e os adolescentes e os encontros com os pais e responsáveis. Eles têm um plano de ação para os educadores, que darão continuidade a essas atividades de educação nutricional promovidas por eles. O segundo eixo do trabalho de Brasília é a alimentação e a nutrição para os educadores, que serão capacitados pelos nutricionistas e multiplicadores dos conceitos e das práticas em relação à alimentação saudável. O terceiro passo é a capacitação do dono da cantina para a implementação de uma cantina saudável. O que vale não é só proibir, mas, sim, orientar os alunos da cantina sobre as melhores opções de alimentos e como poderá atuar na educação nutricional.

O projeto A Escola Promovendo Hábitos Alimentares Saudáveis foi criado pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional da UnB, já orientou aproximadamente 400 escolas da rede pública da região e atua também em escolas da rede privada. Há algo que fortifica esse projeto, que é a Lei nº 3.695, de 8/11/2005, que dispõe sobre a promoção da alimentação saudável nas escolas da rede de ensino do Distrito Federal.

É isso que almejo para Minas Gerais. Espero que saíamos da fase de trabalhos isolados e que passemos para a fase em que em vários espaços, de preferência em todas as escolas públicas e privadas, ocorra essa conscientização.

O acesso aos conceitos adequados e à alimentação saudável é um direito do cidadão. Temos de lutar por ele. A responsabilidade é da família? Da escola? Da sociedade? Do Estado? Acredito que seja de todos nós. A legislação, a orientação, a educação e a informação são alguns dos meios propulsores para o sucesso.

Lerei uma frase de que gosto muito: "Quem tem saúde e alimentação como tema de trabalho alimenta a esperança de um mundo melhor". Não quero mais ser um passarinho sozinho. Gostaria de voar em bando. Espero que essa política seja adotada em todo o nosso Estado e em todo o nosso país. Muito obrigada.

- No decorrer do pronunciamento, procede-se à apresentação de "slides".

Palavras do Sr. Joel Lamounier

Boa-tarde a todos os presentes. Agradeço ao Deputado Adelmo Carneiro Leão e ao colega Deputado Doutor Viana o convite. Cumprimento a Assembléia Legislativa do Estado por trazer o tema "Obesidade: desafios e perspectivas" para discussão. Temos a certeza de que sairemos daqui com prováveis encaminhamentos para o controle da obesidade, seja na infância, seja na adolescência, seja nas conseqüências para o adulto.

Estamos vivendo uma situação inédita. Se nos reportamos aos anos anteriores, veremos que, praticamente, as doenças reduziram bastante, entre elas, as infecciosas. O avanço da ciência possibilitou controlar a maior parte dos problemas. Hoje ganham importância as doenças de origem nutricional. Estamos vivenciando no País o que acontecia, há uma década, no mundo desenvolvido. Temos hoje a chamada transição nutricional, pois estamos passando de um quadro de desnutrição para um quadro de obesidade.

Conversava com o Doutor Viana a esse respeito. Como nos formamos na mesma época, lembrávamos que desnutrição era um problema. Atualmente, praticamente, a desnutrição somente está presente nos bolsões de pobreza do País e do Estado. O problema hoje é a criança obesa.

O mundo vive a chamada epidemia global da obesidade. Isso é um fato concreto, que chegou ao nosso país nos últimos 10 anos, de maneira muito rápida. Se fizermos uma projeção para 2020 ou 2030, o Brasil terá cerca de 30 milhões ou 40 milhões de obesos. Isso é sério, em vista das repercussões e das implicações em termos de saúde, como morte prematura e doenças cardiovasculares.

A obesidade não é uma doença de causa única, mas de causas múltiplas, como maus hábitos alimentares, inatividade física. A questão hereditária tem um papel, mas não tão fundamental.

Estamos falando da obesidade exógena, que diz respeito à obesidade decorrente do balanço entre o excesso e o gasto energético pequeno que resulta em acúmulo de gordura no organismo. É um problema basicamente gerado pelo desequilíbrio entre o que se come e o que se gasta, sendo o saldo final acumulado no organismo, nas células adiposas, sob a forma de gordura.

A Organização Mundial de Saúde utiliza tabelas e gráficos para classificar a obesidade. O percentil de 85 a 95 caracteriza o sobrepeso e, acima de 95, a obesidade.

O que temos são crianças jovens, 7 anos de idade, com o IMC de 25, em crianças com 44kg, e uma outra de 11 anos com IMC de 30. O diagnóstico de obesidade está feito. Basta olhar para a criança ou para o adolescente que já se percebe que há excesso de peso.

A importância da obesidade. As posições são essas para as quais chamei a atenção. Se nada for feito, grande parte da nossa população será de obesos. Os Estados Unidos terão cerca de mais da metade da população, de 50 milhões a 60 milhões, composta de obesos entre 2020 e 2030. Temos cerca de 150 milhões de adultos com sobrepeso, em 10% há o risco de morrer prematuramente pelas consequências da obesidade, como doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, diabetes. Tudo decorrente do excesso de peso. A arteriosclerose é uma doença do adulto, mas suas manifestações começam na infância, por isso quem trabalha com criança deve ter um olhar de prevenção, pois temos de preparar nossa população para sermos adultos saudáveis e não chegarmos às idades de 50 anos, 60 anos ou mais precisando de cirurgias, como pontes de safena, para corrigir a insuficiência cardíaca.

Chamo a atenção para uma questão médico-social. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, o Brasil gasta cerca de R\$1.500.000.000,00 por ano com doenças relacionadas com a obesidade. Esse valor não pode ser desconsiderado. Em termos de importância para a saúde, chamo a atenção para a hipertensão arterial, a dislipidemia. Todos têm conhecimento de que a obesidade pode levar ao aumento dos níveis de colesterol, triglicérides, e suas consequências levam às doenças cardiovasculares. Hoje, com frequência, observamos a resistência à insulina, o aumento do diabetes em jovens. Isso tudo está correlacionado com o aumento das taxas de obesidade que temos em nosso país. Se nada for feito, nossa população de diabéticos aumentará cada vez mais. Temos de enfatizar muito esses aspectos, pois estamos num local em que há preocupação com essa questão. A busca será por caminhos que possam levar a projetos e programas que visam à redução e ao controle da obesidade. Essa é a maneira que, acredito, devemos olhar um obeso. Tanto na criança como também no adulto, o acúmulo de peso é a ponta do "iceberg". Vemos numa criança e num adolescente com obesidade um ser cheio de problemas, tanto de ordem emocional como física. Devemos ter um olhar de profissional de saúde muito mais amplo que simplesmente achar que se trata de uma pessoa que come muito, preguiçosa e que não quer fazer nenhum tipo de exercício físico. Temos de ter esse tipo de olhar para podermos aproximarmos e abordar essas crianças e adolescentes com obesidade.

Esse é um problema preocupante no Brasil. Se reportarmos aos dados que temos de peso, altura, antropometria, de crianças brasileiras, temos aqui, no vermelho, a desnutrição de 1975 até 1997. Também observamos uma redução principalmente na Região Sudeste, no Nordeste menos. O amarelo é a obesidade, que, sem sombra de dúvida, aumentou assustadoramente. O IBGE publicou recentemente que as condições das crianças brasileiras melhoraram, com a diminuição da desnutrição, mas, por outro lado, continuamos com a má nutrição.

A obesidade e o sobrepeso são formas de nutrição em excesso. Nestes 30 anos, há menos crianças desnutridas e mais adolescentes acima do peso. Destaquei, em amarelo, que, em 2002, os percentuais encontrados de sobrepeso e obesidade já eram de 18% em meninos e de 15% em meninas, segundo os últimos dados do IBGE. Esses dados não estão muito diferentes dos estudos que estamos fazendo. A partir de 1990, busquei dados estatísticos de populações e encontrei poucos estudos no Brasil. Tivemos um estudo em Belo Horizonte, em 1993, quando foram encontrados sobrepeso e obesidade em 7,8% dos escolares de 7 anos a 18 anos. Em Curitiba, em 1996, o índice já era o dobro de Belo Horizonte. Em Belo Horizonte, o estudo epidemiológico foi repetido, e o índice aumentou para 8,5%; no Rio de Janeiro, o índice foi de 12,2%; em Florianópolis, em 1999, de 22%. Não tenham dúvida de que esse é um índice crescente, principalmente nos Estados da Região Sudeste. O estudo feito em Belo Horizonte deu 8,4% de sobrepeso e 3,1% de obesidade. Fizemos um estudo, considerando os dados do IBGE de 1996 e 1997, e encontramos taxas de 6,9% de sobrepeso e de 2,5% de obesidade. Os dados do estudo que fizemos em Belo Horizonte ficaram muito próximos. Recentemente, em 2004, fizemos um estudo em Barbacena, o qual terminamos em 2005. Foi um estudo de representatividade de população, e encontramos quase 16% de obesidade e sobrepeso. Os dados do IBGE publicados recentemente estão muito próximos aos que encontramos na região de Barbacena.

Mais uma vez, as causas da obesidade têm a ver com o hábito alimentar, com o estilo de vida e com a dinâmica alimentar e social. Não restam dúvidas de que as cidades mudaram. Nós, que tivemos origem no interior, brincávamos o dia inteiro na escola, tínhamos educação física, marcha no 7 de setembro e nas datas cívicas. Hoje isso já não existe. Estamos convivendo com uma situação de insegurança, em que as pessoas só saem de casa de carro. Somos uma sociedade parada, e o nosso genoma foi preparado para sermos uma sociedade que gasta energia. O homem primitivo tinha que correr atrás e caçar, hoje corremos de carro para ir ao supermercado escolher que alimento queremos. Geneticamente, estamos preparados para conservar energia por uma questão de sobrevivência da espécie.

O que estamos vendo é um efeito da globalização, feito para a Copa de 2002. Não é preciso repetir aqui que o problema são os hábitos alimentares. A melhor comida do mundo é a do brasileiro - arroz, feijão, verduras e carne. Deus é brasileiro e dotou o País com frutas e todo esse tipo de alimentos. Olhem que alimentação saudável! E os brasileiros ainda importam hábitos alimentares. Precisamos ter consciência disso. Nos Estados Unidos, foi feito um vídeo que prova que uma dieta de "fast-food" é extremamente perigosa e traz problemas para a saúde.

Voltando ao objeto desse fórum: estratégias e desafios. Os programas de intervenção têm que ter objetivos definidos, têm que ser passíveis de ser executados, avaliados e aplicados. Podemos ter programas excelentes, aplicados em pequena escala, e não à população como um todo.

As intervenções são várias. Individualmente, em pacientes de consultório, fazemos uma abordagem integral da criança e do adolescente, considerando que estão dentro de uma família e de uma sociedade. Então a abordagem tem que ser interprofissional. Temos que olhar a criança sob todos os aspectos. Não adianta focar apenas a criança, porque não seria justo, uma vez que o pai ou a mãe não colaboram, continuando a cometer erros alimentares, com um estilo de vida pouco saudável.

É claro, como já foi comentado, que é fundamental o papel da escola e da sociedade como um todo. Os próprios políticos têm seu dever, e, com certeza, essa é uma das preocupações deles, pois fazem o que podem em termos de legislação e possibilitam que haja outras ações nesse sentido.

Estou mostrando isso para vocês terem uma idéia do cardápio das nossas crianças. Elas comem várias vezes por dia: na escola, em casa, etc. Trocam suas merendas nas escolas por coxinhas e outros alimentos mais calóricos e, quando chegam às suas casas, vão assistir à televisão e comer novamente.

Para que haja mudança, é preciso promover hábitos de vida e de alimentação saudáveis e atividades físicas. Lembramos ainda que o leite materno é o primeiro e ideal alimento que uma criança deve receber, desde seu nascimento. Aquelas que são alimentadas com ele são protegidas contra a obesidade.

Agradeço a oportunidade de estar aqui, mas não posso deixar de assinalar que, embora estejamos tratando de obesidade, em regiões carentes, principalmente a do Vale do Jequitinhonha, a desnutrição ainda é um problema importante. Temos vários projetos lá e conhecemos bem a realidade.

Agradeço à Assembléia e aos organizadores a oportunidade de estar aqui hoje. Muito obrigado.

- No decorrer do pronunciamento, procede-se à apresentação de "slides".

Palavras da Sra. Elaine Maria do Carmo Zanolla Dias de Souza

Boa-tarde a todos. Inicialmente agradeço muito o convite para estar aqui, onde já estive uma outra vez. Cumprimento esta Assembléia pela iniciativa e pela preocupação com a questão dos transtornos alimentares, que é o caso da obesidade.

Queria iniciar a apresentação com alguns dados da Organização Mundial de Saúde, mas não será necessário, pois já tivemos uma brilhante exposição de vários dados estatísticos. Quero, porém, reforçar o fato de ter crescido o índice da obesidade. Nos Estados Unidos, por exemplo, país desenvolvido, que praticamente não apresenta casos de desnutrição, a obesidade está alarmante. Qualquer um de nós que entrar no "site" da Organização Mundial de Saúde e digitar a palavra obesidade, encontrará uma série de recomendações, ou seja, no mundo inteiro, ela está crescendo, principalmente na faixa das crianças e dos adolescentes. No caso dos adultos, é uma consequência.

A obesidade, apesar de ser uma doença em si mesma, é um dos principais fatores de risco para outras doenças crônicas. Antigamente, quase não víamos crianças com diabetes, mas, hoje em dia, por causa da obesidade, temos visto, nos consultórios - trabalho em um hospital -, vários encaminhamentos de crianças com essa doença para a área de psicologia, a fim de ajudar no tratamento e na adesão à dieta.

Há um estudo da Ana Mayra Andrade Oliveira, feito na Bahia, sobre esses fatores - a associação do sobrepeso da obesidade com todas as variáveis: biológicas, psicológicas, sociais. Ela fala que os resultados têm sido muito conflitantes, diversificados. Fiquei pensando se isso não aponta, para nós, para uma epidemiologia multifatorial, tanto do sobrepeso quanto da obesidade. É uma questão de difícil entendimento, complexa, e devemos debruçar-nos em cima dela.

Do ponto de vista epidemiológico, que irá analisar a prevalência da obesidade na criança e no adolescente nas diferentes situações de ordem psicológica, temos uma escassez desse estudo. Mas as pessoas estão se interessando pelo assunto, as universidades estão começando a pesquisar a respeito dessas variáveis.

Mas observamos que mudanças no ambiente familiar são conhecidas por gerarem distúrbios alimentares. Isso ocorre desde cedo. Às vezes temos uma criança pequena que se recusa a comer e, quando se analisa melhor, verifica-se que há algum problema familiar ou alguma desorganização, alguma coisa está acontecendo. Assim também com os adolescentes, que sofrem a influência de qualquer transtorno familiar.

Para entender um pouco a respeito da obesidade na adolescência, é preciso falar sobre o que é a adolescência. E, primeiramente, diferenciar a puberdade da adolescência.

A puberdade é um fenômeno predominantemente biológico e compreende as transformações corporais, como a aparição da menstruação na menina, a ejaculação no menino; as características sexuais secundárias, como o aumento do seio, o aparecimento de barba. Isso faz parte da puberdade.

A adolescência, ao contrário, refere-se ao componente mais psicológico do processo, que irá ficar constantemente modificado e influenciado pela sociedade. Quando falo da sociedade, quero dizer que é a mídia, a família, a escola, a sociedade abarcando todo esse contexto. Nem sempre a puberdade coincidirá com a adolescência. Às vezes as manifestações psicológicas acontecem antes mesmo de uma mudança no nível corporal, da puberdade mesmo, propriamente dita.

O elemento sociocultural a que me refiro - a cultura, a família, a mídia, a escola -, irá influir com um determinismo específico nas manifestações do adolescente. Mas temos de considerar que, atrás dessa expressão, há uma coisa universal. Na adolescência, há algo que acontece aqui, em Belo Horizonte, como também na África, nos Estados Unidos, ou seja, o despertar da sexualidade, o reencontro com a questão do sexo. Aliás, isso é muito difícil, angustiante, traz muitos problemas nessa fase, e tem uma relação com a alimentação.

O próprio Freud falava que a tarefa do adolescente é soltar-se da autoridade dos pais, ou seja, fazer essa separação. Ele afirma que essa separação é um dos efeitos necessários, o que deve acontecer até mais cedo, uma vez que vemos adolescentes hoje com 30 anos, quer dizer, eles ainda não se separaram dos pais - e isso, hoje, muito mais que antigamente. Antes, havia essa separação mais cedo. Esse é um processo muito doloroso no desenvolvimento de uma pessoa. Para suportar esse reencontro com a sexualidade, é necessário que ele desenvolva uma atividade fantasmática, a qual permitirá o desembaraço, ou seja, desembaraçar dos pais, que algumas vezes passam até a ser rejeitados.

Na maioria das vezes, o adolescente começa a questionar a postura dos pais. Isso nós vemos ainda hoje, com um agravante, pois toda a pulsão paterna, da lei, dos valores morais, dos ideais está em declínio, o que dificulta a separação em relação aos pais.

É um momento delicado, de risco, sendo necessária a atenção a alguns sinais. Mostrarei, rapidamente, algumas características dessa fase. É uma síndrome normal, cujos sintomas se apresentam com mais ou menos força.

A - Busca de si mesmo e da identidade; é característica de todo momento evolutivo de uma pessoa. A criança entra na adolescência com muitos conflitos e dificuldades devido a essas modificações as quais ela deve viver de forma passiva, independentemente de sua vontade. O corpo e o esquema corporal aparecem como duas variáveis inter-relacionadas, que devem estar juntas, sem desconectar, pois podem ocorrer problemas quando o corpo real do adolescente é um e a imagem que ele tem de si mesmo é outra. Há, por exemplo, adolescentes anoréxicos, com peso muito abaixo da tabela, achando-se enormes de gordos. Em geral, isso é mais freqüente com as meninas. E também ocorre o oposto; adolescentes muito gordos que não aderem ao tratamento por não se verem como pessoas gordas;

B - Tendência grupal, com forte influência dos colegas;

C - Necessidade de intelectualizar e fantasiar. Vivem mais na fantasia, participam mais de teorias filosóficas e idéias de salvar a humanidade e os amigos;

D - Crises religiosas. Passam a ser ateus ou se envolvem com uma força maior em uma religião;

E - Deslocalização temporal. O adolescente converte o tempo em presente e ativo na tentativa de manejá-lo, muito em função desse sentimento de onipotência. Acha que o mundo é dele e que nada lhe acontecerá. Muitas vezes têm urgências enormes, as coisas têm que ser feitas na hora, enquanto as nossas urgências são postergadas por eles;

F - Evolução sexual. Como já disse, é uma questão universal. Em razão de todas essas mudanças, começa o luto, que ele fará para não perder o corpo infantil e os pais da infância. Há toda uma modificação. Os pais da infância são diferentes dos pais da adolescência porque estes também são atravessados por essa questão, são muito tocados, pois começam a reviver momentos de suas adolescências. A questão da obesidade aparece claramente nesse aspecto.

O adolescente cresce muito rápido e esse crescimento nem sempre é acompanhado pelo aspecto psicológico. Além disso, ele terá que deslocar os interesses sexuais por outras figuras substitutivas.

Seu investimento libidinal, no sentido de sexual e não genital, que existe desde que a criança nasce, deve ser deslocado para outra pessoa, fora do círculo familiar. Ele entrará em outra lógica, há mudança de relacionamento. Modificará radicalmente a natureza do elo que mantinha com as pessoas.

As manifestações da adolescência fazem parte do desenvolvimento, e o conjunto de tudo é o sinônimo de crise. O resultado dependerá da forma como o adolescente viverá a crise e será influenciado pelos ambientes social e familiar. A criança e o adolescente são dependentes do ambiente, quase sempre vivendo com a própria família, e seu comportamento é, via de regra, reflexo desse ambiente. Quando entrevistamos a família e o adolescente, percebemos de onde vêm suas questões, muitas delas familiares. Quando o ambiente familiar é desfavorável, pode gerar o aparecimento de algum transtorno alimentar.

Os transtornos alimentares são os novos sintomas da atualidade. Não existiam há alguns anos, e hoje são freqüentes. Estão ligados à dinâmica familiar, em razão da angústia, do desprazer e de outros conflitos da idade. Victor Hugo chama isso de delicada transição, pois é uma época de difícil manejo, à qual deve-se estar atento.

Na atualidade, vemos um aumento progressivo do consumismo. Tudo é consumo; é o celular ou o computador que se compra hoje, mas já não servem amanhã; a roupa de marca; enfim, o consumo é muito grande. Isso gera muita angústia no adolescente, que perde as referências. Antigamente, isso não ocorria, pois havia um ideal que se demorava mais para atingir. Hoje as referências são muitas, e a escolha é difícil para o adolescente.

A obesidade indica uma passividade do sujeito, que não apresenta condições de recusar essa oferta ilimitada e, às vezes, asfíxiante, promovida pelo capitalismo e a globalização, pelos mais diversificados meios de comunicação.

A exposição das crianças e dos adolescentes ao risco de obesidade é encorajada pelo discurso social - família, ambiente, mídia e consumismo. O que deve guiar a abordagem terapêutica é o diagnóstico mais preciso e individualizado, discernindo a base emocional do sintoma, na dinâmica do grupo familiar. Não se pode reduzir a explicação da obesidade apenas a uma variável, pois sempre haverá uma multiplicidade de causas. As abordagens terapêuticas e preventivas devem ser sempre multidisciplinares e multifocais. Obrigada.

- No decorrer do pronunciamento, procede-se à apresentação de "slides".

Palavras do Sr. Emerson Silami Garcia

Boa-tarde a todos! Cumprimento o Deputado Doutor Viana, Presidente da Comissão de Educação, e o Deputado Adelmo Carneiro Leão, Presidente da Comissão de Saúde e autor do requerimento que deu origem a este evento. Agradeço pela honra de voltar a esta Casa para participar de mais uma atividade.

Fui convidado a falar sobre a obesidade infanto-juvenil, e a minha abordagem será na área em que trabalho. Sou um profissional de Educação Física que teve a felicidade de sair do País para fazer mestrado e doutorado na área de fisiologia do exercício. Sempre estive ligado à atividade física e, até hoje, tenho a sorte de trabalhar, algumas horas por semana, de tênis, calção e camiseta, o que acaba sendo um privilégio num tempo em que as pessoas não têm a oportunidade de fazer atividade física.

Sou professor da universidade. Vejo alguns colegas aqui.

Falarei da atuação do profissional de Educação Física na prevenção da obesidade infanto-juvenil.

Muitos colegas já falaram do problema da obesidade, que está em franca evolução no mundo. Recentemente a revista "The Lancet" publicou um artigo abordando exatamente esse problema. A matéria se refere ao problema como uma crise de saúde pública em todo o mundo. Não me aterei aos dados de cada país, mas informo que o Brasil participou desse estudo, que apresenta os índices de obesidade em vários países. Quero chamar a atenção para o fato de que não interessa a riqueza do país - Estados Unidos, Brasil, Índia e China. A obesidade é uma epidemia que está atacando países ricos ou pobres.

Reportando-se ao nosso país, vemos que há regiões ricas e pobres que sofrem as mesmas conseqüências. O Brasil é um dos países em que os índices de obesidade foram mais elevados. Como podemos ver, esses índices aumentaram duas a três vezes, nos últimos anos.

Não perderei muito tempo com índices de obesidade. Quero destacar que a preocupação com a obesidade na infância deve ser maior que na idade adulta. Às vezes, farei algum comentário que assustará muitos. Já foi dito que a obesidade está associada a diversos problemas de saúde, e algumas doenças que se manifestam na idade adulta iniciam-se na infância.

Usei essa imagem para mostrar que todo o organismo é afetado pela obesidade. A representante do Conselho Regional de Psicologia abordou os problemas psicossociais, que são grandes. Infelizmente, esses problemas levam a criança obesa a se afastar de algumas atividades, como a física, que lhe seria muito benéfica. Quanto mais peso ela carrega, mais difícil se torna fazer a atividade física. Há outros problemas também: endócrinos, cardiovasculares, neurológicos, gastrointestinais e outros. Tenho certeza de que esses problemas serão discutidos, com mais propriedade, por outras pessoas.

Falaremos do sedentarismo. Uma das principais causas da obesidade é a inatividade física ou a falta de atividade física, denominada sedentarismo. É considerada sedentária a pessoa que não realiza a quantidade mínima de exercícios físicos considerada necessária para a manutenção da saúde. Falaremos mais tarde sobre o que é a quantidade mínima de atividade física.

Esse é um estudo realizado na Inglaterra, Reino Unido, que fez o mesmo que está ocorrendo no Brasil, ou seja, reduziu o número de aulas de educação física na escola, e pela mesma razão. No Brasil, isso está ocorrendo porque educação física não é matéria de vestibular; nos Estados Unidos e na Europa, porque existem uns testes que os estudantes fazem ao terminar o ensino médio dos quais não consta educação física. Constam matemática, física, química, etc., mas não educação física. Então, para as escolas, educação física é considerada um gasto desnecessário, uma coisa inútil. E tem-se de contratar professores e haver praça de esportes. Com isso, o sedentarismo aumenta. Na mesma época em que começaram a ser reduzidas as aulas de educação física, começou a aumentar o número de crianças e adolescentes obesos. Isso é estatisticamente comprovado.

No Reino Unido, estão tentando fazer a reversão, retornando ao número anterior de aulas de educação física, assim como nos Estados Unidos, onde o problema é maior que em qualquer lugar do mundo. Lá, já existe uma epidemia claramente caracterizada.

Quando falamos em aula de educação física, referimo-nos a movimentar-se. As pessoas têm de se movimentar, principalmente na infância e na adolescência, porque, se não se movimentarem nessa época da vida, dificilmente se tornarão adultos ativos, pois não terão esse hábito. Da mesma forma em que nos habituamos a comer um bom alimento, também nos habituamos à atividade física. E nos acostumamos a isso.

Não falarei sobre formas de avaliação da obesidade, porque não temos tempo para isso, mas falarei um pouco sobre o motivo pelo qual a criança engorda. Isso é importante. Só engorda quem come mais do que gasta. Problema psicológico, problema financeiro, perder o namorado, brigar com alguém, nada disso engorda. A única causa direta da obesidade é comer mais do que se gasta. Não há outro jeito, a não ser que contrariássemos a primeira lei de Newton. Não tem jeito de uma pessoa não comer nada e engordar.

A professora disse anteriormente que algumas coisas levam uma pessoa a comer mais ou menos, como falta de educação alimentar ou um problema psicológico em que a pessoa se satisfaz por meio da comida, que passa a ser um consolo para alguns problemas.

A inatividade física e os maus hábitos alimentares são os principais causadores da obesidade na infância. Existem estudos muito bem elaborados nos Estados Unidos e em outros países mostrando que a criança obesa não é necessariamente aquela que come mais, mas a que fica mais tempo assistindo à televisão. O sedentarismo é um problema muito sério, pois a criança sedentária tem mais chance de tornar-se obesa.

As pessoas fisicamente ativas apresentam níveis mais baixos de gordura corporal. Por isso o operário braçal e o atleta geralmente são mais magros. Essas pessoas ingerem e gastam uma quantidade elevada de calorias.

Trabalho com atletas de alto nível, e o que eles comem é de assustar, por causa do nível de atividade física. Quem vê um operário braçal, trabalhador da construção civil, comendo muitas vezes se assusta.

Uma outra afirmativa que gosto de fazer é que obesidade não tem cura. Não existe vacina nem remédio para a obesidade. Não existe estudo publicado, no mundo, de que se fez um tratamento num grupo de obesos - quando falo obeso, refiro-me ao índice de massa corporal 34, 35, 40, por exemplo -, com um grupo de controle, e que os obesos tenham ficado magros. Não existe cura para a obesidade.

Os médicos, os nutricionistas e os profissionais da Educação Física tentam fazer o seguinte: no caso de obesidade moderada, reduzir e, depois, controlar; no caso de obesidade extrema, tentar não chegar à obesidade mórbida, buscando aumentar a sobrevivência da pessoa. Mas não há vacina, remédio, nada. E a maioria dos remédios para a obesidade são extremamente perigosos. Há aqui um médico, que pode falar sobre isso.

O nosso problema é a prevenção, como disse o Dr. Joel. E temos de prevenir a obesidade na infância, porque é uma doença que, na maioria dos casos, tem a sua origem no início da vida. Vários estudos têm demonstrado a importância da inclusão de atividades físicas em programas de prevenção. As chances de sucesso são maiores, mesmo na idade adulta, quando as pessoas praticam exercício regularmente.

Lembro-lhes: é preciso praticar exercícios físicos e educar sua maneira de se alimentar, o que não é trabalho para um só profissional, como também foi dito aqui, mas é uma tarefa multidisciplinar.

Na escola, principalmente na pública, não se pode subtrair daquelas crianças as aulas de Educação Física, uma das únicas chances que possuem de se exercitarem. Mas, infelizmente, isso tem sido feito. Há uma tendência de se reduzir o número dessas aulas. Os alunos das escolas particulares, que têm alto poder aquisitivo, vão a clubes, academias e outros lugares, onde praticam exercícios. Isso não ocorre com as crianças das escolas públicas.

A Academia Americana de Pediatria publicou recentemente, em 7 de junho deste ano, matéria em que defende o aumento da atividade física para crianças e adolescentes como forma de prevenção da obesidade. Também não adianta fazer muita atividade física e comer demais. É lógico que é preciso passar pelo médico para saber se há algum problema que esteja levando a esse desequilíbrio energético. Na verdade, trata-se de um trabalho multidisciplinar. Mas não se pode esquecer de que a atividade física é reconhecidamente necessária.

Além de orientar a prática de exercícios, o professor de Educação Física deve estimular a formação de hábitos saudáveis. Se a Secretaria de Educação perceber que os professores não estão preparados para isso, nutricionistas e outros professores de Educação Física poderão dar-lhes cursos, a fim de que possam suprir essa dificuldade. Não se trata simplesmente de acabar com essas aulas. Além disso, as aulas devem ser prazerosas e não podem deixar de atender aos objetivos relacionados à saúde. Qualquer pessoa tem de fazer, pelo menos, três horas de atividade física por semana, com gasto calórico adequado. As aulas precisam ter uma intensidade adequada para a saúde. Ao fazer uma aula de Educação Física, a criança pode brincar e, ao mesmo tempo, melhorar sua saúde e se prevenir contra problemas futuros. O número de aulas semanais deve atender ao necessário para a manutenção da saúde, ou seja, cerca de uma hora de atividade física três vezes por semana com intensidade adequada.

Não temos tempo de explicar cada um dos itens expostos.

A redução do tempo de atividade física foi um problema mundial. Atualmente, os países que fizeram isso estão revertendo sua posição. Espero que o Brasil não reme contra a corrente. Estamos na presença de eminentes Deputados que estão prestando atenção ao que estamos falando, tenho certeza. Devemos solucionar esse problema, para, daqui a 5 ou 10 anos, não descobirmos que causamos um imenso mal aos nossos jovens ao tirar-lhes a única oportunidade de praticar atividade física como uma das formas de prevenir problemas futuros de saúde.

Plagiando o Dr. Joel, espero que possamos dar uma boa alimentação a todas as nossas crianças, mesmo sabendo que isso é um pouco difícil. Muito obrigado.

- No decorrer do pronunciamento, procede-se à apresentação de "slides".



Boa tarde. Cumprimento todos os presentes neste Plenário e quero dizer-lhes que não fiz uma apresentação, mas gostaria de fazer algumas considerações em relação ao problema da obesidade infanto-juvenil. As pessoas que me antecederam já relataram o problema da obesidade.

A nossa realidade de educação, de Secretaria de Estado de Educação, a nossa realidade de Minas Gerais e de escola pública, é que lidamos com os dois pontos, obesidade e desnutrição. Já foi dito que temos algumas regiões de Minas Gerais que ainda vivenciam esse problema da desnutrição.

Quando comecei minha carreira profissional, há 28 anos, o grande problema que nos afligia na aprendizagem e na formação de nossos alunos era o problema da desnutrição. Hoje estamos enfrentando um outro problema. E a conjuntura tem colocado nos ombros dos professores das escolas públicas algumas dificuldades para as quais não fomos preparados. Lidamos nas escolas, no dia-a-dia, com problemas, muitas vezes de ordem social, que a escola não consegue resolver sozinha.

Acreditamos que o problema da obesidade, como foi apresentado, é um problema que a escola sozinha não terá como resolver. Foi tratada aqui a parceria, porque esse problema, acredito, é muito mais social que educacional. Digo isso, porque as nossas escolas, a nossa carga horária, é uma das menores do mundo. Temos 4h30min para trabalhar com os alunos em todos os outros conteúdos, em todas as outras formações.

Vimos também o problema da educação física. Temos a realidade de escolas públicas, que, às vezes, não têm nenhum espaço para que o professor de educação física possa desenvolver suas atividades com os alunos.

Portanto a Secretaria tem alguns desafios, alguns problemas a enfrentar, e os estamos enfrentando em parceria com o governo do Estado, com os governos municipais, para dar infra-estrutura às escolas, a fim de que elas possam ter condições de desenvolver suas propostas, seus projetos.

Já falaram também em relação à diminuição das aulas de educação física. Desejo deixar claro o seguinte - a própria LDB já não fala no número de aulas que a escola tem de ter. Hoje a LDB é bem clara, não há preponderância de nenhum conteúdo sobre o outro, como a LDB antiga previa. No entanto, a escola tem autonomia de estabelecer seu projeto pedagógico de acordo com suas necessidades. Ela pode, junto com seu grupo de professores e com toda a comunidade escolar, estabelecer como deverá ser feito, como será o projeto pedagógico da escola.

A Secretaria de Educação tem de estar atenta às diretrizes básicas que serão dadas e ao conteúdo que as escolas têm de cuidar, que todo aluno tem necessidade de aprender, e tem de ter.

Algumas escolas de determinadas regiões diminuíram as aulas de Educação Física. Conforme foi dito, a Educação Física é um conteúdo importante na formação da criança, do adolescente e do jovem.

Enfrentamos, ainda, outro problema. Em algumas regiões, não há profissionais habilitados para ministrar as disciplinas de Matemática, Geografia, História e Educação Física. Nossos problemas, às vezes, são de outra natureza e impedem a escola de desenvolver seu papel e sua função como deveria, como a criança, o adolescente e o jovem têm direito.

Preocupamo-nos ainda com a formação dos profissionais. Hoje, colocam para nós - professores e funcionários da Secretaria de Estado de Educação - alguns problemas com os quais não fomos preparados para lidar. Então, precisamos de capacitação, formação continuada.

Em Minas Gerais, há 3.917 escolas estaduais. Multiplicando-se esse número pelo de profissionais, observa-se que nosso contingente é muito grande; logo, não dá para fazermos tudo de uma vez; todavia, nem por isso devemos ficar de braços cruzados, deixar de fazer algo.

Podemos registrar alguns feitos. Estamos concretizando um convênio com a Secretaria de Saúde, a fim de pormos em prática o projeto Saúde nas Escolas. Iniciaremos com 2 mil escolas, que receberão material e formação para o trabalho. Há alguns temas para serem discutidos dentro desse projeto, como as drogas e a gravidez na adolescência. Incluiremos também a obesidade infanto-juvenil, a fim de capacitar nossos profissionais, para trabalharem, já que a escola é um espaço de formação e transformação das pessoas.

Chegam-nos, às vezes, pedidos para incluirmos como disciplinas, na matriz curricular, determinados temas, assuntos. Acreditamos que essa temática tem de passar toda a proposta pedagógica da Escola. Por isso, nossos profissionais precisam de formação. Todos eles - da cantineira ao Diretor de Escola - têm de estar preparados para orientar as crianças na formação de bons hábitos alimentares. Portanto, na nossa opinião, esse tema não deve transformar-se em uma disciplina, até porque não dispomos, na área de educação, de profissionais com a proficiência a que se referiram as pessoas que me precederam.

Temos de preparar os nossos professores, para dar-lhes condições de ensinar aquilo que lhes compete dentro do espaço escolar, obedecendo à carga horária anual. A Secretaria de Educação, visando a enfrentar tais problemas, iniciou algumas propostas, alguns projetos. Em seis Superintendências do Norte de Minas, está sendo posto em prática um projeto na linha do protagonismo infanto-juvenil, denominado Eu Aprendi, Eu Ensinei.

No primeiro semestre, esse projeto abrangeu a desnutrição. Trabalhamos na formação de professores e alunos do ensino médio. Estes foram trabalhar com as famílias dos Municípios mais carentes dessas superintendências, para orientar pais e mães sobre alimentação, cuidados com a criança, responsabilidade de encaminhá-la para vacinação e aleitamento materno. Fizemos esse projeto em parceria com o governo federal, com uma organização não governamental de São Paulo.

No segundo semestre, partiremos para outras superintendências. Já que estamos com essa temática, faremos um diagnóstico das nossas superintendências, em que há maior incidência da obesidade, para se começar a trabalhar nessa linha. Assim, poderemos implementar essa temática nas escolas.

Na Secretaria de Educação, temos também um projeto-piloto. Em breve, a partir dessa experiência, conseguiremos implementar a escola de tempo integral em alguns lugares. Se tivermos a escola de tempo integral, conseguiremos que as nossas crianças, jovens e adolescentes sejam educados visando à cidadania. Eles já são cidadãos, mas precisamos dar-lhes condições de serem educados com todo o direito que a criança da escola pública dispõe, seja no Norte, seja no Nordeste, seja no Sul, seja no Triângulo. Estamos desenvolvendo essa proposta em algumas escolas. Já temos quase 80 mil alunos no programa "Aluno de Tempo Integral". Essas crianças ficam um tempo maior na escola. Quando voltam no contraturno, elas têm várias atividades - pedagógicas e muito mais esportivas e artísticas. Tipicamente, são de lazer para dar oportunidade às nossas crianças, já que elas não as têm fora da escola.

Temos ainda o Programa de Educação Afetivo-Sexual - PEA -, em quase mil escolas, e estamos ampliando em outras escolas, para que tenham o direito de formar o seu projeto e encaminhá-lo à Secretaria a partir da sua necessidade e dificuldade e do diagnóstico da escola. A Secretaria financia aquilo que lhe couber, para que a escola tenha condição de desenvolver os projetos.

Na proposta pedagógica, a escola tem autonomia de elaborar o seu projeto, a sua proposta. A Secretaria de Educação, com a preocupação até de nos preparar para uma escola de tempo integral, tem o objetivo de investir na rede física das escolas, ou seja, construir quadras e restaurar as existentes. Temos várias atividades para dar condição às escolas de desenvolver o seu projeto. A Secretaria de Educação quer refletir com vocês.

Quanto ao problema da merenda, temos parceria com a Secretaria de Saúde. Os nossos cantineiros, os funcionários da escola são orientados e preparados para elaborar uma merenda balanceada.

Temos consciência de que ainda há muito a fazer e de que devemos refletir sobre essas considerações. Encerro as minhas palavras com a fala do mestre Paulo Freire: "A educação não transforma o mundo. A Educação muda as pessoas e pessoas transformam o mundo". Obrigada.

Palavras do Sr. Daniel Ferreira da Cunha

Agradeço o convite para participar desta reunião e parabeno os organizadores deste fórum técnico, especialmente o Presidente da Comissão de Saúde, Deputado Adelmo Carneiro Leão.

Vou me ater a aspectos da obesidade na fase adulta e abordarei componentes do diagnóstico de classificação, aspectos de prevalência já mencionados, aspectos de etiologia, destacando principalmente fatores ambientais, aspectos da genética, complicações e aspectos do tratamento. Apesar de óbvio, às vezes o conceito de obesidade se restringe àquela condição em que ocorre excesso de gordura corporal resultante de maior ingestão de energia em relação ao gasto energético.

Ainda se discutem critérios para o diagnóstico da obesidade, mas o mais aceito ainda é o índice de massa corporal, uma vez que pode ser usado em estudos epidemiológicos, em descrição de populações, etc. Portanto, o critério oficial da OMS é o índice de massa corporal acima de 30kg/m<sup>2</sup>. Um indivíduo com índice de massa corporal entre 25 e 29,9 estaria com sobrepeso. Outro critério é a gordura corporal acima do normal, o que pode ser feito medindo-se a prega cutânea tricipital e documentando-se que a pessoa está acima de 120% do valor ideal.

Outros critérios, como bioimpedância ou impedância bioelétrica, ocorrem quando o indivíduo apresenta gordura corporal total acima de 30%, principalmente na mulher, e talvez 25% no homem. Esse critério ainda não é totalmente aceito.

A obesidade pode ser classificada, portanto, de acordo com o índice de massa corporal - IMC. Nesta primeira coluna, entre 25 a 29,9, temos o que a OMS chama de Grau I, classificamente dito sobrepeso. Indivíduos com IMC entre 30 e 39,9 estão inseridos no Grau II, com obesidade propriamente dita; e indivíduos com IMC acima de 40 estão enquadrados no Grau III, com obesidade mórbida. Aqui vocês podem ver um problema do índice de massa. Um indivíduo muito pesado, atlético ou com estrutura óssea diferenciada pode ter IMC alto e não ser necessariamente obeso.

O "slide" mostrado há pouco pelo Prof. Joel indica a tendência secular da prevalência de obesidade em diversos países. A parte verde representa os Estados Unidos que, na década de 60, começou com incidência de 10% a 12%, com projeção para 45% no ano de 2030. O Brasil tem uma curva pouco menos inclinada, mas também está atingindo níveis excessivos de obesidade.

Destacaremos esses dados, para que possamos entender um pouco mais a obesidade. Segundo o IBGE, de acordo com o rendimento monetário familiar mensal "per capita", com base no salário mínimo, homens e mulheres aumentam a prevalência de obesidade à medida que saem do nível de pobreza - de até 1/4 a 2 a 5 salários mínimos aproximadamente. Acima desse índice, existe tendência à diminuição da prevalência de obesidade. Esses dados mostram que indivíduos muito pobres são mais desnutridos, mas os pobres que ganham de dois a três salários mínimos também estão sob o risco maior de obesidade. Portanto, é possível que essa seja uma questão de educação e também de alimentação e lazer inadequados.

É óbvio que, à medida que o indivíduo envelhece, a prevalência de obesidade aumenta. A prevalência é de 5% para a faixa etária de 20 a 24 anos e de até 16% em indivíduos com 65 anos ou mais. Observem que, na penúltima e na última colunas, há diminuição da prevalência de obesidade. Sendo assim, em mulheres de 55 a 64 anos o índice é 21,8%, caindo para 16%. Talvez esse seja um reflexo da mortalidade associada a esse tipo de doença.

A obesidade apresenta inúmeros fatores, como os de natureza genética, algumas síndromes monogênicas, Síndrome de Prade-Wiili e várias doenças bastante conhecidas, além de suscetibilidade genética, provavelmente alelos múltiplos. O grande problema são os fatores ambientais, destacando-se exercícios físicos inadequados, taxa metabólica diminuída, principalmente associada ao sedentarismo, ingestão alimentar inadequada e alguns aspectos culturais. É claro que o fator genético tem grande importância. Depois que descobriram que a leptina está associada à magreza, promoveram a formação de um animal sem essa proteína, e que, portanto, fica obeso: ratos geneticamente modificados ficam obesos. Com isso, passamos a entender muito sobre a fisiologia da obesidade.

No geral, isso tem a ver, principalmente, com a gestão alimentar. As gorduras, que são alimentos de sabor dito mais agradável, têm uma densidade energética muito alta e são facilmente absorvidas e depositadas. Não há muito gasto energético para se depositar uma gordura que comemos num tecido adiposo. Além disso, o nível de insulina, que aumenta nessas pessoas, termina fazendo com que a gordura armazenada não seja mobilizada. Que dizer, ela não sai de onde foi mobilizada. Isso é uma pista para entendermos que é necessário diminuir essa resistência à insulina, que geralmente esses indivíduos têm, para emagrecer com algum sucesso.

Um aspecto da alimentação também está sendo mostrado nesse gráfico. Os senhores estão vendo a relação da ingestão alimentar entre homens e mulheres. Embaixo, está a porcentagem de pessoas obesas. As pessoas que comem carne têm as maiores taxas de obesidade. Isso ocorre em vários grupos populacionais. Os que têm as menores são os vegetarianos estritos, ou seja, aqueles que não comem produtos de origem animal. Portanto, isso tem mesmo a ver com dieta. Obviamente, não proporemos que as pessoas se tornem vegetarianas; porém, se comerem mais frutas e verduras, como todo o trabalho tem mostrado, esse será um ponto de provável sucesso no futuro.

A atividade física já foi bastante comentada aqui. Sabe-se que crianças que assistem à televisão são mais obesas. Se elas forem retiradas da frente da TV, o peso delas simplesmente diminuirá. Realizou-se um trabalho com adultos filandeses, mostrando que, se praticam exercícios três vezes por semana, o peso corporal deles diminui; se praticam atividade física com uma frequência mais baixa, esse peso aumenta. Realizamos um trabalho em Uberaba, com médicos da UFTM. Os sedentários tinham menor frequência de atividade física.

Em relação aos fatores de risco para a saúde, há uma distinção. Todos os nutricionistas médicos conhecem essas figuras - obesidade em pêra

ou em maçã - e sabem que a circunferência abdominal do tamanho ou maior do que a circunferência do quadril está associada ao depósito de gordura intra-abdominal ou pele visceral e à morbidade. Esse é um outro critério de obesidade que tem sido bastante utilizado atualmente, mesmo em indivíduos mais magros.

Há os fatores de risco para doenças associadas. Os senhores estão vendo ali, na linha do xis, que, na medida em que vai aumentando o índice de massa corporal, de 21 até 30, aumenta o risco de diversas doenças. É interessante notar aquela curva em verde, de diabetes melito tipo 2, cujo aumento é quase exponencial, mesmo dentro da faixa de normalidade de índice de massa corporal. Portanto, se formos acreditar nisso e não quisermos contrair diabetes, o nosso índice de massa corporal deveria ser de 21 para baixo. Não há como propor isso atualmente.

Há várias outras doenças que também aumentam à medida em que o indivíduo fica mais obeso. Não falarei aqui sobre apnéia do sono, celulite e tantas outras que estão associadas à obesidade.

Seria interessante falar sobre alguns aspectos de tratamento. Um deles são os medicamentos, que têm efeitos colaterais proibitivos. Não entrarei em detalhes sobre eles. Hoje vimos, pela manhã, receitas contendo substâncias inadequadas para os indivíduos. Então, talvez o medicamento seja um ponto mais nebuloso e menos adequado para propormos. Obviamente, em alguns casos selecionados, isso pode ser uma ajuda.

Uma das metas do tratamento é adotar medidas dietéticas e práticas de exercício que proporcionem saúde, ajudem a reduzir os riscos de doença e melhorem o bem-estar.

A proposta atual é valorizar pequenas perdas de peso. Perder 4kg ou 5kg já resulta em melhora, do ponto de vista metabólico, muito importante. Por exemplo, a pressão arterial do indivíduo diminui, a glicemia dos que possuem tendência à hiperglicemia já se normaliza, e por aí vai. Não se pode pretender, de repente, perder muito mais peso num tempo muito mais curto. É preciso estabilizar-se naquele peso e, depois, fazer nova tentativa.

Apesar de não sermos muito otimistas, alguns pacientes conseguem perder peso sem cirurgias bariátricas. A modificação do estilo é importante. Há necessidade de mudança gradual da dieta, com aumento do consumo de grãos, cereais, frutas e vegetais. Em princípio, a dieta não é restritiva. Pode-se comer de tudo, mas em quantidades adequadas. Se o indivíduo comer pouco, ele acaba comendo muito na próxima refeição, levando-o ao desânimo.

Outro fato importante é o aumento da atividade física, que deve ser feita durante pelo menos 30 minutos e três vezes por semana. Sob esse ângulo, não é difícil. A pirâmide alimentar pode ser usada como um guia para as pessoas. Temos de, às vezes, quebrar alguns mitos. Por exemplo, na base da pirâmide, há arroz, algumas massas que o indivíduo pode comer em quantidade adequada. Deve comer frutas e verduras, de três a cinco porções ao dia. Deve consumir menos carne e menos gordura. Os alimentos da ponta da pirâmide não são proibidos, mas devem ser consumidos em menor quantidade.

Em termos de política pública, temos de prover os locais para as pessoas fazerem exercício físico, além de mostrar-lhes que o período de tempo que perdem para desenvolver a atividade resulta em bem-estar e saúde no futuro. A cirurgia bariátrica promove má-absorção ou anemias em alguns pacientes.

Finalmente, gostaria de citar, como exemplo, esse agrupamento de pessoas que ainda tem estilo de vida de caçador e coletor. Para que consigam alimentos de baixo nível calórico, com pouca proteína, precisam andar de 20km a 30km por dia, o que não pode ser proposto numa cidade como Belo Horizonte. Entretanto, certamente, podemos incorporar, de alguma forma, no nosso cotidiano, os princípios para se manterem magros e saudáveis. Muito obrigado.

- No decorrer do pronunciamento, procede-se à apresentação de "slides".

Palavras da Sra. Tatiana Resende do Prado Rangel

Boa tarde a todos. Inicialmente, agradeço o convite para participar da discussão e cumprimento todos os colegas expositores. Quero falar da minha satisfação em ver um assunto tão caro para nós, profissionais da saúde, trazido a esta Casa. Realmente, é uma discussão muito importante.

A obesidade é um problema de saúde pública, crescente, universal e que tem adquirido proporções epidêmicas. Portanto, é muito importante termos este espaço para fazer este debate.

Muito já se disse aqui sobre prevalência, causas e custos da obesidade, principalmente para o SUS. Assim, a minha fala será voltada para o tratamento, principalmente para o tratamento nutricional desses pacientes.

A primeira coisa importante a entender é quem é esse paciente que procura tratamento para a obesidade na fase adulta. É interessante notar que esses pacientes, inicialmente, sempre objetivam o emagrecimento rápido. É um emagrecimento sem muito envolvimento, e o paciente tem percepção de que a responsabilidade do tratamento é do profissional que o atende, como se não fosse necessário o envolvimento dele. Ele entende que a obesidade é hereditária, que a herdou do pai ou da mãe ou que está relacionada a questões emocionais. Como disse o Prof. Emerson, ninguém fica obeso se não comer, mas o paciente não percebe isso. Isso tudo leva a um fato muito desalentador para nós, profissionais da saúde: a baixa adesão ao tratamento.

Os estudos têm mostrado que 50% dos pacientes que começam o tratamento o abandonam, e, segundo algumas revisões da literatura, apenas 25% conseguem implementar alguma mudança no estilo de vida. Essa baixa adesão deixa não só os profissionais da saúde frustrados, como também os pacientes, principalmente porque estes esperam resultado rápido, e não é isso o que obterão, nem é o ideal.

Falarei um pouco da minha experiência na Unidade de Referência Secundária do SUS, na Sagrada Família, em Belo Horizonte, onde sou nutricionista há seis anos. Trabalhava anteriormente com pacientes na Unidade Básica de Saúde. Assim, tenho uma visão do paciente nas duas unidades. Dos pacientes encaminhados à nutrição, 98% têm problema de obesidade, e, entre eles, 40% apresentam sobrepeso; 18%, obesidade de grau I; 13%, obesidade de grau II; e apenas 3%, obesidade mórbida. É importante conhecermos esses dados porque trabalhar com o paciente no sobrepeso é muito mais gratificante. Quanto maior o índice de massa corporal, mais difícil conseguirmos um resultado satisfatório. Esse é o perfil do paciente que nos procura.

Em relação às doenças associadas à obesidade, uma média de 66% dos nossos pacientes apresentam hipertensão arterial; 12%, diabetes; 9%, modificações nos níveis de colesterol; e 1,2%, hiperuricemia. Quanto a doenças não necessariamente ligadas à obesidade, chamamos atenção para um número grande de pacientes: 18% apresentam obstipação, e 14%, gastrite. Isso também nos indica um pouco da causa dessa

obesidade. Alimentando-se mal, poderão vir a desenvolver obesidade, obstipação e gastrite. Ao contrário do que muitos pacientes pensam, apenas 4% apresentam disfunção da tireóide. Quando nos procuram, entendem que estão daquela forma porque apresentam distúrbio metabólico.

Como é o hábito alimentar desses pacientes que chegam à unidade para buscar tratamento? O primeiro problema é a irregularidade na ingestão dos alimentos. Quando o paciente faz o relato, ele não sabe nem dizer o que come, pois come várias vezes durante o dia e não tem percepção do total ao final.

Às vezes, o paciente se alimenta somente duas vezes ao dia, num intervalo muito grande de uma refeição para outra, e o jejum é uma refeição frequentemente omitida. Sendo assim, quando o paciente volta para casa à noite, mais relaxado, faz um lauto jantar, e tudo fica invertido. No horário em que ele mais precisa de energia, não come, e, no horário em que não gasta energia, come bastante; logicamente, isso precisa ser depositado em algum lugar, mais frequentemente na região abdominal.

É muito interessante o fato de esses pacientes não terem consciência de que alimentação é um ato que precisa de um tempo para acontecer por si só. Sempre vem associada a outras coisas; por exemplo, assistir à televisão. Cria-se também o hábito de comer às pressas, sem saborear o alimento, sem perceber o que está sendo comido.

Uma baixa ingestão de água é o que pode explicar parte dos 18% de pacientes com obstipação, bem como o alto consumo de alimentos ricos em gorduras, como disse a Ana Maria. Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF -, há alto consumo de frituras de carnes. É interessante notar que os vegetais não estão presentes na alimentação da população de baixa renda, mas a carne está. Ao se questionar a alimentação, dizem que a renda compromete a aquisição de vegetais, mas a carne está presente. Não estou dizendo que não deveria estar, mas poderia ser dividida com a aquisição de vegetais.

O que nos chama muita atenção é o alto consumo de café. Temos pacientes que tomam uma, duas garrafas de café com açúcar por dia. Logicamente, o valor calórico desse cafezinho precisa ser computado. No Brasil, o consumo "per capita" de refrigerante é muito maior que o de leite e de guloseimas. Infelizmente, consomem-se muito pouco esses alimentos. O vegetal, principalmente o folhoso, quando aparece na alimentação desses pacientes, é refogado com bastante óleo. Não há o hábito de comer saladas cruas, frutas e de beber suco de frutas. Esse fato acarreta ao paciente deficiência de alguns nutrientes, embora tenhamos nutrientes em excesso. Chamamos a atenção para a gordura saturada e para o colesterol, em razão das repercussões cardiovasculares. Há também alguns nutrientes deficientes, por exemplo, a fibra e o cálcio, com repercussões na osteoporose.

O que pode ser feito? Qual é a proposta de tratamento nutricional para esses pacientes? Há duas questões muito importantes. A primeira: trabalhar com dieta ou com reeducação alimentar? A nossa experiência tem mostrado que a dieta traz ao paciente um resultado mais rápido, porém breve. Após a dieta, o paciente volta ao hábito anterior e consumirá novamente o que deixou de consumir enquanto estava fazendo dieta e, assim, ganhará peso novamente. A dieta é específica, não promove modificações importantes e definitivas na vida do indivíduo, além de ser monótona. Por isso é difícil uma pessoa fazer dieta por muito tempo. Por outro lado, a reeducação alimentar proporcionará autonomia aos indivíduos. Foi falado hoje de manhã sobre o número de pessoas que comem fora de casa. No Brasil, esse número tem aumentado muito. Se uma pessoa passa por um processo de reeducação alimentar, se muda a alimentação, ela tem condições de comer fora de casa, porque aprendeu a escolher os alimentos. A reeducação alimentar é uma proposta que não traz perda de peso tão rápida, mas, em compensação, a perda de peso é duradoura e nos trará um resultado muito mais satisfatório.

Uma outra questão é a forma de atender o paciente: individualmente ou em grupo. Temos uma experiência boa com grupos de reeducação alimentar, a qual publicamos - está no encarte que vocês receberam. Essa é uma forma interessante de trabalhar com os pacientes. O grupo é um espaço de troca e de vínculo, o que pode ajudar muito na motivação, e, para emagrecer, é preciso se sentir motivado.

O programa de reeducação alimentar está centrado no paciente, na resolução de seus problemas. Procuramos definir um plano de ação para cada um. Nenhum é igual ao outro. As pessoas têm sua realidade em casa, suas questões emocionais, sua cultura alimentar, que é preciso ser observada. Portanto, evitamos materiais padronizados. Aquela dieta de 1.500cal para todos os homens e de 1.200cal para todas as mulheres infelizmente não traz resultados. Realmente precisamos individualizar o plano alimentar junto com o paciente.

Outro objetivo importante da reeducação alimentar é promover a autoconfiança do paciente para que possa superar o sentimento de incompetência que, muitas vezes, possui. A pessoa obesa é vista como uma pessoa fraca, sem força de vontade, e ela pensa isso de si mesma. Se chega para fazer o tratamento, e lhe impomos uma dieta rígida ou lhe passamos uma grande quantidade de informações de uma só vez, não se sentirá capaz de implementar tantas mudanças. Portanto, precisamos estabelecer-lhe objetivos realistas. Se uma pessoa tem 1,5m e pesa 100kg, não podemos dizer-lhe que precisa emagrecer até chegar ao seu peso ideal, de 47kg ou 48kg. Isso é desanimador. Além disso, a Organização Mundial de Saúde, baseada em estudos, recomenda uma perda de peso de 5% a 10% do peso inicial, o que já é considerado um sucesso em termos de saúde pública. Devemos estabelecer alvos realistas para esse paciente e valorizar suas pequenas conquistas. Se o paciente estava ganhando peso, precisamos valorizá-lo se parar de ganhar peso. Após isso, devemos estimulá-lo a pequenas perdas de peso para que chegue a seu objetivo final.

Também é importante propiciar orientações de fácil entendimento ao paciente. O profissional de saúde precisa traduzir a ciência da nutrição para que ela possa ser compreendida. Ele precisa também selecionar e adaptar as informações específicas para cada indivíduo. Por isso, os materiais padronizados não são interessantes, já que abordam questões que não pertencem à particularidade da pessoa que está sendo atendida.

Também é relevante a necessidade de criar vínculos e manter contato. Não se pode tratar a obesidade com retornos a cada três meses. Precisamos encontrar com os pacientes mais vezes e envolvê-los na decisão sobre seu tratamento. Para isso, necessitamos enfrentar alguns desafios. É importante entendermos como as pessoas apreendem a orientação e compreendermos que estão em diferentes estágios para fazer suas mudanças: algumas estão em estágio de ação, e outras ainda não entenderam a necessidade dessas mudanças. O mais importante é demonstrarmos como essas novas informações podem ser incorporadas em seu dia-a-dia.

Com a reeducação alimentar, temos o objetivo de aumentar a adesão às orientações e evitar esse eterno ciclo de recomeço: a pessoa perde peso, ganha novamente, perde, etc. E, a cada vez que isso acontece, fica-lhe mais difícil emagrecer.

É importante considerarmos que prescrever uma dieta não é o mesmo que prescrever um medicamento, pois o alimento faz parte do nosso cotidiano, da nossa vida, das nossas relações familiares, ou seja, existem questões afetivas envolvidas na alimentação. O ato de alimentar precisa ser pensado com bastante carinho e respeito por aquela pessoa que procura ajuda.

Terminarei com uma citação de Savarin, que define bem o meu pensamento: "O conhecimento da fisiologia do gosto do outro é algo íntimo e particular, que se reporta a imagens, a formas de concepção do corpo, da vida cotidiana, do medo de adoecer e morrer. Não se trata apenas de corrigir erros alimentares e impor modelos teóricos, mas sobretudo de explicar o processo alimentar e os aspectos nutricionais, relacionando-os ao cotidiano, e de verificar a capacidade de mudanças". Muito obrigada.

- No decorrer do pronunciamento, procede-se à apresentação de "slides".

Palavras da Sr. Maria Beatriz Monteiro de Castro Lisboa

Boa tarde a todos. Todos já falaram, mas falarei de novo sobre a brilhante iniciativa de discutir a obesidade, de retomar esse tema.

Iniciarei falando sobre a responsabilidade do SUS e dos profissionais de saúde do PSF. As atribuições do SUS são muito claras: identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; assistência às pessoas por intermédio de ação, promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização das ações assistenciais e das atividades preventivas. Estão incluídas no campo da atuação do SUS a vigilância nutricional e a orientação alimentar, nos termos do art. 6º.

Acho importante iniciar falando do objetivo dessa atribuição do SUS, até chegar ao papel do PSF e à questão do atendimento desse paciente obeso. A Lei nº 8.080, de 1990, dispõe sobre o SUS. O Programa de Saúde da Família foi concebido em 1994, pelo Ministério da Saúde. Esse programa é uma estratégia do Ministério para tentar mudar uma prática de atenção à saúde totalmente curativa, totalmente hospitalocêntrica, e passar a ter uma atitude que possibilite a reorientação, numa tentativa de promoção à saúde e prevenção à doença, e não como medida curativa. O que é importante no PSF? O foco é a família, que é percebida a partir do seu ambiente físico e social.

Como foi dito pela Tatiana, o que é muito importante, quando vou tratar um indivíduo obeso, tenho de tratar a família desse indivíduo, saber onde ele vive, como ele vive. A equipe de saúde da família permite uma compreensão do processo saúde-doença, permitindo intervenções muito maiores do que práticas curativas. Por quê? Porque a equipe de saúde da família entende o indivíduo no âmbito da família, vai até a casa dele, identifica-o, conhece onde ele mora, o que faz, como trabalha.

Em Minas Gerais, o Programa Saúde da Família cresceu para o programa Saúde em Casa, que é um programa estruturador do governo de Minas, que oferece incentivo do Tesouro Estadual, por equipe, aos Municípios, mas dentro das metas compactuadas e alcançadas. Se o Município implanta um maior número de equipes de saúde da família e alcança as metas anteriormente pactuadas, tem um incentivo financeiro para trabalhar.

No Estado de Minas, há Municípios participantes do projeto estruturador do Saúde em Casa. Percebe-se que, só nessa região, temos equipe do PSF, e o Estado inteiro coberto com o programa Saúde em Casa. Os dados apresentados nesse quadro são facilitadores para trabalharmos um indivíduo obeso, pois mostram que temos uma cobertura de quase 90% da população com o PSF. Tenho como trabalhar? Tenho. Tenho como identificar esse indivíduo? Tenho. Por quê? Porque há equipes da família no Estado inteiro. Isso mostra a cobertura populacional das equipes do PSF no Estado de Minas.

Quais são as ações da Coordenação de Alimentação e Nutrição para trabalhar com o indivíduo obeso na estratégia do PSF?

O Dr. Benedito, meu chefe na Secretaria de Estado, falou, pela manhã, sobre a estratégia para as equipes do PSF incorporarem a questão da obesidade. Vou além. Sempre falo o seguinte: não tenho de incorporar o tema da obesidade. O que devo incorporar para mim - e, dessa forma, transmitir ao outro - é que o estado nutricional é um indicador do estado de saúde do indivíduo.

Não se consegue trabalhar a saúde sem a percepção de que o estado nutricional me diz quem é o indivíduo. Há a impressão de que os profissionais do PSF consideram a atividade física muito boa da boca para fora. Você pergunta se ele pratica atividade física, e ele responde que não, mas que é bom você praticar. Por que é bom para o outro e não é bom para mim?

Escutamos coisas assim: se você continuar obeso, irá morrer rápido. E a resposta: não quero morrer lentamente. Não se trata disso. A questão é que a qualidade de vida irá piorar. A percepção necessária é que o estado nutricional nos fala da saúde do indivíduo. Ele não é um obeso ou desnutrido. Ele é uma pessoa que está apresentando excesso de peso, o que traz risco à sua qualidade de vida.

Iniciamos uma capacitação de agentes comunitários de saúde em segurança alimentar e nutricional e de técnicos do PSF em antropometria. O que se percebe? Todo mundo pesa e mede. O que isso significa? Hoje, pela manhã, falou-se em calcular o IMC. Se eu errar a conta e falar que está ótimo, você sai daqui feliz da vida? O que isso significa? O que significa o conceito de segurança alimentar? O Divino falou bem sobre isso hoje, pela manhã. O que é medir e pesar? Como peso e meço? Todo indivíduo que passa na porta de uma farmácia entra e pesa. No verão, sai feliz. No inverno, sai triste. Lógico, no verão, está de sandália e camiseta. É magro. No inverno, está de bota e casaco. É gordo.

O que isso significa? O que significa a avaliação antropométrica do indivíduo? Monitorar a antropometria, o estado nutricional do indivíduo tem qual significado? No PSF, todo mês a criança é pesada, todo mês o adulto é pesado. O que isso significa? O que farei com essa informação?

O Prof. Walmir fala de mudança de hábito. A partir do momento em que se entendem conceitos básicos sobre antropometria e segurança alimentar, o PSF passa a ser uma excelente estratégia, pois está dentro da residência do indivíduo, onde, a partir da identificação de hábitos alimentares errôneos, sabe qual a melhor abordagem para aquela família.

O Prof. Joel falou que a sociedade mudou. É preciso lembrar que, durante séculos, gordura era formosura. Ser gordo significava ser bem de vida. Você tinha poder aquisitivo para comer muito, logo era gordo porque era rico. De repente, falam que, se você continuar gordo, terá um derrame ou um enfarto. Muda-se toda a lógica de pensamento. Como a Tatiana disse, a adesão ao tratamento é pequena. É evidente, pois não faço atividade física, gosto de fumar, beber e comer torresmo. Fui ao nutricionista por imposição do médico.

Escutamos muito isso. O médico orienta o paciente a parar de beber e fumar, a caminhar 8km por dia e a parar de comer torresmo. É lógico que ele não voltará mais ao médico. Ele não sabe nem que aquilo está prejudicando sua saúde, e até então vive muito bem. Se essas abordagens tão simples dessem resultado, nenhum hipertenso teria crise de hipertensão. Não conheço nenhum hipertenso que não tenha sofrido crises ao longo de sua patologia, pois fogem do tratamento.

Outro tópico é a sensibilização das equipes do PSF em alimentação e hábitos de vida saudável. Estamos trabalhando com as estratégias de segurança alimentar e nutricional, antropometria e hábitos de vida saudável. A Ana Beatriz fala de escolhas saudáveis. Amplio, pois, afirmando que para haver escolhas saudáveis, devo entender qual o meu papel na vida. O que pretendo? Se tenho consciência do meu estado nutricional, o que pretendo enquanto ser humano e cidadão?

Não penso que o enfoque deva ser educação nutricional, mas sim educação para a saúde e para a vida. Isso é o importante, pois o objetivo é a plenitude da vida, e não a restrição. Assim, se incorporo o que significa meu estado nutricional, tenho uma postura diferente diante da vida e passo a influenciar outras pessoas. Passo a fazer atividade física, e não porque o médico ou o nutricionista mandou, mas porque tenho consciência de que é bom para a vida que escolhi ter, com qualidade.

Se perguntar quais de vocês voltarão para casa, trocarão de roupa e sairão para fazer uma atividade física, poucos responderão afirmativamente. Ter esse tipo de atitude significa ter uma consciência muito grande do meu corpo físico e do que espero da vida.

Temos trabalhado muito com todas essas estratégias no PSF, principalmente com a implantação e implementação do sistema de vigilância alimentar e nutricional. Há 10 anos implanto e implemento o Sisvan no Estado - e, se precisar ficar mais 30 anos, ficarei. Demorei 10 anos para conseguir que um Prefeito me telefonasse, perguntando qual balança a coordenação indicava para a equipe de Saúde da Família usar. Isso é um grande ganho, pois entendeu-se que é necessário uma balança. Já vimos muitas equipes de Saúde da Família trabalharem sem balanças de adulto e pediátricas. Não entendo como conseguem, mas essa é uma realidade.

Se após 10 anos um Prefeito me faz essa pergunta, isso é motivo de satisfação. O trabalho da Flávia Tiso, de prevenção à obesidade por meio de seu controle, que será apresentado amanhã, também é motivo de satisfação. O sistema de vigilância também é motivo de orgulho para os mineiros, pois Minas Gerais foi o único Estado que conseguiu manter um sistema de vigilância efetivo em funcionamento. Os outros perderam o sistema. Vamos perder sempre, enquanto não tivermos a noção de que o monitoramento do estado nutricional significa monitorar o estado de saúde do indivíduo, prevenir a doença e promover a saúde. Precisamos anteceder-nos ao sobrepeso e à obesidade, e não apenas tratar a obesidade e o sobrepeso.

Estamos muito satisfeitos de estar aqui. A Coordenação de Alimentação e Nutrição da Secretaria de Estado de Saúde está sempre aberta para o que precisarem. Agradecemos as referências técnicas e regionais presentes. Obrigada.

- No decorrer do pronunciamento, procede-se à apresentação de "slides".

#### Palavras do Sr. Rodrigo Martins de Vargas

Boa-tarde a todos. Parabênizos a Assembléia Legislativa pela elaboração deste fórum que discute a obesidade. Agradeço o convite para apresentar um pouco das ações desenvolvidas pela Anvisa na tentativa de auxiliar o combate à obesidade.

Inicialmente, apresento a missão da Anvisa: "Proteger e promover a saúde da população, garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção do seu acesso".

Sabemos que as pessoas obtêm informações sobre os alimentos de diversas fontes e que essas informações acabam por influenciar suas escolhas alimentares e, conseqüentemente, seus hábitos. Caso essas informações sejam apresentadas de forma incorreta, enganosa e abusiva, provavelmente as escolhas alimentares também serão inadequadas.

Quero focar minha apresentação nas ações que a Anvisa e os outros integrantes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária vêm desenvolvendo na área de regulamentação e fiscalização da publicidade e da rotulagem de alimentos.

Quero lembrar as recomendações da estratégia global da Organização Mundial de Saúde, da qual o Brasil é signatário. Os rótulos dos alimentos devem conter informações compreensíveis e padronizadas sobre o conteúdo nutricional dos alimentos, permitindo que os consumidores façam escolhas mais saudáveis.

Chamo atenção para a necessidade de se inibirem mensagens que promovem atos alimentares não saudáveis, e, em contrapartida, devem-se estimular as mensagens publicitárias que promovam hábitos saudáveis.

Em relação às alegações, sejam nutricionais ou sejam das propriedades funcionais dos alimentos, é importante que essas mensagens sempre sejam corretas e compreensíveis e que não levem o consumidor a engano quanto aos reais riscos e benefícios de determinado nutriente ou alimento. Com base nisso, a Anvisa considera que a rotulagem nutricional é uma importante ferramenta de saúde pública, uma vez que tem a capacidade de trazer informações padronizadas e corretas ao consumidor, permitindo que ele faça escolhas mais saudáveis.

Outra característica da rotulagem nutricional - apesar de ser um objetivo - é a capacidade de influenciar e incentivar a melhora dos alimentos produzidos pelas indústrias. Ou seja, quando se torna obrigatória a declaração de determinado nutriente no rótulo - e o consumo excessivo desse nutriente é associado a doenças crônicas não transmissíveis e ao aumento da obesidade - as indústrias tentam melhorar a sua qualidade. Depois que uma resolução estabeleceu que a gordura "trans" deve ser declarada nos rótulos, a indústria de alimentos desenvolveu outros processos para reduzir a quantidade dessa substância nos alimentos.

A rotulagem nutricional no País se tornou obrigatória em 2001, com a publicação das Resoluções nºs 39 e 40. Elas tiveram como referência as diretrizes da política nacional de alimentação e nutrição, que compreendia a declaração de valor energético e de novos nutrientes: carboidratos, proteínas, gorduras totais, gorduras saturadas; colesterol, sódio, fibras, ferro e cálcio.

No entanto, neste ano o Brasil teve de solicitar a revisão da norma de rotulagem no âmbito do Mercosul, que até então seguia as diretrizes e recomendações do Codex Alimentarius, e era voluntária, a não ser que uma alegação nutricional fosse feita no rótulo. Esse processo de harmonização levou em torno de dois anos e culminou com a publicação das Resoluções GMC nºs 44 e 46/2003. Isso pode ser considerado um marco histórico, porque foi a primeira vez que um bloco econômico conseguiu harmonizar a sua legislação de rotulagem nutricional.

A Anvisa, responsável pela regulação da rotulagem no País, acabou internalizando essas resoluções, por meio da publicação das Resoluções RDC nºs 359 e 360/2003. A elaboração dessas resoluções levou em conta as referências e as recomendações da Organização Mundial de Saúde, mais especificamente as recomendações do Relatório nº 916, sobre alimentação, nutrição e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. As indústrias têm o prazo de até 31/7/2006 (final deste mês), para estarem depondo em seus rótulos as novas determinações da resolução.

As principais alterações em relação à versão de 2001 são que os nutrientes declarados foram modificados e existem algumas diferenças, que mostrarei posteriormente, assim como os valores diários de referência, com base nas recomendações da OMS. Foram feitas também alterações nas porções dos alimentos, constantes na Resolução nº 359, e tornou-se obrigatória a declaração da medida caseira junto à porção do alimento, a fim de facilitar a compreensão do consumidor.

A rotulagem nutricional é definida como toda descrição destinada a informar o consumidor sobre as propriedades nutricionais de um alimento. Ela compreende a declaração do valor energético de nutrientes e a declaração de propriedades nutricionais, que são aquelas que geralmente encontramos nos rótulos dos alimentos dizendo que determinado alimento é fonte de vitamina C, rico em ferro, isento de colesterol, ou seja, informações que fazem parte da rotulagem nutricional.

Nem todos os alimentos precisam da rotulagem. Essas duas normas publicadas em 2003 e que entram em vigor em 2006, no final do mês, aplicam-se aos alimentos produzidos, comercializados e embalados na ausência do consumidor, e prontos para oferta. Então, estão isentos todos os ingredientes de matérias-primas alimentares para fins industriais e certas categorias de alimentos, como água, aditivos alimentares, chá, café; todos esses tipos de produtos não necessitam trazer informação nutricional.

Os nutrientes que atualmente devem ser declarados são: energia, em Kcal e KJ, carboidratos, proteínas, gorduras totais, gorduras saturadas, gorduras "trans", fibras e sódio.

Sempre que existir algum "claim" nutricional sobre o conteúdo de determinado nutriente no produto, esse nutriente deve aparecer na informação nutricional. Por exemplo, se um determinado produto menciona em sua rotulagem que é fonte de cálcio, ele deve ser incluído na rotulagem nutricional. As vitaminas e os minerais podem ser declarados optativamente, desde que esses valores atinjam pelo menos 5% da ingestão diária recomendada na porção do alimento.

Esse é um exemplo de como será a rotulagem nutricional. Sempre será declarada na forma de porção, que foi definida como a quantidade média do alimento que deve ser usualmente consumida por pessoas saudáveis, por vez, promovendo a alimentação saudável.

Juntamente com a porção, deve ser declarada a medida caseira, que indica a medida normalmente utilizada pelo consumidor para medir os alimentos, como fatia, prato, copo. A apresentação dessa informação visa a facilitar a compreensão da quantidade do alimento pelo consumidor, pois ele não consegue, por exemplo, dimensionar 20g de azeitona, mas, na medida caseira, duas colheres de sopa, fica muito mais fácil ele assimilar essa informação.

Além das informações sobre nutrientes, há uma coluna com o percentual de Valores Diários - VD -, indicando quanto o produto em questão apresenta de energia e nutrientes em relação a uma dieta de 2.000kcal. Queremos enfatizar que isso não é uma recomendação, mas apenas um valor de referência, para que as pessoas tenham noção do que aquele produto fornece, de acordo com uma dieta de 2.000kcal.

Aqui estão os Valores Diários de Referência - VDR -, utilizados para o cálculo da porcentagem de VD, com base nas recomendações da OMS, como disse anteriormente. Valor energético estabelecido em torno de 2.000kcal: carboidratos, 300g; proteínas, 75g; gorduras totais, 55g; gorduras saturadas, 22g; fibra alimentar, 25g; sódio, 2.400mg.

Aqui temos o exemplo da rotulagem antiga, à esquerda, e o da rotulagem nova, válida a partir do final deste mês, à direita. Podemos observar que os valores de colesterol, cálcio e ferro não são mais obrigatórios. Agora é obrigatória a declaração do valor de gordura trans, assim como a medida caseira. Os valores para se calcularem os VDs mudaram, e os valores de referência não se referem mais a 2.500kcal, mas a uma dieta de 2.000kcal. Além disso, está incluída uma frase que esclarece que os VDs das pessoas podem ser maiores ou menores, de acordo com as suas necessidades energéticas, na tentativa de transmitir ao consumidor que esses valores não são recomendações, mas devem ser utilizados como referência.

Qual a situação internacional da rotulagem nos países? Um levantamento feito pela OMS, em 2004, mostrou que 10 países possuem rotulagem nutricional obrigatória; 27 possuem rotulagem voluntária, exceto quando se realiza um "claim" nutricional. Ou seja, seguindo o que estabelece o Codex Alimentarius, só apresenta rotulagem nutricional o alimento que tiver alguma indicação do conteúdo de nutrientes no rótulo. Possuem rotulagem voluntária 18 países, exceto para os alimentos para fins especiais, ou seja, aqueles especialmente desenvolvidos para grupos populacionais com necessidades fisiológicas específicas. E 19 países não possuem nenhuma forma de regulação da rotulagem.

Esses são os países que, em 2004, possuíam rotulagem nutricional compulsória. Israel e os Estados Unidos foram os pioneiros. Os Estados Unidos são o país que possui o maior número de informações e estudos sobre rotulagem nutricional. O Brasil aparece em destaque, como o primeiro da América do Sul a adotar a rotulagem nutricional. Depois vêm a Austrália e a Nova Zelândia; em 2003, o Canadá e a Malásia. Fechando o bloco, a Argentina, o Uruguai e o Paraguai, com harmonização da resolução de rotulagem no Mercosul.

Sabemos que, infelizmente, a simples obrigatoriedade da informação nutricional não é suficiente para que se consiga atingir seus benefícios de auxiliar na escolha de alimentos mais saudáveis, pois sabemos que, geralmente, os consumidores não lêem os rótulos dos alimentos e, quando o lêem, têm muita dificuldade de entender os termos técnicos ali impressos.

Vocês podem observar que os números dos estudos são escassos. Sabemos que, se os rótulos são pouco lidos e as informações, de difícil entendimento; provavelmente a rotulagem terá efeito muito pequeno na escolha alimentar dos consumidores. Pensando nisso, a Anvisa está procurando desenvolver programas e estudos, para auxiliar o consumidor e facilitar a indústria a entender e a transmitir a informação nutricional. Há um programa de cálculo de rótulos no "site" da Anvisa, que auxilia as indústrias a elaborar a rotulagem nutricional. Esse programa é direcionado às pequenas e médias empresas. Além disso, a Anvisa, em colaboração com a Universidade de Brasília, desenvolveu os manuais de orientação à indústria e de orientação ao consumidor. Está em processo de desenvolvimento o manual de orientação aos profissionais da saúde. O manual de orientação ao consumidor apresenta uma linguagem mais simples, trazendo o significado de cada informação apresentada no rótulo. Também foi aprovado um estudo para estratégias de difusão e educação dos consumidores em rotulagem nutricional de alimentos.

Entendemos que a rotulagem nutricional tem o potencial de auxiliar o consumidor a escolher uma dieta mais saudável; no entanto, não podemos nos esquecer de que isso constitui apenas uma parte de uma estratégia maior e de que tem de haver uma educação continuada dos consumidores. Além disso, são necessárias mais pesquisas, sobretudo em nosso país, para avaliar o impacto e a fiscalização.

Para finalizar, abordarei as ações que vêm sendo desenvolvidas sobre a publicidade de alimentos. Segundo dados da OMS, o "marketing" pesado de alimentos com elevada densidade energética contribui para o desenvolvimento de doenças crônicas da obesidade.

Em 2001 - para vocês terem uma idéia -, o orçamento publicitário das indústrias de alimentos foi estimado em US\$40.000.000.000,00. Imaginem hoje.

Aliando isso à estratégia de "marketing" persuasiva e aos tipos de alimentos anunciados na publicidade, teremos um ambiente favorável ao desenvolvimento da obesidade.

Para termos uma idéia da qualidade dos alimentos anunciados, algumas pesquisas, tanto internacionais como nacionais, revelam que os alimentos mais veiculados na televisão deveriam ter seu consumo restrito. Esses alimentos estão no topo da pirâmide nutricional, ou seja, existe uma inversão.

Foi publicada a Resolução nº 73/2005, que instituiu um grupo de trabalho coordenado pela Anvisa, com representantes de diversos setores da sociedade, cujo objetivo era elaborar uma proposta para o controle da publicidade de alimentos. Após seis meses de discussão, essa proposta está quase terminada e deve ser posta para consulta pública ainda neste mês. Ela compreende a regulamentação da publicidade de alimentos

ricos em açúcar, em gordura saturada, em gordura trans e em sódio.

Para finalizar, saliento que existe na Anvisa um projeto de monitoração de propagandas de produtos sujeitos à Vigilância Sanitária. Esse projeto é coordenado pela gerência de propaganda da agência, em parceria com algumas instituições universitárias.

Inicialmente esse projeto foi desenvolvido para os medicamentos; no entanto, a partir de 2003, incluiu algumas categorias de alimentos para fins especiais, os novos alimentos, que são aqueles que não possuem histórico de consumo no País ou que são apresentados em formas não convencionais, e os alimentos com alegações de propriedade funcional.

Apesar de não existir uma legislação específica, a agência espera que, com as experiências desse projeto de monitoração, possam ser acumulados subsídios para a elaboração de uma legislação mais específica para publicidade de alimentos de forma geral.

O Decreto-Lei nº 986, de 1969, é a legislação atualmente utilizada para monitoração dos alimentos. Nela há um artigo que determina que as informações que devem ou não estar presentes na rotulagem também se aplicam à publicidade; portanto esse artigo é utilizado como subsídio para a elaboração da monitoração. As Resoluções nºs 16 e 19 também tratam dos novos alimentos e dos alimentos com alegações de propriedade funcional e possuem artigos específicos sobre a publicidade desses alimentos.

Era isso o que eu tinha a apresentar-lhes. Deixo aqui o contato da Anvisa. Ficaremos gratos por responder a quaisquer dúvidas. Obrigado.

- No decorrer do pronunciamento, procede-se à apresentação de "slides".

#### Esclarecimentos sobre os Debates

O Sr. Presidente (Deputado Adelmo Carneiro Leão) - A Presidência informa ao Plenário que os participantes poderão formular perguntas aos expositores. As questões poderão ser encaminhadas por escrito ou oralmente, mediante inscrição prévia. Para que possamos agilizar o debate, solicitamos aos participantes que fizerem uso do microfone que se identifiquem e sejam objetivos e sucintos, dispensada a formalidade das saudações pessoais. Cada participante disporá de 3 minutos para fazer sua intervenção, sendo garantido o mesmo tempo para as respostas. Informamos que a campanha será acionada quando faltar 1 minuto para o fim do prazo.

Informamos ainda que, de acordo com o regulamento, os participantes podem apresentar propostas e sugestões sobre os temas em debate, que devem ser encaminhadas, por escrito, em letra legível, à nossa assessoria. No final das propostas, deverá constar o nome do proponente e da entidade que representa. Se possível, informem o número do telefone. Quem quiser participar do debate, que se inscreva, e a participação oral será feita diretamente por meio dos microfones. Se quiserem fazer perguntas, peço-lhes a gentileza de escrever em letra de forma, para que eu não as leia erradamente no momento de encaminhá-las aos palestrantes.

#### Debates

O Sr. Alberto Betinho Duarte - Boa tarde a todos. Apesar da dispensa de formalidade, elogio a iniciativa da Assembléia Legislativa, dos funcionários e o alto nível das palestras. Cheguei aqui meio cético.

Estou esperando a fase das propostas, pois, apesar do alto nível da discussão, na minha opinião, os encaminhamentos práticos, concretos são importantíssimos. Pretendo referir-me às falas do Dr. Joel e do Dr. Emerson e fazer uma pergunta ao Dr. Rodrigo, da Anvisa.

Hoje, pela manhã, fiz referência aos "fast-foods" da vida, às cadeias de lanchonetes espalhadas no mundo inteiro. O Dr. Joel falou de um filme que passou no mundo inteiro, no qual um rapaz passou 30 dias comendo McDonald's. Ele, então, engordou 11kg, e sua taxa de colesterol subiu de 165 para 230. O médico disse que o fígado dele havia-se transformado em um verdadeiro patê. Além de sentir dores de cabeça, vômitos e falta de ar, a namorada dele reclamou do seu desempenho sexual. Esse filme é excelente.

O Emerson falou que não há remédio para a obesidade. Quanto às crianças, Deputado Adelmo Carneiro Leão, penso que deveríamos retirar a televisão, a internet e os "videogames", pois, assim, conseguiríamos obter algum resultado. Claro que a educação de um filho é responsabilidade dos pais; logo, não devemos transferi-la à escola, à igreja, tampouco à Assembléia Legislativa.

De acordo com uma pesquisa da Unesco, crianças do mundo inteiro ficam, em média, cinco horas por dia vendo televisão. Há aqui o caso de uma moça que ficava, no mínimo, 12 horas por dia na internet. Ademais, Deputado Adelmo Carneiro Leão, a propaganda dirigida às crianças é um crime. Portanto, na minha opinião, quem faz isso deveria ser preso, uma vez que criança não é consumidor.

Para terminar, dirijo-me ao Rodrigo, da Anvisa, para fazer-lhe uma indagação. Rodrigo, já que existem as normas para as embalagens, por que fomos obrigados a entrar primeiro com uma ação contra o McDonald's, que, aliás, foi vitoriosa, e agora, no dia 26/3/2006, com uma ação contra a Anvisa, a fim de que todas as redes de lanchonetes do Brasil registrassem os nutrientes nas embalagens?

Vou levar-lhe uma embalagem do McDonald's - já a apresentei de manhã - e peço-lhe que a leia. Se você conseguir, estará de parabéns. Penso que aqui ninguém conseguirá fazê-lo, o que é um absurdo. Trata-se de uma tentativa de engano, de engodo. O McDonald's é a maior rede do mundo e fatura, conforme você falou, bilhões. Em 2001, faturou US\$40.000.000.000,00.

Portanto, nós, brasileiros, tomamos essa iniciativa, que considero pioneira e exemplar. Devemos levá-la ao mundo inteiro.

O Sr. Rodrigo Martins de Vargas - Na verdade, a ação foi movida porque as resoluções isentam da rotulagem nutricional as redes de restaurantes que produzem os alimentos e os embalam para serem vendidos aos consumidores. Portanto, a Anvisa não obriga os restaurantes, visto que, de acordo com a resolução, esses produtos estão excetuados da rotulagem nutricional. Só podemos fazer o que a lei nos permite. Logo, não podemos atuar os restaurantes, a não ser que, para tanto, exista determinação legal.

O Sr. Emerson Silami Garcia - Concordo com tudo o que o senhor falou sobre a propaganda dirigida às crianças. Como o senhor praticamente já falou tudo, farei um comentário sobre outro produto, as bebidas esportivas, compostas de água e açúcar. Apesar de sabermos que o açúcar é uma caloria vazia e que, para muitas pessoas, nem é aconselhável consumi-lo em grande quantidade (para outras, em quase nenhuma quantidade), a propaganda é feita sem ressalvas. Nos rótulos, deveria haver essas restrições. Nas academias, é comum ver uma pessoa obesa fazer ginástica e depois ir ao balcão para comprar uma dessas bebidas esportivas, que, na verdade, vão repor muito mais do que ele gastou durante a atividade física.



O Sr. Presidente - Muito obrigado. Conduziremos os nossos trabalhos da seguinte forma: as perguntas indicando quem deve respondê-las, vamos fazê-las de uma única vez. Ouviremos o palestrante e, ao final, mesmo os que não forem perguntados poderão tratar dos assuntos de todas as perguntas. Aproveitaremos melhor o tempo.

Há várias perguntas dirigidas à Profa. Raquel. Quando ela terminar as considerações, encerraremos também o prazo para inscrição.

A primeira pergunta é do Edson de Souza Canasarte, da Secretaria de Saúde de Nova Era: "Como investir na escola de tempo integral sem ser paternalista e privar a criança do convívio em família? Observação: muitos pais gostam dessa idéia não para o desenvolvimento do filho, mas para estarem liberados deles".

Pergunta do Sérgio Luiz, do Senac-MG: "Como preparar os profissionais das escolas, da cantineira ao Diretor, para falar, por exemplo, sobre sexualidade, sem ferir os princípios religiosos, que, por sua vez, impedem de passar a veracidade do assunto?". Não é pertinente à nossa discussão, mas a Profa. Raquel poderá ficar à vontade para respondê-la, se assim desejar.

Francini Barbosa pergunta: "No Projeto Eu Aprendi, Eu Ensinei, de que forma se deu a capacitação dos alunos protagonistas para atuarem nas comunidades, multiplicando informações concernentes à desnutrição?".

Há outra pergunta, de Francini Barbosa: "O Projeto Saúde na Escola incluirá também a rede municipal de ensino? É possível conhecer o projeto na íntegra, por meio de um endereço eletrônico?".

Daniel Ramos, Vereador de Águas Formosas: "Há algum programa estadual de acompanhamento da merenda escolar? Há possibilidade de o Estado contratar profissionais nutricionistas para coordenar essa área?".

Alexandra Costa, técnica em nutrição, do Senac: "O que você acha da inclusão do profissional técnico em nutrição e dietética nas escolas públicas, para orientar os profissionais das escolas a fim de que forneçam alimentação saudável aos alunos?".

Pergunta de Anísia Sudário Daniel, dirigida à Profa. Raquel: "De acordo com a senhora, a Secretaria de Educação apenas orienta as escolas no que diz respeito à montagem da grade curricular. Como explicar a resolução que diminuiu o número de aulas de educação física, da 1ª à 4ª série do ensino fundamental, de duas para uma aula por semana?".

Com a palavra, a Sra. Raquel Elizabete de Souza Freitas, que disporá de um prazo maior que os 3 minutos anteriormente estabelecidos.

A Sra. Raquel Elizabete de Souza Freitas - A primeira pergunta foi: "Como investir na escola de tempo integral, sem ser paternalista?". Nosso projeto de escola em tempo integral é centrado primeiramente num diagnóstico feito com os alunos que têm mais necessidade e dificuldades na parte educacional, que não têm referência nem condições de estudar em casa. Portanto, primeiramente, trabalhamos nessa linha. A escolha dos alunos é feita por meio do diagnóstico feito nas escolas. O objetivo do projeto é oferecer condição ao aluno que está com dificuldades e deficiências, para que possa acompanhar seu parceiro no mesmo nível.

Estamos apenas começando a construir esse projeto. Não há um projeto fechado. É algo novo, e ainda não sabemos que decisão tomar na hora de ampliarmos o projeto, para que se torne uma política pública. Por isso estamos começando timidamente. Estamos fazendo experiências e discutindo com as escolas e com as pessoas envolvidas no projeto, para encontrarmos a melhor opção para atender o aluno em tempo integral.

A segunda pergunta: "Como preparar as professoras e as cantineiras no que diz respeito à educação sexual?". Talvez não tenha sido clara quando abordei esse assunto. Referi-me à capacitação da cantineira à Diretora quando discutimos um projeto pedagógico de um tema transversal, como a obesidade, uma vez que a cantineira está envolvida na alimentação e na orientação dos alunos.

No caso da educação sexual, a formação continuada é adequada, dirigida e direcionada. Temos médicos e professores, e às vezes a escola vivencia mais esse problema. Por isso a Secretaria não tem uma diretriz única para todas as escolas. Costumo dizer que Minas é plural até no nome. Há uma grande diversidade de escolas. Temos de ter cuidado ao trabalhar na formação continuada dos profissionais porque isso deve ocorrer a partir da necessidade da escola e do problema que está sendo vivenciado e que foi apresentado na escola.

O Projeto Eu Aprendi, Eu Ensinei foi feito em parceria com o governo federal. Foram elaboradas cartilhas de orientação para os alunos, para os professores. Primeiro fizemos uma capacitação com os professores, e, posteriormente, os professores fizeram esse trabalho com os alunos do ensino médio. Houve um acompanhamento das equipes da ONG e da Secretaria de Educação, com o objetivo de monitorar e acompanhar esses alunos nas palestras, nos encontros e nas visitas.

O Projeto começou com o apoio de algumas superintendências, contou com monitoramento e acompanhamento e resultou neste trabalho - trouxe o manual -, que mostra como foram desenvolvidas as pesquisas e os trabalhos dos alunos juntos à comunidade, sempre sob a coordenação dos professores das escolas e dos técnicos da Superintendência, da Secretaria e da ONG.

Indagaram se o Programa Saúde na Escola pode ser acompanhado pela mídia eletrônica. Ainda não temos esse programa no nosso "site". Estamos concretizando o projeto com a Secretaria de Saúde. O material, elaborado em parceria com essa Secretaria, a Fundação Roberto Marinho e a Fiat, foi impresso e está sendo distribuído para 2 mil escolas, mas não foi disponibilizado para a mídia eletrônica.

Considero importante a presença dos nutricionistas nas escolas. Quem dera conseguíssemos contar com eles! Como se trata de profissionais da área de saúde, a Secretaria de Educação não consegue mantê-los no quadro funcional das escolas. A partir da nossa parceria, acreditamos poder contar com esse profissional. No entanto, já existe um trabalho vinculado à Secretaria de Saúde com o objetivo de orientar os técnicos e os profissionais das escolas quanto à merenda escolar.

Perguntaram ainda se a Secretaria de Educação dá autonomia às escolas para elaborarem seus projetos pedagógicos e se as aulas de Educação Física nas séries iniciais foram reduzidas. Por meio de resolução, a Secretaria estabeleceu o mínimo de uma aula para as séries iniciais e duas aulas para as séries finais dos ensinos fundamental e médio. O grande problema é o seguinte: hoje, a maioria das séries iniciais do Estado está a cargo da rede municipal. Mas, nos locais em que temos escolas com séries iniciais, ficou estabelecido o mínimo de uma aula. De acordo com o seu projeto pedagógico, a escola decide sobre a designação do profissional, que tem de ser habilitado; ela não pode designar quem não seja habilitado. Em alguns Municípios, eles não são. Portanto, trabalhamos com o mínimo de uma aula. O Parecer nº 16, do Conselho Nacional de Educação, dá autonomia à Secretaria para, se não houver profissional habilitado, permitir que profissional das séries iniciais trabalhe com Educação Física. Foi por isso que estabelecemos esse mínimo, o que não impede que escolas que têm condições, profissionais efetivos e habilitados e projeto pedagógico discutido mudem isso. O problema é que a carga horária é muito pequena, e há várias disciplinas.

Todo professor consegue frisar a importância do conteúdo da sua disciplina na formação do aluno. Então, a escola precisa chegar a um consenso, de forma a ter um projeto viável. Não adianta apresentarmos uma proposta pedagógica e, depois, não termos condições de viabilizá-la dentro da carga horária que precisa ser cumprida e à qual o aluno tem direito.

O Sr. Presidente - Obrigado. Pergunta da Sra. Simone Alencar, da Unincor Luxemburgo, à Dra. Cláudia Dias: "Como promover a horta comunitária nas escolas públicas sem ajuda de custo? Como criá-la e implantá-la?".

A Sra. Cláudia Dias - A horta é uma atividade muito interessante e dá ótimos resultados. Isso pode ser viabilizado por meio de programas. Acredito que não haja verba destinada a esse tipo de atividade. Portanto, seria interessante sugerirmos, nas nossas propostas, esse tipo de promoção com verba destinada a hortas não somente nas escolas, mas também comunitárias. Pela manhã, disseram que, às vezes, as pessoas consomem quantidade pequena de hortaliças e de frutas. O preço e o hábito são fatores que proporcionam isso. Então, é muito importante a existência de hortas nas escolas, com a intenção de tornar hábito a ingestão desse tipo de alimento, e nas comunidades, para que o acesso fique mais viável. Essa proposta é válida e podemos apresentá-la amanhã.

O Sr. Presidente - Gostaria de lembrar a todos que as propostas serão recebidas até às 11 horas. Depois a Consultoria ou a assessoria da Casa formulará um documento. Todos poderão levá-lo para casa, a fim de avaliá-lo. Poderemos trabalhar na elaboração de proposições na Assembléia. Solicito a quem tem alguma proposta que faça o encaminhamento, como sinalizamos anteriormente, até às 11 horas.

Pergunta da Sra. Ana Carolina Barcellos, da UFMG, ao Prof. Emerson Silami Garcia: "Gostaria de saber bioquímica e, fisiologicamente, por que a obesidade em grau mais elevado não tem cura".

Pergunta da Sra. Gersi Vieira Lana, da Secretaria de Educação, ao Prof. Emerson Silami Garcia. "O Prof. Emerson disse que problema psicológico não engorda. Discordo desse ponto de vista. Gostaria de ouvi-lo, como também à Dra. Elaine".

O Sr. Emerson Silami Garcia - Começarei respondendo à segunda pergunta. Falei de propósito, pois nunca comi problema psicológico. Há problemas psicológicos que levam o indivíduo a comer mais do que precisa. Foi até bom que não tenha sido claro. Quis dizer que a pessoa deve cuidar do problema psicológico para que reequilibre a sua alimentação.

Quanto à outra pergunta, digo que não é bioquimicamente. Há um tipo de obesidade que aumenta ou multiplica o número de adipócitos, ou seja, de fabricantes de gordura em potencial. Aliás, são pequenas fábricas. Há outros problemas que podem ocorrer e estar conjugados. Sabe-se que o indivíduo com obesidade extrema que emagrece não fica magro como um jovem de 25 anos com 10% de gordura corporal.

Todos os estudos publicados em revistas dão conta de que, quando mulheres com 35% de gordura e homens com 30% perdem 5% ou 10% desse total, já é considerado um sucesso fantástico, embora continuem com um percentual de gordura grande no corpo.

A Sra. Elaine Maria do Carmo Zanolla Dias de Souza - Na verdade, o problema psicológico engorda ou emagrece. A relação que o sujeito estabelece com o alimento é que fará com que ele se alimente mais ou menos. Essa relação é construída desde o nascimento do bebê. O alimento não é só o nutriente; vem carregado de significações. O bebê não amamenta só até ficar saciado; permanece um pouco mais. Além dos nutrientes, há o amor repassado. Portanto, a mão que dá alimento e a forma como ele é dado são fatores importantes. Assim, desde o nascimento, estabelece-se uma relação.

Há problemas que não detectamos de imediato. Diante de um problema emocional ou de uma questão psíquica desenvolvida pelo indivíduo ao longo da vida, é estabelecida uma relação com o alimento. Todas as vezes em que uma pessoa está ansiosa demais, come a mais e nem percebe. Trabalho com pessoas que fazem gastroplastia. Às vezes, o paciente chega a mim e diz que nem sabe por que engordou, pois, segundo ele, não come nada o dia inteiro. Assim, à medida que desenvolvemos nosso trabalho, a pessoa percebe como é a sua relação com a alimentação. Portanto, o problema é a relação que a pessoa estabelece com o alimento.

O Sr. Presidente - Obrigado. Lerei, agora, as perguntas dirigidas à Dra. Tatiana.

Pergunta da Sra. Adriana de Souza, da UFMG: "O que impede a inclusão do nutricionista nos postos de saúde e no Programa de Saúde da Família?".

Pergunta da Sra. Márcia Freitas: "Diante da sua fala, deparei-me com uma questão operacional. Há muitos obesos e indivíduos com sobrepeso, e não há, no SUS-BH, esse tipo de atendimento para toda a população. Na sua opinião, quantos nutricionistas são necessários para abranger toda a população de Belo Horizonte?".

Pergunta do Sr. Sérgio Luiz, do Senac-MG: "Como manter contato com um paciente que terminou um tratamento, se a quantidade de profissionais está aquém do ideal?".

Dra. Tatiana, a senhora pode perceber que a cobrança aqui é grande.

A Sra. Tatiana Resende do Prado Rangel - Minha experiência é com a Secretaria Municipal de Saúde. Infelizmente, há dois nutricionistas em Belo Horizonte, nas unidades básicas de saúde, e quatro nas unidades secundárias, o que não significa nada. Não é possível fazer um bom trabalho com esse número de profissionais. Acredito que essa seja uma realidade que tende a mudar, porque o Ministério da Saúde tem acenado para a resolução dessa questão. Esse órgão está preocupado com essa questão, em razão da estratégia global da OMS, que é a criação de centros de promoção de atividades físicas e de alimentação saudável. Há uma discussão na Secretaria Municipal de Saúde para que esses centros sejam implantados em Belo Horizonte. Não sei como está essa questão no interior. Esses centros contariam com nutricionistas e com educador físico, objetivando uma melhora no estilo de vida das pessoas.

É importante frisar que nosso objetivo não é o emagrecimento desses pacientes, mas, sim, melhorar a sua saúde. O emagrecimento é consequência da mudança do estilo de vida. O que impede a inclusão do profissional é uma questão ligada ao orçamento.

Existem várias cidades onde o nutricionista já está no PSF. Particularmente, acredito que o local do nutricionista é na unidade básica de saúde, apesar de estar na unidade secundária. O paciente não foi olhado na unidade básica e ficou tão grave que, na unidade secundária, foi necessária a presença de um nutricionista, uma vez que se trata de um paciente que já enfartou, teve um derrame e que, se não sofrer uma intervenção nutricional de emergência, irá ficar muito mais caro para o SUS.

Quanto a quantas nutricionistas seriam necessárias para Belo Horizonte, a última notícia que tenho é a de que temos 138 unidades básicas de saúde na cidade. O CRM recomenda a permanência de um nutricionista durante 6 horas em cada unidade básica. Como são 138 unidades,

seriam 138 nutricionistas vezes 2. Mas acredito que Belo Horizonte já avançaria muito se conseguisse colocar pelo menos um nutricionista em cada regional. Temos nove regionais, nove distritos sanitários e nutricionistas em apenas dois. Temos de ter paciência, porque essas coisas são paulatinas.

No que diz respeito a manter contato, o que tenho a dizer é que os pacientes que nos chegam no atendimento do PAM Sagrada Família são trabalhados durante seis meses com consultas mensais. Depois, passamos para consultas de três em três meses e continuamos acompanhando aquele paciente. Temos mantido contato com aqueles pacientes que têm a felicidade de conseguir atendimento. Infelizmente minha agenda está lotada, e o pessoal que está sendo encaminhado está marcando para novembro e dezembro. Trabalhando com estagiários, o número de atendimentos se multiplica, mas mesmo assim não estamos dando conta de atender à demanda.

O Sr. Presidente - Muito obrigado. Perguntas para a Dra. Maria Beatriz. A Dra. Milena Molineri, da Unincor-BH, pergunta: "Essa capacitação de técnicos do PSF em antropometria não tira a responsabilidade e inativa o fisioterapeuta, o nutricionista e o educador físico, uma vez que o técnico não tem o domínio do conhecimento dessas mensurações?"

Pergunta de Márcia Braz Rossetti, fisioterapeuta, doutoranda em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da UFMG: "Como poderíamos, efetivamente, gerar em Minas Gerais uma parceria entre as Secretarias de Saúde e de Educação, a fim de elaborar metas políticas de controle, digo, combate da obesidade infanto-juvenil?"

Pergunta de Márcia Freitas, nutricionista: "Você informou que o Sisvan está implantado em Minas Gerais. Entretanto, minha pesquisa de 2005 verificou que, em quatro Municípios da Região Metropolitana, Belo Horizonte inclusive, ele não está implantado. Por quê?"

Se me permitirem, gostaria de saber também sobre o controle das escolas. Quero saber se o Sisvan faz algum controle das cantinas das escolas e se existe alguma análise dessas cantinas.

A Sra. Maria Beatriz Monteiro de Castro Lisboa - Quanto à primeira pergunta, sobre capacitação dos técnicos, trata-se de técnicos de nível superior. Essa capacitação visa identificar o papel da antropometria porque a antropometria é um procedimento que todo profissional da saúde é qualificado para fazer. Nossa capacitação é para obter desse dado uma informação que possa influenciar ações de saúde.

A segunda pergunta é sobre a parceria entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Educação. Já estamos com dois anos de convênio. Alguns Municípios do Sul de Minas levaram a saúde para dentro da escola. A equipe de saúde da família vai uma vez por mês à escola, pesa e avalia todas aquelas crianças que já estão numa idade em que não freqüentam muito o centro de saúde.

Considerando o Sisvan no Estado, posso falar de uma situação coletiva nutricional? Sim. Certamente encontraremos Municípios como esses quatro, que não têm o Sisvan. Temos 853 Municípios e estamos na casa dos 700, e muito felizes, pois saímos dos 800, chegamos a 300 e voltamos para 700. Nunca tivemos os 853 Municípios com o Sisvan implementado.

Na região metropolitana, por incrível que pareça, é difícil trabalhar. Não me perguntem o porquê, pois não sei. A nossa regional metropolitana é ótima, e está tudo aqui do lado - Sabará, Ibitiré, etc. -, mas conseguimos trabalhar melhor em Berilo que em Ibitiré. Não há explicação.

O Deputado perguntou sobre a nossa parceria com a educação, e a Valéria está até ali no fundo. Abrirei parênteses para agradecer à minha equipe, que estava toda presente. Atualmente, na Secretaria, sou a coordenadora, e há cinco nutricionistas; estamos com uma equipe bem completa. Ainda estão lá atrás duas representantes.

Fizemos um convênio com a educação porque, como a Profa. Raquel disse, a educação não trabalha a alimentação e a nutrição. A Coordenação de Alimentação e Nutrição é a responsável, com a Secretaria de Educação, pela merenda escolar. Começamos a fazer um diagnóstico das escolas. Já fomos a quase 900 das 3.900 existentes. No início, a idéia era visitar todas elas, mas cheguei à conclusão de que era necessário de fazermos uma amostra, pois não conseguiremos ir a todas. Entretanto, dessas 900, já tiramos algumas estratégias. A primeira foi a capacitação das merendeiras. Já começaram a ser treinadas por profissionais da educação. Preocupamo-nos em divulgar as nossas referências técnicas nutricionais nessa capacitação.

O Sisvan na escola é algo ainda muito específico. Estão envolvidos Municípios do Sul de Minas, região que trabalha melhor. Pretendemos atingir uma meta, mas ainda não posso falar desse perfil, pois ainda não o tenho.

O Sr. Presidente - Temos duas perguntas dirigidas ao Rodrigo Martins. A primeira é da Aline Cristina, da Nutrição da UFMG: "Por que o cálcio, o ferro e o colesterol foram retirados da rotulagem nutricional?"

A segunda é da Sônia, da Uni-BH: "Em quais tabelas podemos encontrar o teor de gordura trans? Não conseguimos calcular esses teores nos alimentos, e a gordura trans é considerada de alto risco para pacientes obesos, crianças e cardiopatas."

O Sr. Rodrigo Martins de Vargas - O colesterol, o cálcio e o ferro foram excluídos da informação nutricional obrigatória em razão do processo de harmonização das resoluções da rotulagem nutricional no Mercosul. O colesterol foi substituído pela gordura trans, cujo consumo é muito mais prejudicial à saúde coronariana que o colesterol por si só, até mesmo porque o nosso corpo tem a capacidade de limitar a síntese endógena do colesterol se o consumo exógeno for superior ao necessário. Sabemos que o consumo excessivo da gordura trans leva à diminuição dos níveis de HDL e ao aumento dos níveis de LDL.

Portanto, foi feita a substituição, e, infelizmente, no processo de negociação, as informações sobre ferro e cálcio não foram mantidas; mas a Anvisa recomenda que as indústrias continuem a fazer a declaração de cálcio, ferro e colesterol nos rótulos.

Em relação ao ferro, temos o programa de fortificação das farinhas de trigo e de milho. Assim, do ponto de vista da anemia, principal problema nutricional do País, a questão fica um pouco amenizada.

O cálcio é um nutriente importante, principalmente para a saúde da população idosa; mas infelizmente só será declarado na rotulagem se houver interesse da indústria, pois não é obrigatório.

Quanto à pergunta sobre gordura trans, a Tabela Brasileira de Composição de Alimentos - Taco - é a única, no País, que possui a composição de ácidos graxos trans. Essa tabela tem um número limitado de alimentos, e as indústrias estão recorrendo às análises laboratoriais ou a outras fontes internacionais de dados, a outros bancos de dados internacionais - Usda -, dos Estados Unidos, Ministry Agriculture. Eles possuem uma tabela com bastantes alimentos que têm o valor de gordura trans. Todavia, sabemos que há uma variação do processamento desses alimentos e nem sempre essas informações podem se refletir nos atuais níveis de gordura trans dos alimentos produzidos no Brasil. Temos observado

que as empresas têm, cada vez mais, procurado modificar o processamento dos alimentos utilizando o processamento de interesterificação de ácidos graxos para substituir a hidrogenação, o que acaba diminuindo o conteúdo de gordura trans, apesar de algumas vezes aumentar o conteúdo de gordura saturada.

O Sr. Presidente - Muito obrigado. Terminadas as perguntas, vamos para as considerações finais. Com a palavra, a Dra. Cláudia Dias.

A Sra. Cláudia Dias - Aproveitando a presença da Dra. Raquel, da Secretaria de Educação, e da Sra. Maria Beatriz, da Secretaria de Saúde, quero dizer que gostaria que houvesse um vínculo maior entre as Secretarias para fazermos alguns projetos e promovermos atividades educativas nas escolas. Muito obrigada.

O Sr. Presidente - Obrigado. Antes de conceder a palavra ao Prof. Joel Lamounier, gostaria de solicitar que, nas considerações finais, tratasse da cirurgia bariátrica como método de tratamento da obesidade. Aliás, alguns são estimulados a alimentarem-se exageradamente para chegar à obesidade mórbida e submeterem-se a esse tipo de cirurgia. Quais as consequências, quais os problemas que existem hoje no Brasil?

O Prof. Joel Lamounier - É importante destacar que muito me preocupava a divulgação pela mídia da cirurgia bariátrica. Criou-se, na população, a expectativa de que a cirurgia era a pílula milagrosa, a verdadeira panacéia, para resolver um problema que é muito mais complicado. A população tem a idéia equivocada de que basta fazer a cirurgia para resolver o problema.

Trabalhamos com adolescentes e crianças obesas há 16 anos, os quais sempre vão em busca de algo mágico. Isso não existe. Esse é um trabalho de dedicação. Aliás, tivemos oportunidade de ouvir hoje, em várias exposições, que há mudança de hábito, reeducação alimentar, mas que é preciso envolver a família. É injusto, pois se criou a expectativa de que a pessoa não precisa fazer absolutamente nada, bastando se submeter à cirurgia bariátrica.

Para mim, isso é a ponta do "iceberg", como se se invertesse a pirâmide e se colocasse a cirurgia bariátrica como resposta à obesidade. O Sr. Daniel certamente poderá falar a respeito dos problemas vivenciados pelos adultos, ao se submeterem à cirurgia bariátrica.

Na minha fala final, chamo a atenção para o seguinte: há fases da vida que marcam, do ponto de vista de controle e metabolismo, a saciedade da pessoa. Por exemplo, no início da vida, a criança, recebe o leite materno, que contém substâncias bioativas, como a leptina, que controlam a saciedade. Nenhuma criança que mama no peito, mama mais do que deseja e consegue; entretanto, se mamar na mamadeira, ela vai alimentar-se do que a mãe sempre quiser, pois esta controla o leite pela abertura do bico da mamadeira. Isso terá implicação no futuro. Conforme o Emerson disse, o tamanho e o número de células aumenta nos primeiros meses de vida. Por isso o adulto não consegue emagrecer e fica no chamado efeito sanfona.

O adipócito dessa criança exposta precocemente a outros alimentos diferentes do leite materno não tem o controle metabólico feito com eficiência. O leite materno deve ser a primeira opção para enfrentar o desafio de controle e redução da obesidade.

Precisamos observar a questão política com a integração das ações, que é fundamental, mas a ciência deve estar presente. Não sei se há estudos mostrando que as ações existentes no Brasil funcionam. Onde está a avaliação dos programas? Aplicam-se em larga escala? Precisamos de uma resposta. O que se pretende com o programa estabelecido? O que será medido? Redução do ganho de peso? Redução da inatividade física? Quanto é gasto para isso? Se não levarmos isso em conta, agitamos São Paulo, o Brasil, fazemos isto e aquilo, sem uma resposta eficiente.

A Sr. Presidente - Obrigado. Com a palavra, a Dra. Elaine, para suas considerações finais. No final da palestra, o Dr. Walmir disse que o mais importante é a mudança de hábitos. Peço-lhe que diga como a psicologia nos ajuda.

A Sra. Elaine Maria do Carmo Zanolla Dias de Souza - A mudança de comportamento é uma questão sempre muito difícil, pois exige tempo, além de ser sempre interdisciplinar. O comportamento se forma desde o início da vida. Dependendo da idade que o indivíduo chega para mudar de posição, que é subjetiva, há um trabalho exaustivo a ser feito.

Há várias teorias a respeito do comportamento humano, mas o foco está sempre no singular da pessoa. Não há uma explicação para todos. A questão é sempre do próprio sujeito e deve ser tratada dessa forma. Os grupos ajudam muito, servem como referência. Há, por exemplo, o grupo de pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica. Se a pessoa abandonar, deixar de participar dos grupos, retornará ao antigo modelo de comportamento. O trabalho é individual, mas com o suporte dos grupos.

Agradeço o convite, pois aprendi muito hoje com os colegas da Mesa. Parabenizo a iniciativa de realização do fórum para tratar de um problema tão sério, um problema da contemporaneidade.

O Conselho de Psicologia, preocupado com essas questões, realizará um fórum em agosto para tratar das políticas públicas para a saúde, incluindo este tema e envolvendo outros profissionais.

O Sr. Presidente - Dr. Emerson, tratamos de questões metabólicas e cardiocirculatórias como um dos graves problemas da obesidade, mas não falamos da sobrecarga esquelética. Como especialista da fisiologia, do exercício e do esforço, gostaria que comentasse o tema.

O Sr. Emerson Silami Garcia - Reitero um alerta. O que se economiza com aulas de Educação Física será muito pouco perto do que se gastará com as mesmas pessoas daqui a 10, 15 anos, com o SUS e os planos de saúde.

O número de lesões articulares, problemas de coluna, joelho, tornozelo, fraturas, etc. nas pessoas obesas é muito grande. Quando a pessoa vai ficando mais velha, se é obesa, terá um problema composto, por exemplo, obesidade com osteoporose. E ainda terá dificuldade para fazer as atividades mais corriqueiras. Vamos economizar um pouco hoje, para gastar muito amanhã.

O Sr. Presidente - Prof<sup>a</sup>. Raquel, gostaria que a senhora me respondesse se as cantinas servem para acumular dinheiro para a escola funcionar ou são um instrumento para fornecer uma boa alimentação aos estudantes. Pertencem ao Estado ou são um espaço terceirizado no interior das escolas, inclusive as públicas?

A Sra. Raquel Elizabete de Souza Santos - Poucas escolas públicas possuem cantinas terceirizadas. Em algumas, a venda de determinados alimentos reverte em material para as escolas. Na maioria delas, as cantinas são utilizadas para distribuir a merenda aos alunos, sendo a verba fornecida pela Secretaria. Mas, em escolas maiores, também há cantinas terceirizadas, e, às vezes, o trabalho das Diretoras e da superintendência foge à normalidade, que gostaríamos que ocorresse. Em algumas escolas também há a prática da venda de guloseimas, e temos conseguido minimizar essa situação no trabalho que fazemos com a Secretaria de Saúde. Mas não posso afirmar que isso já acabou em

todas as escolas.

Agradeço a oportunidade de a Secretaria de Estado de Educação estar aqui mostrando o que está fazendo e o que precisa ser feito. Contamos com os parceiros que aqui estiveram. O trabalho que precisamos fazer com nossos alunos é muito amplo, e a Secretaria de Educação não consegue fazê-lo sozinha. Devemos cumprir o que está na Constituição, pois a educação é dever do Estado, da família e da sociedade. Em nome da Secretaria de Educação, conclamo todos a ser nossos parceiros. Precisamos responder pela formação dos nossos alunos, dos quais 90% estão nas redes públicas estadual e municipal. Nossa responsabilidade é muito grande. Obrigada.

O Sr. Presidente - Obrigado, Sra. Raquel.

Daniel, peço que leve nosso abraço fraterno a todos os colegas, amigos e servidores da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Desejamos que, com o título de universidade, possa abranger todo o espaço geográfico do Triângulo e do Alto Paranaíba a serviço do desenvolvimento da região, muito mais do que fez até agora. Peço que, nas suas considerações finais, fale a respeito da pirâmide nutricional, que recentemente sofreu alterações na ordem dos seus fatores constitutivos. Com a palavra, o Sr. Daniel Ferreira da Cunha.

O Sr. Daniel Ferreira da Cunha - Obrigado. Quero dizer que a pirâmide é um recurso encontrado pelo profissional de saúde e de nutrição, para ensinar alguns princípios de quantidade, porções e frequência de consumo.

À medida que o conhecimento sobre nutrição se expande, a pirâmide sofre - e isso tem ocorrido - algumas pequenas mudanças. Se entrarmos na internet, veremos que há pirâmides para crianças, idosos, asiáticos e inúmeras outras. Aliás, há a pirâmide do Mediterrâneo que defende que algumas gorduras são mais adequadas do que outras. Acredito que esse conhecimento seja mais um recurso. Ressalto que a pirâmide clássica ainda pode ser bem usada, pois possui todos os princípios necessários aqui já comentados.

Com relação à cirurgia bariátrica, quero fazer alguns comentários. Essa cirurgia, em outras palavras, é mutilante. Ela pode levar a complicações metabólicas, que muitas vezes são graves. Muitos pacientes têm anemia, distúrbios eletrolíticos e risco de cardiopatias; portanto, ela não é, de forma alguma, a opção para muitos. Aliás, o Estado tem de supervisionar esse tipo de terapia.

Considero interessante lembrar que a medicina dá suporte a uma conduta se houver evidências de que ela é melhor que o placebo ou outro tratamento. E essas cirurgias ainda não provaram que são melhores do que outros tipos de tratamento.

Para terminar, quero deixar uma reflexão: a obesidade é uma doença da modernidade. O ser humano existe há milhões de anos: primeiramente, como humanoide, depois, com a formação dos seus genes, aprendeu a se alimentar com comida de baixo conteúdo energético; fez muito exercício, subia e caminhava muito. De repente, coincidindo com a Revolução Industrial, começou-se a produzir alimentos, que se tornaram mercadorias, foram vendidos e entramos nessa crise.

Acredito que o fato de o problema estar se espalhando para países em desenvolvimento nada mais é do que o reflexo dessa globalização. É preciso que os dirigentes e as casas legislativas tenham consciência de que uma forma de atuar é voltar à origem que perdemos com a globalização. Obrigada.

O Sr. Presidente - Obrigado. Dra. Maria Beatriz, agradeço-lhe a presença sempre muito expressiva. Espero sinceramente que, ao final deste fórum, a Secretaria continue conosco para oferecermos ao Estado uma boa legislação para prevenção, pois sabemos que mudar hábitos é muito difícil. Aprendemos a gostar de coisas boas e ruins, e depois que aprendemos a gostar de coisas ruins, mudar não é fácil. Portanto, é importante fazer boas coisas.

A Secretaria de Saúde sempre participou conosco do debate. Tenho certeza de que, ao final deste fórum, continuaremos a nos reunir e melhoraremos, do ponto de vista legislativo, os encaminhamentos para implementarmos no Estado uma boa política de saúde nutricional para a população.

Já temos leis de segurança nutricional, mas é possível avançarmos. Tenho convicção de que o Estado tem de ser forte para não permitir, na intimidade das escolas, qualquer tipo de instrumento que prejudique o desenvolvimento pleno das nossas crianças. As cantinas têm de ser espaço de fortalecimento, orientação e oferecimento de alimentos saudáveis nesse contexto discutido hoje.

Com a palavra, para as considerações finais, a Dra. Maria Beatriz.

A Sra. Maria Beatriz Monteiro de Castro Lisboa - É um pensamento de todos que a escola, como formadora, seja também formadora de bons hábitos, de hábitos saudáveis de vida e de escolhas saudáveis. Temos escolhas saudáveis se somos educados para tal, mesmo que isso demore muito tempo.

Retomarei a palavra do Dr. Benedito, que falou, pela manhã, sobre a cirurgia bariátrica. Ele disse que não existe estudo que sinalize como podemos construir essa rede de acompanhamento, o pré e o pós-operatório, e o acompanhamento na prevenção à obesidade. E disse que esperava que este fórum discutisse essas ações. Esperamos que se discutam essas ações e que isso seja incorporado pela Secretaria de Saúde, principalmente com a Coordenação de Alimentação e Nutrição como parceira.

Despedindo, gostaria de falar que o seu trabalho nem começou. O senhor teve a iniciativa deste fórum, mas ele não se encerra amanhã. O senhor começou uma discussão que é ampla, porque, assim como a obesidade é multifatorial, as intervenções são de diversas ordens e envolvem várias categorias. Portanto, o seu trabalho ainda começará.

Coloco-me à disposição, espero ser convidada sempre e que a Secretaria de Saúde e as regionais de saúde sejam parceiras, para melhorarmos a qualidade de vida nessa questão e promovermos a saúde.

O Sr. Presidente - Só estamos começando mais essa frente de batalha. Queremos mais financiamento na saúde, mais participação da sociedade, mais vigilância e implementação mais ágil do que já conquistamos na legislação. Como todos sabemos, a legislação brasileira em relação à saúde está muito mais avançada que as práticas na área de saúde.

Saúde é direito de cidadania e dever do Estado; que coisa interessante e bonita! Queremos fazer do direito de cidadania um direito fundamental da pessoa. E, como tal, as pessoas não podem ficar esperando nas filas e devem ser atendidas no tempo real das suas necessidades fundamentais. Isso é o que entendo como direito fundamental. Ainda estamos longe disso, porque há gente esperando nas filas, sem os remédios, sem orientação, sem a formação adequada. Temos muito o que fazer.

Essa é mais uma frente de batalha que assumimos, pela compreensão clara de que esse é um fator que prejudica o obeso e o bem-estar das pessoas. Compromete a vida e a saúde.

Estava falando com o Prof. Joel que, há muitos anos, quando a vida média da população era da ordem de 30, 40 anos, a obesidade podia ser até uma coisa interessante; mas agora, com o prolongar do nosso tempo de vida, a obesidade passa a ser um fator determinante de morte precoce. Ou seja, se reduzirmos a obesidade, teremos a possibilidade de dar mais um salto e subir mais degraus no prolongamento da nossa vida, em uma lógica saudável. Sabemos que, além de encurtar o tempo de vida, a obesidade causa uma série de problemas e sofrimentos, absolutamente desnecessários, se cuidássemos bem do ser humano. Queremos avançar nesse sentido. O meu sentimento é que estou fazendo um ato importante em favor da saúde e do bem-estar da população.

Terminando, ouviremos a Dra. Tatiana Resende, para suas considerações finais.

A Sra. Tatiana Resende do Prado Rangel - Tratar a obesidade é uma coisa muito complexa e muito mais difícil que preveni-la.

Gostaria de deixar um alerta a todos os profissionais de saúde envolvidos. Que possamos discutir melhor as estratégias para prevenir a obesidade e, principalmente, trabalhar com as crianças e os adolescentes. Que possamos também nos unir para colocar em prática as políticas públicas que estão no papel.

A estratégia global da OMS é uma proposta muito interessante. Com certeza, não resolverá o problema da obesidade, mas é um caminho. Então, temos de nos unir para colocar isso em prática e para trabalhar a prevenção nas escolas, com as crianças, para não haver tantas pessoas, na fase adulta, com obesidade, quando o tratamento fica mais caro e difícil.

O Sr. Presidente - Quero dizer a vocês que estou muito honrado de ter presidido os trabalhos deste Painel esclarecedor, plural, mostrando que é assim que temos de tratar um tema dessa natureza.

Estou muito satisfeito com os profissionais desta Assembléia e com os assessores do nosso gabinete, que deram uma contribuição fundamental para que este fórum chegasse a este momento, com a participação de todos vocês. Por isso, estou muito feliz. Percebi aqui muitas mulheres e muitos jovens, o que é positivo, pois mostra que, talvez, a partir daí, consigamos avançar mais na lógica da prevenção; mais do que as mudanças de hábito e o nosso olhar, a nossa atuação, mais do que mudar comportamentos é preciso ter comportamentos, atitudes capazes de manter a nossa vida saudável.

No mais, a Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais manifesta os seus agradecimentos aos expositores e às demais autoridades e convida todos para os painéis de amanhã: "Obesidade no idoso", "Obesidade mórbida", "Obesidade: responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dos planos de saúde" e "Experiências no controle da obesidade". São temas muito interessantes.

#### ATA DA 25ª REUNIÃO ESPECIAL DA 4ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 15ª LEGISLATURA, EM 7/7/2006

Presidência do Deputado Adelmo Carneiro Leão

Sumário: Comparecimento - Abertura - Ata - Destinação da reunião - 1º Painel: Composição da mesa - Palavras da Sra. Aline Cristine Souza Lopes - Palavras do Sr. Jorge Roberto Perrou de Lima - Palavras do Sr. Marcos Reis - Palavras da Secretária Maria do Carmo - Palavras do Sr. Henrique Leonardo Guerra - Esclarecimentos sobre os debates - Debates - 2º Painel: Composição da mesa - Palavras do Sr. Adelson Luiz Araújo Tinôco - Palavras da Sra. Flávia Tiso - Palavras da Sra. Ann Kristine Jansen - Palavras do Sr. Presidente - Considerações finais - Encerramento.

#### Comparecimento

- Comparecem a Deputada e os Deputados:

Rogério Correia - Adelmo Carneiro Leão - João Leite - Maria Olívia.

#### Abertura

O Sr. Presidente (Deputado Adelmo Carneiro Leão) - Às 9 horas, declaro aberta a reunião. Sob a proteção de Deus e em nome do povo mineiro, iniciamos os nossos trabalhos. Com a palavra, o Sr. 2º-Secretário, para proceder à leitura da ata da reunião anterior.

#### Ata

- A Deputada Maria Olívia, 2ª-Secretária "ad hoc", procede à leitura da ata da reunião anterior, que é aprovada sem restrições.

#### Destinação da Reunião

O Sr. Presidente - Destina-se esta reunião à realização do fórum técnico "Obesidade: Desafios e Perspectivas", com a apresentação, nesta manhã, dos painéis "Obesidade no Idoso"; "Obesidade Mórbida"; "Obesidade: Responsabilidade do SUS e dos Planos de Saúde"; e "Experiências no Controle da Obesidade".

#### 1º Painel

#### Composição da Mesa

O Sr. Presidente - A Presidência convida a tomarem assento à mesa para o 1º Painel a Exma. Sra. Aline Cristine Souza Lopes, coordenadora do Curso de Nutrição da UFMG; os Exmos. Srs. Jorge Roberto Perrou de Lima, Professor de Avaliação Física da Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF -; Marcos Reis, membro titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e Cirurgião-Geral dos Hospitais Life Center e Baleia; a Exma. Sra. Maria do Carmo, Secretária Adjunta da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte; e o Exmo. Sr. Henrique Leonardo Guerra, Doutor em Saúde Pública e Consultor Técnico da Unimed-BH.

Bom dia a todos. Primeiramente, gostaria de agradecer o convite para estar aqui, hoje, falando um pouco sobre obesidade no idoso e de parabenizar o Deputado pela iniciativa da organização deste fórum, porque é um momento importante para que a sociedade civil e o Poder Legislativo trabalhem juntos, além, é claro, dos profissionais da área da saúde, para tentarmos fazer algo que possa, de fato, prevenir e tratar a obesidade.

Falaremos um pouco sobre os aspectos nutricionais e alimentares relativos ao idoso que podem gerar obesidade. Iniciarei pela definição de envelhecimento.

Envelhecimento é um processo inexorável: a partir do momento em que nascemos, envelhecemos. Porém, à medida que envelhecemos cada vez mais, estamos sujeitos a algumas alterações fisiológicas que modificam todo o metabolismo do nosso corpo. Envelhecimento, então, é um processo biológico, natural e inevitável, que submeterá nosso corpo a essas alterações anatômicas e funcionais, que repercutirão tanto em nossa saúde quanto em nossa nutrição.

Ocorrem também algumas alterações fisiológicas, como diminuição da taxa de metabolismo basal. Nosso corpo precisa de menos energia para se manter, mas, geralmente, continuamos comendo a mesma quantidade que comíamos anteriormente, o que pode ser um fator promotor de obesidade no idoso.

A redistribuição de gordura e a tendência de aumento da gordura corporal também podem ser fatores complicadores.

Estou falando de idoso para vocês o tempo todo, mas o que é idoso? Nos países desenvolvidos, os indivíduos com 65 anos ou mais são considerados idosos, enquanto nos países em desenvolvimento são os com 60 anos ou mais. Temos, então, uma maior proporção de idosos.

É notória a transição demográfica em todo o mundo, principalmente no Brasil, onde a proporção de idosos aumenta bastante em nossa população, o que vem gerando alguns aspectos importantes.

A transição nutricional, com o aumento da prevalência da obesidade em detrimento da desnutrição, é fundamental. Associada à transição demográfica, pode ter um importante impacto futuro. Ontem, discutimos a obesidade infanto-juvenil e adulta, e vocês viram que os dados são alarmantes. Os dados de idosos hoje ainda não são tão prevalentes, tão alarmantes quanto nessas outras faixas etárias, mas, se fizermos uma estimativa para daqui a 50 ou 100 anos, o problema será muito mais grave, porque essa criança, esse adolescente, esse adulto com sobrepeso e obesidade, daqui a 20 ou 30 anos, será um idoso, provavelmente com várias complicações, com doenças crônicas não transmissíveis e com prevalência de obesidade muito maior. É como se tivéssemos uma bomba-relógio pronta para explodir, com data marcada. Por isso é tão importante este momento, para trabalharmos a questão da prevalência da obesidade, da prevenção.

Como os hábitos alimentares e o envelhecimento interagem? Alguns fatores socioeconômicos atuarão diretamente nesse processo de mudança dos hábitos alimentares na terceira idade. Um deles é a diminuição de renda. O idoso não tem mais uma vida produtiva, o que gera uma questão econômica importante. Os fatores psicossociais, o isolamento, a perda do cônjuge, o afastamento da família, tudo isso interfere nos hábitos alimentares. Não necessariamente o idoso tem sua capacidade de deslocamento preservada; pode ter dificuldade de ir ao mercado, de comprar seu alimento e de prepará-lo, o que é importante. Pode ainda ter algumas alterações de cognição e de memória, que podem comprometer suas atividades.

A depressão é uma doença muito prevalente nessa faixa etária, decorrente do isolamento social, principalmente quando o cônjuge falece. Geralmente, os homens morrem mais cedo, e nós ficamos sozinhas. Os filhos casam e vão embora. E aí? A mulher está sozinha pela primeira vez na vida, principalmente se pensarmos nas idosas de hoje, que não saíram para trabalhar. Nós, possivelmente, seremos idosas mais independentes, mais ativas. Pelo menos, é o que esperamos.

Existem, ainda, alguns fatores associados a enfermidades. Se o idoso tem diabetes, tem restrição alimentar. Uma série de coisas complicam nessa fase. Além disso, temos uma prevalência de uso muito grande de medicamentos por idosos, decorrente de uma série de enfermidades, com reações adversas, como diminuição do apetite e alteração de sabor, o que influencia no processo de metabolismo dos alimentos, além de aumentar o tecido adiposo.

Outra questão muito importante é a relação que o idoso estabelece com o alimento - não só o idoso, mas todos nós. Essa relação que estabelecemos com o alimento pode ser um fator promotor da obesidade ou de prevenção da obesidade. Mas, para o idoso, o alimento tem uma dimensão diferente, muito maior; será a confirmação de valores culturais, do que "a minha mãe fazia para mim quando eu era pequeno". É a memória pregressa, que volta com tudo. A refeição passa a ser o evento do dia. Muitas vezes, ele não trabalha mais; então, fica esperando o momento da refeição, como se fosse um momento festivo e, geralmente, está sozinho ou com um cônjuge em casa.

Há também a possibilidade de contato social, se ele está integrado no grupo, e a perda da capacidade ou do desejo de cozinhar. Quem mora sozinho não quer fazer arroz, feijão, verduras e, muitas vezes, recorre a alimentos prontos ou semipreparados.

Esses hábitos alimentares vão se alterando, e vão sendo acrescidos alimentos calóricos, o que pode ser um fator promotor da obesidade.

A obesidade está associada a uma série de doenças altamente prevalentes nos idosos, como a hipertensão arterial, as doenças cardiovasculares, o AVC, o câncer, o diabetes. Pode também ser um fator complicador da osteoporose. Há estudos que mostram o aumento da mortalidade em idosos obesos. É um fator que tanto pode promover essas doenças como agravá-las. Um idoso hipertenso e obeso é muito mais complicado.

A obesidade pode acarretar uma série de distúrbios, uma série de problemas para o idoso, inclusive no sentido psicológico e social, como a morte precoce. É um dado para o qual não estamos muito atentos.

Vamos ver como é o consumo de alimentos nutrientes entre alguns grupos populacionais específicos de idosos. Um estudo realizado em Municípios da Região Sudeste do Brasil mostrou que, quanto ao consumo de alimentos energéticos, mais de 90% dos idosos ingeriam alimentos feculentos, como arroz, pão e macarrão. Os alimentos consumidos diariamente eram apenas arroz e pão. Não podemos pensar nesses carboidratos complexos como nossos inimigos, porque precisamos de energia para manter as nossas atividades, mas eles não bastam.

Quanto aos alimentos protéicos, apenas 70% a mais consumiam feijão, carne de boi, aves, leite, ovos e alimentos reguladores, que seriam frutas e vegetais.

Mais de 85% consomem frutas, verduras folhosas e legumes, mas o maior consumo diário estava nos estratos socioeconômicos mais elevados. Ontem, algumas pessoas falaram que fruta e verdura são caras. Depende: se comprarmos uma porção de cenoura para comer apenas no dia, veremos que fica muito barato. As pessoas fazem isso com a carne. Elas compram um bife se estão com pouco dinheiro, mas não compram uma laranja. Há toda uma questão cultural de imaginário do que é caro ou barato. Não falta arroz na casa de ninguém - e arroz está muito caro -, mas falta fruta. Fruta é considerada alimento de rico.

Foi realizado um estudo em Bambuí para ver o consumo de nutrientes, comparando os adultos e os idosos. Os idosos apresentaram um baixo consumo de fibra, cálcio e vitaminas A e E. Todos os idosos apresentaram um consumo abaixo do recomendável. Também com relação ao consumo de carboidratos e zinco havia deficiência.

Com relação à proteína, o consumo era de 64%, e quanto a ferro, era de 37%. Uma dieta bastante inadequada, com baixo consumo de nutrientes importantes, principalmente vitaminas e minerais, mas com um alto consumo de lipídeos e ácidos graxos saturados. Com relação ao idoso, que tem maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, esperávamos que esse consumo estivesse reduzido. Mas isso não ocorre; continua um padrão alimentar inadequado.

Como é a prevalência da obesidade, já que eles têm um perfil alimentar inadequado? A obesidade prevalece nas mulheres e aumenta dos 54 aos 64 anos.

Por meio da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, realizada em 1989, constatou-se que o sobrepeso de grau I representa 25% entre os homens, e o de grau II, cerca de 5%. As mulheres apresentam prevalência maior de sobrepeso grau I, 32%, e cerca de três vezes maior de grau II.

Observa-se que, em relação aos homens, a faixa etária mais atingida é entre 60 e 64,9 anos, e, no que diz respeito às mulheres, é de 65 a 69,9 anos. Realizando um contraponto com o baixo peso, verificaremos que a obesidade será cerca de cinco vezes maior em relação aos homens, e seis vezes maior em relação às mulheres. E, no que tange ao idoso, preocupamo-nos apenas com a desnutrição.

De acordo com um estudo mais recente da Pesquisa de Orçamentos Familiares, realizado em 2002 e 2003, verificou-se que a prevalência no Brasil de obesidade é de 16% em relação às mulheres e de 9% em relação aos homens.

Em Minas Gerais, entre as mulheres, verificou-se prevalência menor, de cerca de 14%, e, entre os homens, uma prevalência muito próxima em relação ao Brasil. Se compararmos com o déficit de peso, a obesidade continuará sendo um problema muito mais importante.

Foi realizado um estudo para verificar a relação entre a obesidade e algumas doenças. As pessoas obesas apresentavam maior prevalência de diabetes, tanto em relação aos homens quanto em relação às mulheres, que apresentavam HDL baixo e triglicérides elevado. A obesidade está associada a pior quadro de saúde dessas pessoas.

Como trabalho com a questão dos obesos, percebo que sempre nos preocupamos com os adultos. Quando pensamos nos idosos e nas crianças, preocupamo-nos com a questão da desnutrição. Isso é um problema, porque temos de pensar no futuro. Essa prevalência altíssima de sobrepeso e de obesidade atual possivelmente gerará dados alarmantes no futuro.

Vários estudos demonstram que, quando passamos por privação e desnutrição na infância, a probabilidade de sermos obesos ou desenvolvermos acúmulo de gordura no abdome na fase adulta é muito maior. Essa geração de idosos passou por prevalência de desnutrição no passado. Isso poderá ser algo crescente em nosso dia-a-dia. Temos de trabalhar a questão da obesidade do idoso no presente, mas já com um pé no futuro, pois teremos de levar em conta a prevalência de uma população a ser tratada muito maior.

Essa epidemia é importante. Costumo dizer que é uma bomba-relógio. Esse aumento esperado da prevalência da obesidade e das doenças a ela associadas gerará um custo elevado para a saúde. O idoso leva uma porção muito grande do custo do serviço de saúde. Isso aumentará ainda mais, levando-se em conta o aumento proporcional dos idosos, associado ao aumento da prevalência da obesidade.

Há dois aspectos importantes. Primeiro, temos de reforçar a promoção da saúde na terceira idade. Para isso, pensaremos nas atividades físicas e na alimentação saudável, mas a estratégia para trabalhar com o idoso seria a questão do PSF e do Grupo da Terceira Idade, pois o idoso apresenta especificidades relacionadas à sua idade e estado de saúde.

O segundo aspecto é o isolamento social. O Grupo da Terceira Idade tem o papel de promover a reintegração do idoso na sociedade. O PSF baterá na porta do idoso que esteja sozinho ou incapacitado de se locomover até a unidade de saúde. Essa é uma estratégia fundamental.

Trabalhar a alimentação do idoso é muito mais difícil, pois o índice de analfabetismo e de déficit cognitivo nessa população é muito elevado. Então, não é qualquer pessoa que dá conta de trabalhar a educação nutricional e uma alimentação saudável para o idoso.

Não sei se vocês já tiveram oportunidade de trabalhar alimentação saudável com quem não sabe ler e escrever. É coisa para poucos. Precisamos de capacitação da equipe do PSF. Consideramos importante o papel multidisciplinar do médico, do enfermeiro, do nutricionista e do dentista. Dentista, sim, porque nessa faixa etária há alterações importantes de dentição.

O atendimento domiciliar pode ser feito pelo PSF, porque o idoso, muitas vezes, precisa de um suporte nutricional e de acompanhamento mais próximo, porque não tem capacidade de se deslocar. O atendimento domiciliar evita a hospitalização recorrente do idoso. Há, com isso, redução de custo e melhor qualidade de vida para o idoso. Por isso, o PSF faz uma integração dessa promoção da saúde e do atendimento domiciliar.

Se for o caso, vamos até onde o idoso está e o trazemos à unidade, mas, se ele não tiver condições, nós o atendemos em casa. Não sei se vocês têm idoso em casa, mas saibam que o dia da consulta é um evento para eles. Não dormem direito, porque têm de levantar cedo e tomar banho. Coisas que para nós são muito chatas, para eles são um evento. É importante sair de casa e buscar o serviço, mas também é importante ter disponível o atendimento domiciliar.

A obesidade, hoje, é um problema do idoso, mas não tem sido vista com a atenção que merece, em comparação com outros grupos etários. Precisamos reforçar as ações de promoção de saúde em todas as faixas etárias, para que, no futuro, possamos dar conta do problema. Se hoje a demanda de tratamento é grande, daqui a 20, 30, 40 anos será ainda maior, caso não tenhamos ativado a promoção da saúde.

Esse é o recado que eu tinha a dar. Obrigada a todos.

- No decorrer do pronunciamento, procede-se à apresentação de "slides".



É um prazer participar deste evento. Agradeço a oportunidade.

Preparei minha apresentação e, depois de pronta, fiquei frustrado, porque percebi que estava muito simples. Achei estranho sair de Juiz de Fora para vir a esta Casa falar o óbvio. Depois, melhorei minha auto-estima e entendi que a questão é muito simples e que não há mesmo fórmulas mágicas para resolver o problema. Só depende de políticas públicas.

Desse ponto de vista, observei que as condições já estão dadas. Este fórum significa que o Estado também já está assumindo o problema. Cobramos muito de nossos governantes e representantes do Legislativo, mas é hora de reconhecer e elogiar a Assembléia Legislativa, que está assumindo seu papel no controle da obesidade e na promoção da saúde.

As idéias são simples, e o Estado já está assumindo seu papel em relação à obesidade.

Vejamos agora os números. No Brasil, há 15 milhões de idosos, segundo dados do IBGE, que considera idosa a pessoa que tenha idade acima de 59 anos, ou seja, a partir dos 60 anos. Em 2020, seremos 30 milhões de idosos. Fiz questão de usar o verbo na primeira pessoa do plural, pois, se temos mania de dizer que a população será idosa, é porque nos esquecemos de que todos seremos idosos. Assim, na verdade, tratar desse problema é até legislar em causa própria, de forma que, nem que seja para preparar o nosso próprio futuro, temos de fazê-lo.

O excesso de peso afeta, no mundo, 1 bilhão de adultos, entre os quais pelo menos 300 milhões são clinicamente obesos, ou seja, são casos não só de sobrepeso, mas de doença. Acredito que alguns de nós possam vir a ter sobrepeso, mas idosos todos seremos. Assim, esse problema tem de ser encarado como de saúde pública, porque as dimensões que alcançou não são mais de clínica ou tratamento individual, são de Estado - entendendo que, no Estado brasileiro, há três Poderes, ou seja, o Estado não é só o Executivo, com os Prefeitos e Governadores, mas muito mais do que isso. E a abordagem não é simples, mas complexa. A obesidade não é só o excesso de peso, um problema isolado, mas faz parte de um conjunto de doenças, chamadas crônico-degenerativas, que a OMS considera como o grande problema a ser enfrentado. As doenças infecto-contagiosas ainda existem, mas muitas delas já são controladas, embora com algumas exceções, como a aids, que são problemas pontuais, de medicina, não mais de saúde pública. Então, o grande foco tem de ser dado às doenças crônico-degenerativas, e a atuação, como o problema é complexo, tem de ser multiprofissional e feita em vários níveis.

Trouxe aqui um documento da Organização Pan-Americana de Saúde, já veiculado em vários "sites", que é uma adaptação de outro documento, este da OMS, que trata de doenças crônico-degenerativas e, junto a esse conjunto, de obesidade, estabelecendo uma estratégia mundial de alimentação saudável, atividade física e saúde. Então, se minha fala é tão simples, é porque a proposta da própria OMS é muito simples: ou seja, a estratégia para combater esse grande problema das doenças crônico-degenerativas é atividade física e alimentação saudável. Aliás, nesta Mesa há um professor de educação física e uma nutricionista, que, puxando um pouco a brasa para a nossa sardinha, são as profissões do futuro - na saúde pública, o papel do profissional de educação física e do nutricionista tende a crescer muito, por causa dessas constatações.

As doenças crônicas são responsáveis pela grande maioria - mais de 59% - dos problemas que nos afetam. São os chamados agravos não transmissíveis, que incluem doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, câncer e doenças respiratórias - esse é o conjunto das doenças importantes neste momento. Os fatores de risco que mais contribuem para as doenças crônicas são obesidade, colesterol e fumo. Quer dizer, a obesidade é algo complexo, porque, além de ser um dos problemas, é fator de risco para todos os outros. Assim, o combate à obesidade tem um efeito sinérgico, que vai-nos ajudar muito, pois ela tanto é um problema, em si, como é um fator de risco para outras doenças.

A atividade física é fundamental para a prevenção de doenças crônicas. Ainda assim, mais de 60% da população não obedece à recomendação de, no mínimo, 30 minutos diários de atividade física. Aliás, é comum haver o equívoco de confundir atividade física com esporte ou atividades em academias com alto nível de desempenho. Não é isso. Na saúde pública, precisa-se do mínimo: bastam 30 minutos diários de caminhada ou outra atividade do dia-a-dia, o que, aliás, é barato, não tem custo. Ora, se, nos Estados Unidos, o governo, só no ano de 2000, gastou US\$75.000.000.000,00 no sistema de saúde, o impacto da atividade física, que não tem custo ou tem custo muito baixo, sobre todo o sistema é muito grande.

Aumentar a atividade física é um problema social, e não, apenas individual. Exige enfoques multissetoriais, multidisciplinares e culturalmente relevantes, que sejam baseados na população. Ou seja, é preciso propor uma atividade física que tenha a ver com a cultura das pessoas.

É importante lembrarmos que o idoso tem uma cultura de 50 anos atrás. Quando estudamos o idoso, temos que considerar o efeito coorte, que mostra que a pessoa está vivendo hoje, mas a construção de sua personalidade foi feita há 50 anos. Para trabalharmos com o idoso, temos que considerar o aspecto cultural, pois o idoso tem hábitos antigos.

A atividade física proposta tem que se basear nos interesses da população e envolver diversos setores, principalmente os Ministérios da Saúde, dos Transportes, da Educação, do Lazer, além do trabalho de planejamento do Município. Isso consta no documento da Organização Pan-Americana de Saúde. Não adianta dizer para a população entrar, se a cidade não é planejada para a pessoa andar. Não é só uma questão do Ministério da Saúde, pois quem planeja a cidade pensa nos automóveis, e não, nos pedestres. A cidade é agressiva para o pedestre. É uma questão complexa que tem que ser vista pelo Estado e por nossa cultura. A atividade física não está relacionada somente com a educação física, com a medicina e com a Secretaria de Saúde; temos que compreender a cultura local. Não adianta trazer uma atividade física de outros países, temos que atender à cultura local. Temos que aproveitar todas as situações e eventos.

Para tratar a obesidade, propõe-se o engajamento da atividade física moderada por pelo menos 30 minutos ao dia. É uma proposta do Agita Brasil e do Agita São Paulo. É importante a promoção de comportamentos saudáveis, a ingestão de frutas e verduras, a diminuição de alimentos gordurosos e a substituição de gorduras. É muito simples, todos sabem o que têm que fazer. A complexidade dessa questão reside em sua simplicidade, pois nenhuma fórmula mágica resolverá. É um problema de política e de cultura, que talvez sejam as coisas mais difíceis que temos para trabalhar.

O que é obesidade? Sempre existe uma relação entre peso e altura, como foi mostrado pela Profa. Aline. Tecnicamente há um problema que já percebi, mas para o qual ainda não tenho a solução. Os índices de peso em relação à altura ficam um pouco corrompidos no idoso, porque ele perde uns 2cm de estatura. Como o idoso tem a mesma massa, mas o corpo já se curva um pouco, temos a impressão de que ele tem um excesso de peso em relação à sua altura. Portanto, esses índices podem não ser verdadeiros.

A evolução do peso corporal durante a vida. Este é um levantamento feito na população de Santos. É uma amostra estratificada de acordo com as faixas etárias. A linha roxa é o percentual de pessoas com o peso normal; a linha amarela é o sobrepeso, e a linha azul é a obesidade. A incidência de pessoas com peso normal vai diminuindo, e a incidência de pessoas com sobrepeso vai aumentando. A estabilização acontece mais ou menos na faixa de 40 a 49. O problema da obesidade no idoso não se estabelece na terceira idade; o sobrepeso começa antes da terceira idade. A prevenção não deve ser feita aos 60 anos: ela tem que ser trabalhada dos 20 aos 50 anos. Como disse a Profa. Aline, a obesidade tem que ser atacada na infância. Não há crescimento da obesidade na terceira idade.

Se for necessário montar programas de atividade física e de nutrição para trabalhar com o idoso, será interessante conhecer quem é o idoso. Estes dados são do IBGE e estão no "site". Mostram que somos 14 milhões e estamos aumentando. Os dados em laranja são de 1991, e os verdes, de 2000. O número de idosos tem aumentado na proporção de 8,6% da população. Temos ali alguns dados mundiais mostrando que o Brasil está na média. Nos países mais desenvolvidos, a proporção de idosos é maior. Existem países pobres que estão entre os melhores, como o Uruguai, em que a proporção é de 17%. O Brasil está na média, mas é possível que, em países mais pobres, a qualidade de vida seja melhor. Estamos atrás da Argentina e do Uruguai. A Itália tem a proporção mais alta, ou seja, 23%.

A proporção de Belo Horizonte é 9,1%. O nosso Estado, com 8,6%, também está na média brasileira, não é melhor nem pior. Minas Gerais tem o perfil próximo da média brasileira.

Como o resto da população, os idosos estão migrando para as grandes cidades. Já têm maioria urbana, com 81,4%. A tendência é aumentar.

Ao contrário do que muitos pensam, a maioria dos idosos é responsável por seus domicílios. Por isso não pode haver um tratamento tão paternalista, aquele do vovozinho, porque 62% dos idosos são responsáveis por seus domicílios. Está crescendo o número de idosos que moram sozinhos, não moram com parentes, o que tem aumentado a independência do idoso.

Um problema que dificulta a implantação de programas é o nível muito baixo de instrução, ou seja, 45% não tem instrução ou têm menos de um ano de instrução. Outro problema é a baixa renda. A maioria dos idosos tem rendimento de até um salário mínimo.

Esses são os dados dos idosos: trata-se de uma população crescente; as mulheres são a maioria; eles têm baixa renda e pouca instrução.

Fizemos um teste com vários idosos, com o objetivo de verificarmos o desempenho na realização de atividades. O resultado mostrou grande correlação com o índice de massa corporal - IMC. Além de todos os prejuízos da obesidade, o excesso de peso dificulta a mobilidade, a independência do idoso. É importante que se corrija o peso corporal, a fim de aumentar essa autonomia.

Fizemos uma pesquisa com pessoas que fazem atividades físicas. Se forem recomendadas por médico, a adesão das pessoas será muito maior. A importância do médico é grande. A presença do Estado é fundamental: as pessoas mais pobres não fazem atividade física porque não têm local nem orientação. O nutricionista tem grande importância. Somente com atividade física isolada, as pessoas permanecem com peso alto. É necessário que haja acompanhamento nutricional.

A nossa atuação se dá em dois níveis. Devemos separar epidemiologia de medicina. Em epidemiologia, são grandes ações com pequenos ganhos individuais, mas que têm um grande reflexo no sistema e na população. Na medicina - atenção primária e secundária -, verificamos grandes ganhos individuais.

Concordo com as palavras da Profa. Aline. O PSF funciona muito bem e poderia ser a porta de entrada para trabalharmos essa questão. Esse sistema, no entanto, não possui nutricionistas nem profissionais de educação física. O fundamental é introduzir-se, progressivamente, nos PSFs e na atenção primária do SUS nutricionistas e profissionais de educação física, profissões do futuro, responsáveis pelo controle das doenças crônico-degenerativas, entre elas a obesidade. Muito obrigado.

- No decorrer do pronunciamento, procede-se à apresentação de "slides".

#### Palavras do Sr. Marcos Reis

Bom dia a todos. Quero agradecer ao Deputado Mauri Torres o convite para participarmos deste evento. Falaremos sobre a obesidade mórbida, que hoje é uma doença de tratamento cirúrgico para a maioria dos pacientes, conforme vamos verificar. A obesidade é um problema grave de saúde pública, assim como a obesidade mórbida, e não está tendo a devida importância ou recebendo o tratamento adequado por parte do serviço público de saúde.

Lembro que vamos tratar da obesidade mórbida, não da obesidade em geral. O que é obesidade mórbida? É um excesso de peso corporal. Normalmente é acumulado sob a forma de gordura, que leva a um risco aumentado de doenças e à mortalidade.

O IMC é uma das maneiras mais utilizadas para definirmos o grau da obesidade. Tomamos o peso do paciente e o dividimos pela sua altura ao quadrado, estando o peso em quilos e a altura em metros. Encaixamos o valor obtido nesta tabela. O IMC normal está entre 18,5 e 25; o sobrepeso, de 25 a 30; a obesidade no grau 1, entre 30 e 35; no grau 2, entre 35 e 40. A partir do grau 3 é considerado obesidade mórbida, com o índice de massa acima de 40; no grau 4, acima de 50. A obesidade mórbida é caracterizada do grau 3 para cima na tabela. Mas esse termo está caindo em desuso. Temos usado a expressão "obesidade grave" para a obesidade no grau 2 até o grau 4.

Observamos que o risco de doenças associadas e de co-morbidades aumenta à medida que o paciente vai tendo aumento no seu peso.

Outros participantes falaram sobre a obesidade no mundo. No Brasil, segundo pesquisa de 2003, do IBGE, a estimativa é de 38 milhões de brasileiros adultos acima do peso. Deste total, 10 milhões de obesos. Destes obesos, em torno de 2% têm obesidade mórbida. Dividindo entre os sexos, 13,9% das mulheres adultas são obesas, hoje, no Brasil, e em torno de 9% dos homens adultos. Isso tem aumentado à taxa de quase 0,4% ao ano. Podemos comparar com os Estados Unidos, que são o país onde a obesidade é o problema mais grave. Verificamos que 20% da população americana é obesa, 3% é obesa mórbida, e o crescimento varia de 0,5% a 1% ao ano. À medida que a cultura da nossa sociedade vai-se aproximando da americana, a tendência é atingirmos essa situação, se nada for feito em termos de prevenção. Mencionei a Arábia Saudita, aqui, porque é uma cultura completamente diferente, e lá também a obesidade atinge 3% dos homens e 20% das mulheres. Então, é um problema que alcança todo o mundo, atualmente.

São inúmeras as doenças associadas. Conhecemos mais a pressão alta, o diabetes, as doenças articulares, a artrite, a asma e a apnéia do sono. Tudo isso atingirá o paciente obeso mórbido numa incidência alta. De acordo com algumas estatísticas, 60% dos pacientes terão pressão alta. Tudo isso culminará em obesidade mórbida, e a probabilidade de o paciente falecer na terceira ou quarta década será de 10 a 12 vezes maior que a da população que está com o peso normal, reduzindo assim a expectativa de vida em 10% a 20%. Segundo estatísticas americanas, se o paciente obeso mórbido chegar à idade adulta, viverá em torno de 10 anos a menos.

Outra estatística interessante realizada pela Roche, nos Estados Unidos, refere-se a mortes que poderiam ser evitadas. O problema que mais leva à morte e que poderia ser evitado nos Estados Unidos é o fumo: são 400 mil mortes. O 2º lugar fica com a obesidade e com as doenças. Nos Estados Unidos, morrem por ano 300 mil pacientes em virtude da obesidade ou pelas suas complicações. É muito mais que pelo álcool, pelos traumatismos, por arma de fogo e pelos acidentes de carro. Os Estados Unidos se preocupam com esse problema porque, realmente, é uma situação que leva a gastos e a perdas grandes no sistema.

O tratamento clínico da obesidade mórbida é importante, mas não obteremos grandes sucesso com ele. Este aqui foi o maior estudo feito com pacientes obesos, na Suécia, desde 1987. Dos 4 mil pacientes, quase metade foi operada, e a outra metade, tratada clinicamente com todos os recursos que a Suécia tem. Os pacientes foram reavaliados 13 anos depois, e constatou-se que, em relação à pressão alta, não houve muita diferença. Oito anos depois, os hipertensos que foram operados permaneceram hipertensos na mesma proporção do grupo que não foi operado. Já no caso dos diabéticos, com dois anos, a incidência era 32 vezes menor, e os pacientes operados deixaram de ser diabéticos. Com oito anos, a incidência ainda era cinco vezes menor. Ou seja, houve um resultado importante na redução do diabetes. Em relação à perda de peso, os que foram operados perderam uma média de 28kg em dois anos e, em oito anos, 20kg. Os que não foram operados, em dois anos, perderam meio quilo e, em oito anos, tiveram um ganho médio de 700g. Então, não houve resultado em termos de peso com tratamento clínico em pacientes obesos mórbidos.

Na avaliação da função cardíaca do paciente, quanto a colesterol e triglicérides, também houve melhora depois da cirurgia.

Revido os melhores trabalhos da literatura médica, na maioria americanos e europeus, percebemos que o sucesso do tratamento clínico da obesidade mórbida é entre 6% e 10%. Então, nos grandes centros do mundo, não conseguiremos trazer um paciente obeso mórbido à condição normal e manter isso na grande maioria dos pacientes. Hoje, o tratamento tem de ser baseado na prevenção, porque, quando se chega a uma situação como esta aqui, que é de obesidade grave, esse paciente não conseguirá reduzir o peso para a normalidade e mantê-lo se não for por meio de cirurgia. Hoje, o tratamento cirúrgico é a melhor opção para os pacientes obesos mórbidos, porque ele consegue reduzir o peso e mantê-lo em longo prazo, evidentemente, se for acompanhado adequadamente. As indicações para a cirurgia são basicamente estas: o paciente tem de ter obesidade estável há pelo menos dois anos e um IMC entre 35 e 40kg/m<sup>2</sup>, além de pressão alta, diabetes, doenças articulares e outras doenças relacionadas à obesidade. Tem, ainda, que ter tentado emagrecer por meio de regimes, dietas com orientação médica, sem sucesso - geralmente, quando nos procuram, a maioria desses pacientes já tentaram por muito mais de dois anos -, e, claro, não pode ter doenças psiquiátricas, e a avaliação pré-operatória tem de ser satisfatória.

Desde 2001, o SUS aprovou e protocolou o tratamento da obesidade mórbida dentro de seu arsenal terapêutico. Então, é possível tratar pacientes obesos mórbidos por meio do SUS. Mas o porquê de isso não funcionar, nós vamos ver depois.

Rapidamente, vamos mostrar o que é feito na cirurgia. O pré-operatório para esse paciente é extremamente demorado. Em média, é preciso de dois a três dias para prepará-lo para a cirurgia, no sistema privado. Esse paciente terá de ser examinado não só pelo cirurgião, mas também pelo clínico, pelo cardiologista, pela equipe de nutrição, pelo psicólogo ou pelo psiquiatra, pelo pneumologista e pelo endocrinologista, na maioria dos casos. Então, para que seja definido o diagnóstico de obesidade mórbida, com indicação de cirurgia, esse paciente deve passar pelo crivo de todos esses especialistas.

Os exames pré-operatórios também são extensos. Vou citá-los apenas para que os senhores tenham uma idéia do porte da operação: endoscopia, ultra-som, radiografia, espirometria, além de vários exames de sangue, exames de fezes e urina e eletro. Isso para pacientes que não possuem doenças associadas graves. Caso contrário, será preciso estender essa propedêutica para que o tratamento seja feito de maneira adequada.

A cirurgia mais realizada no mundo inteiro é a chamada gastroplastia de Fobi-Capella, que começou a ser desenvolvida na década de 60, nos Estados Unidos. Entre todos os procedimentos existentes no mundo para tratar a obesidade mórbida, essa cirurgia corresponde a 70%, 80%. Isso porque o controle pós-operatório dessa operação é o mais tranquilo de todos, embora haja necessidade de um acompanhamento próximo do paciente. Mas, entre as operações de obesidade, essa é a que possui um controle mais fácil. Além disso, ela permite que o paciente não só perca peso, mas também o mantenha, por meio da redução de seu estômago. Nesse caso, o paciente terá uma saciedade precoce. Haverá ainda uma diminuição na absorção de alimentos, já que um segmento do intestino será desviado. Esse procedimento é feito colocando-se um anel no estômago para forçar o paciente a ter uma mastigação melhor. Também existem os efeitos hormonais que diminuem o apetite do paciente.

Este quadro faz uma representação do estômago, do esôfago e do intestino. O intestino é grampeado na parte de baixo. O estômago também é grampeado. Então o estômago do paciente, em que cabem cerca de 2 a 3 litros, fica separado, sem ser retirado. O novo estômago será essa bolsinha de 40ml, 50ml. É colocado um anel na bolsinha, e o intestino é saturado desta forma. Ao final, a conformação será esta. O alimento desce pelo esôfago, cai nesta bolsinha e vai para o intestino. A digestão vai começar apenas nessa parte. Então, além de caber pouco alimento, toda esta parte do intestino, que vai variar de 1m até 2,5m, não vai ter absorção. A absorção vai começar apenas na parte que junta, recebendo o suco gástrico do estômago. Basicamente, a cirurgia é essa.

Trata-se de uma cirurgia extremamente trabalhosa e de grande porte, obviamente, podendo apresentar complicações, porque todo procedimento em medicina pode ter complicações. Daí a necessidade de o paciente ser bem preparado e acompanhado no pós-operatório.

Embolia pulmonar, fístula - vazamento nas áreas em que fazemos as suturas -, infecção de ferida, obstrução, hérnia e uma taxa de óbito de 0,5% a 1%, o que é muito alto na área médica. Esses são os exemplos das complicações existentes nesse tipo de cirurgia. Para os senhores terem uma idéia, em uma cirurgia de vesícula, a mortalidade é de 1% para cada 10 mil pacientes.

O resultado da cirurgia de Capella é a perda de peso em torno de 40%, sendo que 10% ocorrem no primeiro mês. Se bem acompanhados, 3% dos pacientes vão sofrer falha da operação, ou seja, vão perder menos que 15% do peso. Após 24 meses, há um pequeno ganho de 2% a 5%, porque o organismo vai-se adaptar, e a tendência será ele se estabilizar.

Vamos voltar aos trabalhos da literatura, tendo em vista os resultados da cirurgia. Este quadro mostra um trabalho publicado em uma revista médica importante. São 275 pacientes operados. É interessante que esses pacientes tinham 1.800 doenças associadas. Em cada paciente havia uma média de sete doenças causadas pela obesidade. O paciente obeso não costuma ter só uma doença, mas várias, como diabetes, pressão alta, dor articular, e dorme mal à noite. É um rol de doenças que não serão resolvidas se não for tratada a obesidade. Em 31 meses, ou seja, três anos depois, grande parte dos pacientes já não apresentavam mais essas doenças.

Outro dado interessante é que avaliaram o quanto 22 pacientes operados nos Estados Unidos - Arizona - gastavam com o sistema de saúde - no caso, privado - antes da cirurgia e quanto gastaram no primeiro e no segundo ano após a cirurgia. Descobriram que cada paciente economizou por ano uma média de US\$1.300,00 depois da operação, porque usavam menos o serviço de saúde, por terem menos problemas relacionados com a obesidade.

Hoje em dia, para o paciente obeso mórbido, desde que ele se encaixe nas indicações, o melhor é o tratamento cirúrgico. Difícilmente conseguiremos que um paciente obeso mórbido, com o qual falhamos na prevenção, fique nas mesmas condições da população com peso normal. Claro que a cirurgia não é estética, trabalhamos com obesidade, recebemos pacientes toda semana querendo fazer a cirurgia sem indicação, porque têm conceito errado. Isso não deve ser estimulado; a cirurgia não é estética, a obesidade mórbida é uma doença que tem de ser tratada.

É necessário fazer um pré-operatório adequado. É um procedimento complexo. Todo serviço que trata de obesidade, de cirurgia bariátrica, tem

de ter equipe preparada e treinada. O hospital tem de dar suporte, pois o paciente precisa de acompanhamentos pré-operatório e pós-operatório bem-feitos.

É necessário mudar a alimentação e os hábitos no pós-operatório. O paciente tem de saber disso no pré-operatório, por isso o psicólogo é importante para nos ajudar, porque senão o paciente ficará o tempo todo brigando com a cirurgia, e os resultados serão indesejáveis. Outra coisa importante, que temos de deixar claro, é que hoje o SUS é absolutamente ineficiente para tratar desses pacientes.

A ONG Nova Vida foi fundada por um paciente que pesava 300kg, foi operado, e hoje pesa 100kg. Ele está tentando ajudar os que dificilmente conseguirão a operação pelo SUS. A ONG Nova Vida mostra que há aproximadamente 2 milhões de pacientes, no Brasil, aguardando a indicação da cirurgia para tratar a obesidade. Desses pacientes, 80% dependem do SUS e 20%, apenas, dos planos de saúde privados. O Ministério da Saúde, em sua página na internet, traz que foram realizadas quase 2 mil cirurgias em 2003, 2.014 em 2004 e, até abril de 2005, quase mil cirurgias. Então, estão fazendo em torno de 2 mil cirurgias por ano. Se os cálculos dessa ONG estiverem errados em 100%, e forem operadas 1 milhão de pessoas, em 500 anos o problema seria resolvido e não haveria mais ninguém na fila. O problema não está sendo resolvido.

Na prática, observamos por que isso não funciona. Um dos motivos é a remuneração do SUS. Esta tabela é a de remuneração do SUS para a gastroplastia. Só para vocês terem uma idéia, o SUS remunera ao hospital R\$1.000,00, e todos os médicos envolvidos no processo - cirurgiões, auxiliares, anestesista, intensivista, clínico, cardiologista e outros - dividirão R\$322,00. Trabalho em um hospital que atende 90% pelo SUS, já tentei implantar o protocolo, mas é inviável economicamente para o hospital assumir esse ônus. Com certeza, essa é uma das causas de esse problema não ter solução.

Outra coisa interessante da tabela do SUS é que na iniciativa privada usamos um grameador e duas cargas para fazer a cirurgia; o SUS paga o grameador e quatro cargas. O SUS paga para as empresas que fornecem o grameador mais do que paga para todos os médicos envolvidos e o hospital juntos.

Hoje, a página do Ministério da Saúde traz que a cirurgia de obesidade tem de ser garantida aos portadores de obesidade mórbida, de maneira igual entre os usuários. Tudo está escrito de forma muito bonita, traz que há atenção básica aos pacientes obesos e que deve ser ofertada a cirurgia ao paciente de obesidade mórbida, mas, na verdade, isso não acontece. Os pacientes continuam na fila. Em Belo Horizonte, o paciente espera em torno de sete anos na fila. O que sentimos é pena dos pacientes que chegam no ambulatório querendo ser operados, sabendo que entrarão em uma fila, não conseguirão ser operados e ficarão à mercê das complicações da obesidade, sem conseguir sair dessa situação e ir para uma situação ideal, que é o nosso interesse. Muito obrigado.

- No decorrer do pronunciamento, procede-se à apresentação de "slides".

#### Palavras da Secretária Maria do Carmo

Bom-dia a todos. Inicialmente parabeno o Deputado Adelmo Carneiro Leão, sempre preocupado com as questões da saúde, pela organização deste evento que creio ser pioneiro no Legislativo mineiro. Não tenho conhecimento de nenhum outro que tenha sido promovido pelos Legislativos municipais ou de a própria Assembléia ter tido iniciativa anterior como esta e com um enfoque muito interessante, não apenas no fim de linha - Dr. Marcos falou muito bem sobre a complexidade do obeso mórbido e a solução apontada -, mas na interdisciplinaridade e na inevitabilidade, necessárias e muito ressaltadas neste evento.

Conforme foi dito, a obesidade tem uma grande influência na duração e na qualidade de vida em razão dos fatores de risco que apresenta. Hoje há uma grande pressão da sociedade não só pela questão da saúde, mas também pelo padrão estético de beleza, que não é mais o da mulher renascentista, e sim o das "Giseles". Portanto, a demanda recebida pelo sistema, no que tange à questão da obesidade, chegando à cirurgia, transcende as questões de saúde.

Quanto à política desenhada pelo Ministério da Saúde, Belo Horizonte organiza-se para implementar seus preceitos, fundamentados na visão da integralidade, desde a promoção, com o incentivo e apoio aos hábitos saudáveis de vida, como a prática de atividade física, a prevenção e o controle do tabagismo, a alimentação saudável, até a busca de uma solução adequada para a questão da cirurgia.

Nosso desafio maior, na questão da inevitabilidade, depende de políticas intersetoriais na regulamentação do mercado de alimentos e de ações intersetoriais nos âmbitos federal, estadual e municipal, envolvendo as atividades da assistência social, do esporte, da política nutricional e de saúde.

Os serviços de saúde colocaram na sua agenda a questão da obesidade muito recentemente. Quem trabalha na área da saúde há mais tempo, como nós, deve-se lembrar de que, na última década, nosso enfoque maior voltava-se para a questão da desnutrição. Não havia um olhar direcionado para a questão do sobrepeso e da obesidade. Esse é um item novo na nossa agenda, e as políticas públicas estavam "dormentes", entre aspas, para a questão. Hoje vemos as conseqüências, por meio dos números apresentados pelo Dr. Marcos, notando que não atentamos para a questão da inevitabilidade e da prevenção. Temos, portanto, o desafio de não só atuar na prevenção como também corrigir o problema já instalado, que é o do obeso e do obeso mórbido. É uma política que exige muito investimento para conseguirmos dar atenção integral ao problema. Isso porque, desde a atenção primária até o hospital, há necessidade de uma rede potente e competente. Precisamos de equipes na atenção básica, de serviços de atenção secundária para avaliação e acompanhamento da obesidade instalada, avaliação de indicação de cirurgia; e necessitamos de hospitais com equipamentos de alta complexidade, com grande especificidade, desde o material médico-hospitalar até a tecnologia do conhecimento das diversas disciplinas que envolvem a abordagem e o tratamento dos casos, chegando às ações de reabilitação.

O Ministério da Saúde editou recentemente um caderno de atenção básica, por meio do Departamento de Atenção Básica, cujo título é "Obesidade", relatando as atribuições do sistema desde a promoção de políticas até o tratamento da obesidade.

Nessas ações interdisciplinares da prevenção, dentro do estímulo aos hábitos saudáveis, citamos o incentivo, por meio de ações individuais e coletivas, à prática de esportes e à alimentação saudável, com toda complexidade colocada pela Profa. Aline, como fatores econômicos e culturais. Com isso, estabelecem-se as atribuições da equipe da atenção básica, de acordo com a política desenhada e com a participação, também, do profissional de nutrição.

Para a atenção secundária, o Estado reservou, nas ações coletivas, o incentivo aos grupos operativos, não só o grupo dos obesos, mas os específicos de diabéticos, de hipertensos e os de terceira idade, para que possam alcançar a autonomia, a sensibilidade, o autocuidado. Trata-se somente de transferência de conceitos e palavras, mas com uma tecnologia que coloca nessas pessoas, com problemas já instalados ou com potencial de risco, a idéia da auto-estima, da auto-realização. Essa atenção secundária estaria então preconizada, além da ação interdisciplinar das diversas categorias.

O tratamento farmacológico, o tratamento em nível de especialidades das comunidades e a avaliação dos protocolos do tratamento cirúrgico são outro ponto do tratamento da atenção secundária.

Dentro, ainda, da atenção secundária, há ações de promoção possíveis de serem feitas. Em Belo Horizonte temos uma experiência muito positiva no PAM Padre Eustáquio.

Estaria reservado para o nível terciário o serviço de alta complexidade. Nos hospitais onde já é feito o tratamento de terceira linha há uma complexidade maior, conforme disse, em termos de conhecimento, envolvendo o concurso de outros especialistas, como o acompanhamento pré-operatório. Nas nossas discussões em Belo Horizonte, com os dois serviços credenciados - Santa Casa e Hospital das Clínicas da UFMG -, o maior desafio não são os equipamentos ou os leitos de CTI, mas a constituição de equipes em suficiência e conhecimento técnico para o pós-operatório. É um serviço em que a chegada é muito maior do que a saída, em virtude do longo tempo do acompanhamento pré-operatório. Desde que seguido de acordo com os protocolos preconizados, há ainda uma forte dependência desse usuário após a intervenção cirúrgica. Estou-me referindo ao acompanhamento psicológico, nutricional, de serviço social, médico e de diversas especialidades.

Falando mais de Belo Horizonte, temos 506 equipes de Saúde da Família, com atuação incipiente do profissional de nutrição. Temos poucos profissionais de nutrição em nossa rede, mas com eles estamos tentando trabalhar a capacitação das equipes de família, principalmente quanto à abordagem.

Nossos serviços de atenção secundária - os PAMs, as policlínicas - já se encontram num movimento de sensibilização para o problema porque, hoje, a visão do profissional de saúde não está direcionada especificamente para o tratamento da obesidade. Temos de sensibilizar esses profissionais de saúde, numa abordagem de grande número deles, quanto à percepção que têm, para que determinem se a pessoa está numa situação de risco ou já com o problema instalado.

Conforme disse, essa agenda é muita nova em nossos serviços. Está sendo construído, com toda a adequação da área física, com os equipamentos necessários, um centro de referência no antigo prédio do Cardiominas, que será o Centro Metropolitano de Especialidades Médicas, em nível secundário e já em preparação para o nível terciário. Esse centro de referência fará a abordagem e o tratamento do obeso.

Temos, conforme disse, os dois serviços. Quanto à publicação e, posteriormente, à revogação da portaria que estabelecia revisão de protocolos e da remuneração, valorizando mais os serviços profissionais, ou seja, a Autorização de Internação Hospitalar - AIH -, a abertura de possibilidade de credenciamento de novos serviços foi nociva para nosso trabalho em Belo Horizonte porque esses dois não têm capacidade para atender toda a nossa demanda.

Há uma fila, já conhecida, que é muito grande, e uma fila desconhecida, porque, a partir de determinado momento, começamos a não cadastrar novos usuários. Estamos retomando essa fila já existente para fazer uma triagem, dentro dos protocolos, de quem de fato tem indicação para cirurgia. Hoje a capacidade dos dois hospitais credenciados, conforme informado por eles, é de oito cirurgias por mês. Considerando o tamanho da fila, serão necessários muitos anos para tratarmos todos os pacientes que já têm indicação.

Além da constituição de um grupo interdisciplinar para trabalhar uma política de abordagem e tratamento do problema da obesidade em Belo Horizonte, enfrentamos também o aumento da capacidade do tratamento da terceira linha, que é a cirurgia. Em Belo Horizonte esse é um problema grave.

Belo Horizonte apresenta sucesso em diversas frentes na condução do sistema de saúde. Todavia, reconhecemos que o tratamento da obesidade é um dos nossos estrangulamentos. Estamos envidando esforços para dar conta desse desafio da nossa sociedade, dentro de toda a complexidade que o cerca.

Em linhas gerais, seria isso. Estamos à disposição para os debates.

Palavras do Sr. Henrique Leonardo Guerra

Em primeiro lugar, quero agradecer o convite e a oportunidade de participar deste debate. Parabéns a Assembléia pela iniciativa, que considero muito importante, porque essa questão, que não se restringe apenas ao serviço de saúde, é vital para toda a sociedade e está repercutindo no local mais adequado.

Vamos aproveitar nosso tempo e ver com que podemos, a partir da experiência da Unimed, contribuir para este debate, que é do nosso maior interesse. Não participamos dessa discussão como espectador distante, pois temos muito interesse nas soluções e nas propostas que podem sair daqui.

Em primeiro lugar, quero mostrar alguns dados da Unimed. Não faço isso por cabotínicidade, ou seja, para dizer que a Unimed é boa ou coisa assim. Esta é uma empresa cooperativa, que possui um plano de saúde, com 4.500 cooperados, 590 mil clientes, quase 1.200 colaboradores, mais de 290 prestadores e, atualmente, cerca de 2.020 empresas contratantes.

Apesar de estar reconhecidamente muito bem do ponto de vista de sua organização e do ponto de vista econômico, a empresa está muito preocupada com o que está acontecendo relativamente a custo da saúde e vê a obesidade como algo muito importante e que causa um impacto muito grande nos serviços médicos. Essa não é uma preocupação só do SUS ou do serviço público, mas de todos os que estão envolvidos com a prestação de assistência médica.

Se fizermos uma visita ao conhecidíssimo Google, na internet, e colocarmos uma pergunta, como fiz, relativa a custo de saúde e PIB dos países, encontraremos uma enormidade de páginas tratando desse assunto. O custo da saúde é um assunto que interessa a todos; mesmo o país mais rico do mundo está preocupado com ele.

Repassarei algumas informações, que certamente são conhecidas dos senhores, a respeito do custo de saúde de alguns países selecionados, os custos "per capita" por ano. Podemos ver que são crescentes ao longo do tempo. Por exemplo, os Estados Unidos, em 2003, gastavam quase US\$6.000,00 "per capita" ao ano, enquanto o Brasil estava perto dos 600. Mas achamos que não alcançaremos esse índice, porque ele não significa grande melhora da qualidade nem de acesso a serviço de saúde nos Estados Unidos, haja vista que, mesmo gastando mais de US\$7.000,00 "per capita" ao ano, ainda possui cerca de 30 milhões de pessoas sem assistência médica. Então, esse custo não significa qualidade, mas mostra como isso é importante em termos de valores.

Em termos percentuais, também há um crescimento em quase todos os países. O percentual do PIB aplicado em saúde, do custo de assistência médica, mostra que, nos Estados Unidos, já está-se aproximando de 16%. Então, a quantidade de recursos gastos é muito grande.

Alguns motivos que levam a esse aumento foram aqui hoje discutidos na exposição sobre envelhecimento. Por um lado, são o que chamam de transição epidemiológica ou transição demográfica, que é o envelhecimento da população, algo que só temos a comemorar, já que a população de idosos está aumentando porque estamos vivendo mais. E contra o envelhecimento só há uma alternativa que ninguém quer: morrer jovem. Todos queremos envelhecer. Mas isso causa impactos nos custos da saúde e no sistema previdenciário, que devem ser levados em conta.

As mudanças que ocorreram, do ponto de vista demográfico, referem-se, principalmente, ao aumento da expectativa de vida. E o que efetivamente mais contribuiu para o aumento da população de idosos não é o aumento da expectativa de vida, mas sim a redução da fecundidade. Na década de 60, a mulher brasileira tinha, em média, seis filhos. Esse número reduziu-se para 2,15, sendo que 2,1 é o limite para que a população total não comece a decrescer. Em várias áreas do País, aliás, já existe essa situação: a população, apenas vegetativamente, está decrescendo.

Por outro lado, a isso também corresponde uma mudança no perfil epidemiológico. Quais são as doenças mais importantes que causam morte e envelhecimento? Saímos de um período em que havia principalmente doenças infecciosas, doenças transmissíveis e passamos a conviver basicamente com - o que é da maior importância - doenças degenerativas, doenças não transmissíveis. Isso causa impacto importante também na possibilidade de intervenção.

Se já conseguimos grandes conquistas sanitárias na erradicação de doenças infecciosas, como varíola, sarampo, poliomielite, passamos a lidar com um tipo de patologia que, quanto melhor o sistema de saúde funcionar, mais aumentará a sua prevalência. Aparentemente, essa é uma consequência paradoxal, mas ocorre. À medida que melhoramos a capacidade de tratar o diabetes, a hipertensão e todas as doenças crônicas que hoje não têm perspectiva de cura, mas apenas de controle, fazemos com que as pessoas vivam mais tempo com boa qualidade de vida, mas necessitando permanentemente de atenção em saúde.

Então, nosso bom trabalho na área de saúde levará ao aumento do número de doentes e, portanto, da demanda, da pressão sobre o serviço. Isso não é algo que devemos reputar como ruim, é apenas uma consequência das melhorias gerais das condições de vida e da melhoria da nossa capacidade de assistência.

Quando falamos sobre a questão do envelhecimento, é comum compararmos a situação existente no passado e, logo a seguir, a situação que se espera ter no Brasil em 2020, com a mudança na distribuição da população. Você passa a ter uma redução das faixas etárias mais jovens, em termos proporcionais, e o aumento das faixas etárias mais velhas. Essa é uma população média, e as médias têm o condão de poderem não ser iguais a nenhum dado real, sendo só uma abstração. No caso da Unimed, a previsão média para o Brasil, em 2020, já ocorre em Belo Horizonte.

Se compararmos a pirâmide populacional de Belo Horizonte com a dos clientes da Unimed, veremos que o perfil é muito diferenciado, com a proporção de idosos muito maior, hoje em torno de 15%. Em outras épocas, esteve em quase 20%. A redução é porque pessoas mais jovens passaram a compor essa carteira.

Quando falo da preocupação com a distribuição suplementar, com a questão das doenças crônicas, é porque é um imperativo gerencial. Não é possível conseguir manter isso funcionando, se não houver uma mudança no modelo de atenção, para dar conta do tipo de doença e do custo que existe hoje.

Falamos de uma realidade geral; acontece no mundo inteiro. Na Unimed, hoje, 10% dos clientes concentram 62% do custo. Esse dado acontece em todo o mundo. Normalmente, 10% a 20% da população concentram 60% a 80% dos custos de saúde. Temos de ter essa visão e temos de mudar nossas ações, para que consigamos atuar nesse grupo. Toda redução de custo que conseguirmos nesse grupo gerará recursos que serão aplicados nos outros grupos. Uma concentração dessa, seja no SUS, seja em um plano privado de saúde, exige que tenhamos uma forma de intervenção mais adequada, porque, se continuarmos gastando 60% do recurso aqui, é óbvio que outras ações estarão prejudicadas, inclusive as ações de prevenção e de promoção.

Quando falamos sobre obesidade mórbida, surge a questão da cirurgia. Hoje, não há dúvida de que é o tratamento que existe, que é o mais adequado à obesidade mórbida. Atualmente, na Unimed, ocorrem em torno de 750 cirurgias bariátricas por ano, uma média de 60 por mês, mais uma demonstração da profunda desigualdade existente em nossa população. Enquanto a Unimed cuida de aproximadamente 30% da população, os outros 70% têm um acesso muito menor a um tratamento que é sabidamente eficaz e adequado. Mas, do ponto de vista de nossa preocupação com obesidade, temos a certeza de que estamos olhando só para a ponta do "iceberg". Estamos falando daquele paciente que já chegou nesse ponto, daquela pessoa que já está no quadro de obesidade mórbida, cuja solução, tecnicamente, está definida que é a cirurgia. Sabemos que, à medida que a cirurgia se torna mais freqüente, tornar-se-á cada vez mais rápida, com menos complicações, mais eficiente, mais segura e com menor custo. Mas, nesse caso, estamos falando da pontinha do "iceberg", do problema que está instalado, que chegou em seu ponto mais crítico, mais grave, e que precisa de uma solução. E essa solução tem de ser dada. Não podemos parar nisso. O que nos preocupa é a compreensão disso. Estamos atuando aqui.

O modelo assistencial tradicional que a maioria das operadoras de plano de saúde tem, como também a maioria dos serviços de saúde pública, é baseado em consultas, exames, internações e cirurgias, sempre pegando o lado curativo. Isso é importante, e não há como não encarar o problema, mas não podemos ficar apenas olhando para ele, porque, no caso da Unimed, queremos que ela continue existindo daqui a 30 ou 40 anos. Para isso, temos que pensar na sua sustentabilidade, temos que ver o que fazer hoje para que isso aconteça amanhã.

Vamos ver a parte do "iceberg" que não aparece. Se pegarmos aquelas informações da POF 2003 que nos foram passadas de prevalência da obesidade no Brasil, e se eu aplicar essas prevalências na população de que a Unimed cuida, veremos que há uma prevalência de 16,7% de sobrepeso na faixa etária de 10 a 19 anos. Isso significa, para a Unimed, 10.871 crianças e adolescentes. Como esses casos não viraram ainda um caso de internação, um caso cirúrgico, não são reconhecidos, e não há uma ação específica para eles.

Os casos de obesidade também nessa população de crianças e adolescentes são de 2,3%, significando 1.532 crianças e adolescentes em Belo Horizonte no patamar de obesidade, mas que ainda não manifestaram diabetes, doença articular, hipertensão. Esses casos também correm o risco de não serem abordados adequadamente.

Se passarmos para a população acima de 20 anos, são 130 mil pessoas com sobrepeso e 48.600 obesos. Isso é um quarto da população de Belo Horizonte. Essas pessoas precisam receber assistência.

Na saúde suplementar, temos uma abordagem que ainda não é a mais adequada para esse tipo de situação de saúde. Cultuamos uma prática que incentiva a ação curativa, que incentiva o uso da alta tecnologia, mas sabemos que nesse caminho não conseguimos ter sustentabilidade. Estamos nos esforçando para modificar esse modelo de assistência e para dar uma abordagem adequada do ponto de vista coletivo da prevenção e da promoção. Caso contrário, iremos passar os próximos anos fazendo, cada vez mais, cirurgias de obesidade mórbida. Achemos que esse não é o caminho adequado para abordar esse problema.

Estamos trabalhando na construção de um novo modelo que pare de atender apenas à demanda espontânea e comece a ter uma posição mais

ativa de encontrar esses casos precocemente, de fazer uma ação preventiva. Isso não é simples. Pode parecer óbvio, mas é uma questão extremamente complexa. Precisamos abordar esse tema, para solucionar o problema adequadamente.

É um alento vermos a Assembléia Legislativa preocupada com isso. Recentemente, o Congresso brasileiro ratificou a convenção contra o tabagismo. Em termos de saúde pública e prevenção, foi uma das coisas mais importantes que aconteceram, mas não foi uma coisa que mobilizou as pessoas. Não vi o sistema Unimed apoiando, não vi o sistema de saúde dos Municípios apoiando, porque ela mexia na base, numa das causas mais importantes que irá impactar todo o serviço de saúde. Esse é o caminho.

Concluindo, quero lembrar que quando estamos falando de obesidade estamos falando de um conjunto de patologias e situações que são responsáveis pela maioria das doenças crônicas degenerativas que mais trazem custo social, sofrimento pessoal e custo para o serviço de saúde, que será fortemente impactado se não conseguirmos trabalhar a atividade física e a alimentação adequada.

Esses são os caminhos que a Unimed tenta trilhar. Estamos nos organizando para sair dessa direção que incentiva o uso do serviço e da tecnologia para a preservação da saúde.

Temos como uma das nossas atenções este pensamento do Goethe: "Saber não é o bastante, é preciso aplicar. Disposição não é o bastante, é preciso fazer". Apesar de constatar todos os dias o que é óbvio, é necessária uma ação concreta. Tentamos criar essas ações no serviço de saúde suplementar, mas somente obteremos sucesso se trabalharmos em conjunto com todos os interessados. Não se mudam hábitos tão arraigados em uma sociedade, em uma pequena parte dessa população. Essa ação terá de visar toda a comunidade. O nosso objetivo é ser mais um participante dessa atividade. Muito obrigado.

#### Esclarecimentos sobre os Debates

O Sr. Presidente - Neste instante daremos início à fase dos debates. Informo ao Plenário que os participantes poderão formular perguntas aos expositores. As questões poderão ser encaminhadas por escrito ou oralmente, mediante inscrição prévia. A fim de agilizarmos o debate, solicitamos aos participantes que fizerem uso do microfone que se identifiquem, sejam objetivos e sucintos, dispensada a formalidade das saudações pessoais. Cada participante disporá de até 3 minutos para a sua intervenção, sendo garantido o mesmo tempo para as respostas.

#### Debates

O Sr. Presidente - A primeira inscrita é a Sra. Luciana Neri, da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, que formulará a sua pergunta oralmente.

A Sra. Luciana Neri - A minha pergunta é dirigida ao Dr. Marcos. A nossa discussão foi muito interessante. O senhor tocou em um assunto muito discutido, apesar de não ser tão novo, mas fiquei um pouco preocupada com o que disse. O senhor citou o número de cirurgias realizadas, apresentou algumas fotos e expôs um tempo muito reduzido para a preparação desses pacientes para a cirurgia, ou seja, três a quatro meses. Os protocolos, tanto internacional quanto nacional, prevêem um tempo muito maior e a necessidade de uma equipe multiprofissional e do nutricionista, que não foi citado pelo senhor.

Nesses dois hospitais há algum nutricionista para acompanhar esse processo, e é desenvolvido um trabalho prévio para preparar o paciente para um novo volume de dieta, já que a capacidade gástrica de um obeso mórbido é muito grande e a alteração na quantidade de alimentos é extrema? Acredito que a presença do profissional voltado para a alimentação e a do psicólogo seja necessária. Como é a realidade da equipe em que trabalha?

O Sr. Marcos Reis - Você mencionou o tempo de preparação, mas levamos em conta também a tentativa de emagrecer por métodos prévios não cirúrgicos. Todos os nossos pacientes apresentam uma história de anos de tentativa de emagrecimento. Praticamente, essas histórias são as mesmas.

Antes da cirurgia, é feito o preparo, que dura em média três meses. Há pacientes que necessitam de mais tempo, como há outros que necessitam de menos.

A nutrição é importante, e, no "slide", constava uma equipe de nutrição, que trabalha no pré-operatório e no pós-operatório. No Life Center e no Hospital da Baleia, trabalho com a mesma nutricionista, a Karine, que procede à avaliação preparatória e que, depois da cirurgia, acompanha o paciente. Muitas vezes, no pós-operatório, o paciente se recusa a passar por esse processo, porque o plano de saúde e o SUS não pagam pelo trabalho da nutricionista. Apesar disso, insistimos em que se submeta a esse acompanhamento. Passados uns três meses, o próprio paciente percebe essa necessidade. Às vezes, passados uns 12 meses, o paciente emagrece muito depressa e necessita de uma estabilização. A presença do nutricionista é essencial para a modulação do emagrecimento.

Não queremos que emagreça depressa nem que não emagreça. Há pacientes que, mesmo com toda a orientação, entram com uma dieta equivocada. O nutricionista é essencial nesse processo.

O Sr. Presidente - Pergunta de Elaine Gradin, Secretária de Saúde de Cachoeira de Pajeú, para o Dr. Marcos Reis: "O que existe de verdade ou de mito em relação às possíveis conseqüências da cirurgia bariátrica, como aumento do alcoolismo, fragilidade dentária, retorno da depressão e recuperação gradativa de peso?"

A essa pergunta, Dr. Marcos, acrescento a minha: "É possível prevenir a obesidade mórbida ou não?"

O Dr. Marcos Reis - As causas da obesidade mórbida são as mesmas da obesidade comum, só que incidem por mais tempo. As causas da obesidade, em geral, são hábitos de vida, tendência familiar, genética e doenças. Obviamente há prevenção. O obeso mórbido, em geral, é obeso desde a infância. A prevenção, portanto, tem de se iniciar na infância.

Os mitos sobre as conseqüências da cirurgia se devem à divulgação, na mídia, de casos isolados. O paciente precisa ser acompanhado. Se o paciente é mal preparado e mal acompanhado, podem acontecer vários problemas. Queda de dentes, por exemplo, é mais freqüente em outra técnica cirúrgica, menos realizada que a de Capella, que traz conseqüências mais difíceis de controlar.

Em geral, a pessoa que trata de obesidade é um paciente difícil. Depois que faz a cirurgia e começa a perder peso, costuma desaparecer do consultório. Temos de ter um profissional para ir atrás e chamá-lo. No nosso caso, quem faz isso é a psicóloga. Todo mês ela vê quem não está voltando, liga, procura, busca. Mesmo assim, perdemos pacientes, principalmente do interior. Esses, sim, ficam à mercê de complicações.

Preparando o paciente e fazendo um tratamento pós-operatório adequado, o índice de complicação é pequeno e tolerável, o que não justifica o paciente permanecer obeso.

O Sr. Presidente - Pergunta das nutricionistas Kaciara Nunes Almeida e Carolina Rossi para o Sr. Henrique Leonardo Guerra: "Sabe-se que hoje é importante prevenir o problema da obesidade, tratando a ponta do 'iceberg'. Por que, então, os convênios médicos não realizam credenciamento de nutricionistas e psicólogos, profissionais de saúde tão necessários à promoção da saúde e à prevenção de doenças?"

Por que a Unimed, assim como outros planos de saúde, não credencia nutricionistas e psicólogos, que são profissionais também relacionados à prevenção de doenças?

O Sr. Henrique Leonardo Guerra - A prevenção é muito importante. Hoje conhecemos fatores de risco significativos que deveriam orientar nossas ações. Numa família em que um dos pais é obeso, há 40% de chance de a criança ser obesa. Se os dois pais são obesos, a chance sobe para 80%. Tendo essa informação, não há como não partir daí para agir. Temos formas de identificar os pontos de alto risco.

Há vários estudos no mundo e no Brasil mostrando que crianças que nascem com peso acima de 3,3kg ou 3,5kg correm alto risco de se tornarem obesas na infância e na adolescência e assim permanecerem na vida adulta. Há, portanto, vários pontos de identificação precoce e possibilidades de ação.

Sobre a razão de os planos de saúde, como a Unimed, não credenciarem outros profissionais de saúde, há várias explicações, mas a mais básica é que toda a saúde suplementar trabalha a partir de um rol estabelecido pela ANS, que define as coberturas que o plano de saúde obrigatoriamente tem de dar. Quando se define essa cobertura, com os tratamentos, procedimentos e tudo o mais que envolve a assistência médica, define-se também o cálculo atuarial dos custos dessa assistência. Assim, à medida que a assistência oferecida se amplia, é preciso discutir o impacto que isso terá no cálculo atuarial e como se proverá o recurso para isso.

Obviamente, ninguém mais deixa de reconhecer a necessidade do trabalho multiprofissional, e a Unimed tem, sim, profissionais das áreas de nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, não credenciados, pois essa é uma cooperativa de médicos, mas trabalhando em seus serviços próprios, da mesma forma que há os hospitais concentrados. Temos equipes de monitoramento, com todos esses profissionais, que atendem pacientes crônicos, com assistência domiciliar - hoje, temos quase 3 mil pacientes nessa situação. Também a Unidade de Terapia de Cuidados Progressivos dos Neonatais do Hospital da Unimed conta com fonoaudiólogo, fisioterapeuta e nutricionista. Quer dizer, esses profissionais são, sim, contratados e participam das equipes, até porque não seria possível fazer essa abordagem sem eles. Além do mais, já que procuramos agora ampliar nossas ações nas áreas de prevenção e promoção, vamos precisar cada vez mais desses profissionais, e, no caso da Unimed, certamente isso não se dará por credenciamento, mas pela contratação desses profissionais para compor equipes específicas.

O Sr. Presidente - Obrigado. Há três perguntas dirigidas à Dra. Maria do Carmo. A primeira, da Kaciara Nunes Almeida, nutricionista de Ubá: "Uma vez que a demanda é grande, por que não ampliar a rede de hospitais credenciados pelo SUS para realizar a cirurgia? Hoje, há hospitais que já fazem a cirurgia, possuem estrutura física e equipe multidisciplinar necessárias, mas não são credenciados pelo SUS por não atenderem critérios estabelecidos, como ser hospital-escola. Não seria interessante aproveitar a estrutura que esses hospitais já possuem e realizar convênios com eles?"

A segunda, da Márcia Freitas, nutricionista: "Nas diversas apresentações de ontem e de hoje, os palestrantes atribuem o crescimento da obesidade à ausência de preocupação com esse problema na rede básica de saúde e de ações preventivas. Diante disso, é fundamental a inclusão do profissional habilitado tanto para a promoção da alimentação saudável como para o tratamento do sobrepeso e da obesidade, que é o nutricionista, no PSF e na rede básica de saúde. O Município de Belo Horizonte conta hoje sete universidades, aprovadas pelo MEC, formando nutricionistas, mas nossa rede básica de saúde só tem nove nutricionistas. Quanto tempo, quantos obesos e indivíduos com outros problemas nutricionais serão necessários para que o poder público tome essa decisão?"

A terceira, da Carolina Rossi: "Se o tratamento da obesidade está relacionado com a reeducação alimentar e a atividade física, por que o Estado não facilita à população o atendimento nutricional e a atividade física acompanhada por profissionais capacitados? Será que não estamos pagando pela inexistência de programas e atendimentos que buscam a prevenção?"

A Secretária Maria do Carmo - São perguntas muito pertinentes. A Kaciara fala sobre a ampliação da rede de hospitais. Podemos falar sobre a portaria: por força de critério populacional, ter de ser hospital universitário. A portaria de 2005 ampliava a possibilidade de mais credenciamentos. Em Belo Horizonte há dois hospitais interessados. Tenho informação de que o Presidente, abordando a questão em Minas Gerais, disse que reeditará essa portaria antes do final do mandato. Trabalhamos com a possibilidade da ampliação de serviços.

As portarias são feitas por nós. Nada impede sugerirmos a quem edita as portarias que abra mão do critério de ser hospital de ensino, desde que preencha as condições estruturais e de recursos humanos. Conhecedores que somos do problema e da demanda reprimida que existe, desde que haja disposição para o financiamento, a portaria é mutável a qualquer momento.

A Márcia Freitas fala sobre a obesidade e a ausência da preocupação da rede básica com as ações preventivas e com a incorporação de profissionais. Na minha fala, disse que a sociedade e as políticas públicas dormiram por muito tempo no que se refere à obesidade, e acordamos agora com o problema já instalado. Há diversos interesses, inclusive os de mercado, que agravam o problema. As políticas públicas buscam adaptar-se às diversas demandas existentes nos diversos campos. O pleito não só dos profissionais da nutrição, da educação física, mas também da fisioterapia, do serviço social, etc., é que as equipes de saúde da família sejam compostas praticamente pelas 11 profissões da área de saúde. Creio que essas equipes deveriam ser formadas não com um profissional por equipe, mas que tenham um formato razoável que as capacite a exercer alguma atividade direta e específica da categoria de nutrição e educação física. Teremos que caminhar nesse sentido.

Não serei hipócrita para dizer que Belo Horizonte incorporará esse profissional rapidamente, em razão da necessidade existente, mas o movimento é nesse sentido. No edital do próximo concurso estarão contemplados os profissionais já caracterizados como pertencentes à área da saúde. E quem é da área de educação física sabe que ainda não há regulamentação segura de que o profissional de educação física é profissional de saúde. Estamos trabalhando com um projeto incipiente, similar ao de Recife e de Aracaju, que são as academias da cidade. Além das iniciativas que existem nas outras secretarias, principalmente na Secretaria de Esportes, a área de saúde está trabalhando na potencialização e na criação de espaços públicos em que já existe a iniciativa da atividade física, legitimada pela população, como, por exemplo, as pistas de caminhada na cidade, com profissionais de educação física e de nutrição para orientar, esclarecer e sensibilizar a população para esses hábitos saudáveis de vida.

Estamos começando o primeiro projeto no Mariano de Abreu. Precisamos contratar um profissional de educação física e estamos enfrentando o dilema jurídico de saber se a saúde pode contratar um profissional de educação física.

A única norma ou documento existente é uma resolução do Conselho Nacional de Saúde dizendo que é um profissional da área da saúde. Procuramos no conselho de categorias e em outras fontes, mas nada encontramos. Constatamos essa questão burocrática.



A Carolina aborda atividades nutricionais e físicas. Em níveis federal, estadual e municipal existem diversas iniciativas, com o envolvimento de outras instituições além do setor público. Por exemplo, a Unimed oferece um programa de atividade física. O carro-chefe, numa ação mais coletiva, é a criação dessas academias da cidade. Pretendemos, em médio e longo prazos, construir 10 espaços com essa característica.

A Sra. Maria Luísa Mendonça Pereira Fernandes - Farei duas perguntas: a primeira é sobre a obesidade no idoso. A segunda diz respeito à cirurgia bariátrica. Sou funcionária da Secretaria de Saúde de Uberlândia e coordeno o programa de hipertensão e diabetes no Município. Fiquei preocupada com os dados relativos à obesidade no idoso, porque temos verificado um decréscimo de obesidade nessa faixa etária, como o Prof. Jorge disse. Será que isso se deve a uma mortalidade mais precoce desses pacientes, que não chegam à senilidade? O baixo peso nessa faixa etária talvez cause mais riscos que a própria obesidade. Sabemos que a osteoporose e as fraturas têm impacto social importante nessa faixa etária. Solicito que o Dr. Jorge responda a essa pergunta.

A segunda questão diz respeito à cirurgia bariátrica. A Universidade de Uberlândia não é credenciada para fazer esse serviço, mas faz cirurgias e tem uma fila imensa. O credenciamento está em processo. Particpei da criação da equipe. Não faço parte como endocrinologista, mas fico preocupada com o fato de alguns serviços de saúde não disporem de profissionais de nutrição. O nosso possui uma nutricionista.

Constatamos casos de desnutrição após a cirurgia. Talvez devêssemos definir critérios rígidos de indicação da cirurgia bariátrica. Além disso, precisamos solicitar avaliações psiquiátrica e psicológica. Outra iniciativa fundamental é a capacitação de equipes. Poderia ficar a cargo do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde a implementação de programas de capacitação dessas equipes. Eram essas as questões que gostaria de fazer.

O Sr. Elmir Santos - Bom dia. A minha pergunta, dirigida ao Dr. Henrique, diz respeito ao credenciamento de profissionais de nutrição nos planos de saúde. Esse problema vem-se arrastando há um bom tempo. Coordeno um projeto de obesidade infantil. O senhor mencionou custos repassados aos clientes. Como poderíamos tentar negociar isso a fim de que as pessoas - crianças e adultos - tenham acesso a esse tipo de serviço? Creio que poderia haver redução de custos não apenas para os usuários, mas também para o próprio plano de saúde. Obrigado.

O Sr. Wagner Alquimim Pinheiro - Bom dia a todos. Vou tentar formular meu raciocínio o mais rápido possível. Sou um dos participantes da organização do evento. Muitos de nós estamos aqui já querendo soluções para o problema da obesidade. Na verdade, o que vamos fazer é construir um modelo para tratar a questão. Falamos muito em prevenção, mas 40% da população já têm o problema de sobrepeso e obesidade. Há que se pensar seriamente no tratamento; de cada 10 habitantes, 4 apresentam o problema. Temos de trabalhar para preveni-lo.

Precisamos desmitificar algumas questões, e isso envolve os planos de saúde e o SUS em todos os sentidos. Só 5% das causas de obesidade têm origem médica, quer dizer, 95% não têm. Nessa lógica, de cada 100 pessoas, 5 teriam de ter acesso ao médico para tratamento direcionado. Na nossa cultura, por exemplo, quando pensamos em encaminhar alguém para tratar a obesidade, recomendamos um endocrinologista. Por quê? Não faz sentido. Desses 5%, em 80% dos casos, ou talvez mais, trata-se de uma simples disfunção tireoidiana. Qualquer médico recém-formado teria a obrigação de trazer esse conhecimento da faculdade.

Quando a questão chega aos planos de saúde, isso é um "monopólio", porque culturalmente a questão foi colocada assim, e o indivíduo acaba caindo no consultório do endocrinologista. Para marcar uma consulta com esse especialista demora um ou dois meses, é aquela dificuldade, em razão do excesso de demanda. No caso do SUS, nos postos de saúde, o médico tem muito trabalho para tratar o obeso. É um tratamento bastante diferente. Demanda tempo, boa-vontade, disponibilidade, tem de buscar o cliente, não permitir que ele fuja. E sabemos que o SUS não tem essa perspectiva.

Nessa ótica, queria abordar a questão da ausência do nutricionista dentro da rede pública, como já mencionado aqui, o que é um absurdo. Quando se fala de país, estamos falando de custo previdenciário. Quanto custam ao País aposentadorias e afastamentos de trabalho e, às pessoas, a perda da qualidade de vida? E não temos nutricionista ou psicólogo na rede pública.

Queria colocar essa temática para a Mesa, para ver como pode ser tratada. Como os planos de saúde enfrentarão o problema? Temos de desmitificar essas questões. Ouvi aqui ontem, não sei se por alguma infelicidade, um renomado professor de educação física dizer que não se engorda comendo psicologia, mas pela boca. Ele tem a noção de que comer é um ato mecânico, quando sabemos que não é. Comer envolve sentimentos, emoções e várias outras coisas. Queria saber, em relação ao SUS, o que realmente poderemos fazer para destravar o processo.

Quando a senhora fala que há um dilema legal em saber se a educação física faz parte da área de saúde, significa que a nossa legislação está toda errada. Isso tem de ser consertado o mais rápido possível. Por essa razão, é bom que o debate ocorra aqui dentro, que chegue às Câmaras de Vereadores, às Prefeituras e aos gestores, para que corrijamos isso o mais breve possível. Mas, com boa-vontade, nada impede que se contrate pela Secretaria de Educação e se disponibilize para a área de saúde. Isso é feito no sistema público como um todo - sei porque participo dele. É questão de articulação.

Quero dizer a todos os que aqui estão buscando como tratar a obesidade que não é isso. Estamos convidando vocês a refazer o modelo, para que a partir de agora comecemos a apresentar soluções multidisciplinares, que são a única forma de tratar a obesidade. São essas as considerações que gostaria de fazer.

O Sr. Paulo Roberto Ximenes - Bom-dia. Não tenho uma pergunta, mas um questionamento ao Dr. Adelmo. Sou da Presidência da Câmara Municipal de Cordislândia, e é sabido que o Brasil é um dos países beneficiados por leis.

Temos as melhores legislações nas áreas de saúde, de educação, de assistência social e em outras áreas, porém, elas não são cumpridas, principalmente por parte dos governos federal, estadual e municipal. O que fazer para que sejam cumpridas?

Em relação à obesidade, à saúde e à assistência social, que estão sendo muito bem abordadas aqui, os palestrantes estão de parabéns, o próprio governo, nesses três níveis, não está fazendo a sua parte. Na minha cidade, por exemplo, muitas vezes pacientes são obrigados a entrar na Justiça para terem um tratamento a que, por lei, têm direito. O que podemos fazer para resolver isso?

O Sr. Presidente - Temos mais três perguntas. Depois, daremos a palavra a cada um dos participantes para que façam as suas considerações finais e respondam aos inscritos.

Pergunta de Omair Eustáquio dos Santos, da 1ª Igreja Batista de Betim: "A cirurgia bariátrica é uma forma de fazer o obeso mórbido fechar a boca de dentro para fora. Não seria mais fácil tratar o obeso com acompanhamento psicológico, levando-o a fechar a boca com atitude de fé?".

Pergunta de Sara Leão, da Escola de Enfermagem da UFMG: "Gostaria de saber qual a justificativa de não se observar a quantidade necessária de nutricionistas na rede pública de saúde. Quais as medidas a serem tomadas para ampliar a contratação de nutricionistas nos centros de saúde e nos órgãos responsáveis por essas medidas, caso forem tomadas?". A Dra. Maria do Carmo já tratou dessa questão, mas ela está dirigida ao Dr. Marcos Reis.

Pergunta de Débora Moreira, da Secretaria de Saúde de Fernandes Tourinho: "Quais os passos que um obeso mórbido, que precisa de cirurgia bariátrica, deve seguir para conseguir fazer essa cirurgia pelo SUS?".

Pergunta de Nely Medeiros, médica nutróloga, de Juiz de Fora: "A nutrologia é a especialidade médica que trata, em conjunto com as outras especialidades, de todas as enfermidades aqui abordadas. Ela já existe desde 1978. Por que não estabelecer a obrigatoriedade de haver um médico nutrólogo em todos os serviços, inclusive na rede do SUS e Unimeds? Existem 566 especialistas no PSF."

Com a palavra, o Dr. Jorge Roberto Perrout.

O Sr. Jorge Roberto Perrout de Lima - De fato, há subnutrição no idoso, mas, estatisticamente, o número é muito menor que o de sobrepeso. O problema maior de saúde pública e de prevenção é o sobrepeso. O que aumenta um pouco a complexidade da nossa ação é que o Brasil tem problemas de Primeiro Mundo, mas convive, em menores proporções, com os problemas de países subdesenvolvidos. Isso aumenta a complexidade da ação. Não solucionamos todos os problemas de um país em desenvolvimento, mas já temos todos os problemas de países desenvolvidos. Isso aumenta muito a complexidade da ação. Dentro dessa complexidade, já temos doenças instaladas e precisamos preveni-las.

Para finalizar a minha fala, a solução é muito simples, a prevenção é muito simples, mas parece que é aí que está a grande dificuldade, porque, em política, implantar as coisas simples é extremamente difícil. Esse é o grande desafio da inversão do modelo. Ou seja, trabalhar com idéias simples numa sociedade complexa.

Seria muito romântico propormos a volta de tempos mais simples, em que a alimentação era mais saudável e a atividade física mais praticada. Isso é impossível. Então, como é que em uma sociedade complexa, urbanizada e industrializada, podemos conseguir, de alguma maneira e respeitando a nossa cultura de cidade grande, incorporar hábitos simples e saudáveis? Esse é o grande desafio.

Estamos tentando ampliar ou mudar o conceito de saúde, mas é importante que se diga que isso não é só um problema da Secretaria de Saúde ou do SUS, é um problema também de educação. O problema é maior do que parece, por isso ele não pode ficar apenas restrito à área de saúde. Além do mais, como já falei, isso envolve até mesmo o planejamento da cidade, o urbanismo, que também tem a sua parcela de culpa. A cidade não é feita para proporcionar qualidade de vida ao cidadão. Ela não é feita para o cidadão, e sim para o carro. O problema é muito maior do que se pensa.

Gostaria de parabenizar o Deputado Adelmo Carneiro Leão. Apesar de todos esses problemas, estamos no caminho certo. Às vezes, ficamos um pouco pessimistas, mas só o fato de estarmos aqui, por uma iniciativa do Poder Legislativo, já é um bom sinal. A tarefa é muito difícil, muito complexa, mas estou muito esperançoso quanto aos resultados, ainda que leve uma geração inteira para que essa cultura seja mudada.

O Sr. Presidente (Deputado Adelmo Carneiro Leão) - Com a palavra, o Dr. Marcos Reis, para fazer as suas considerações finais e responder às perguntas que lhe foram dirigidas.

O Sr. Marcos Reis - Sobre o fato de não fechar a boca do paciente de maneira cirúrgica, mas simplesmente usar a psicologia, isso já foi tentado. O tratamento com psicologia é essencial, no pré-operatório de todos os pacientes e no pós-operatório da grande maioria.

A cirurgia leva o paciente a uma saciedade precoce. Ele se sente cheio com menos quantidade de alimentos, diminuindo o hábito de alimentar-se.

O tratamento da obesidade é muito importante, e a sua prevenção é essencial. Talvez seja o mais importante e o mais difícil de se trabalhar.

Vou discorrer um pouco sobre a obesidade mórbida, que é o tema para o qual fui convidado para falar. Realmente, a cirurgia é o tratamento indicado para a maioria dos pacientes. Espero que daqui saia algum tipo de proposta para melhorar o acesso dos pacientes ao SUS.

Quando foi promulgada a Portaria nº 390, que melhorou a remuneração para os hospitais, no dia seguinte fui chamado pelo hospital em que trabalho para fazer o credenciamento desse hospital. No entanto, essa portaria foi revogada antes mesmo de entrar em vigor. Do jeito que a situação está, realmente é inviável fazer esse tipo de cirurgia. A minha equipe poderia fazer pelo menos dez cirurgias por mês, operando um dia na semana. Basta o interesse do governo para que as coisas se resolvam. Não há como trabalhar em uma estrutura que já atende ao SUS, com mais uma cirurgia extremamente deficitária e de alta complexidade, o que demanda recursos.

O caminho é esse. Somente por meio de um debate é que conseguiremos alcançar os benefícios indispensáveis aos pacientes que precisam de tratamento. Obrigado.

O Sr. Presidente (Deputado Adelmo Carneiro Leão) - Muito obrigado. Com a palavra, a Dra. Maria do Carmo.

A Secretária Adjunta Maria do Carmo - A Maria Lícia citou a preocupação com a qualidade. Resumo mais ou menos sua fala com a qualidade dos serviços a serem credenciados para seguimento dos protocolos, respeitando os prazos de acompanhamento e todos os procedimentos que devem ser realizados. Creio que, ao colocar o Hospital Universitário de Ensino como prioritário, ou até exclusivo, para esse credenciamento, da forma como está hoje, foi pela tradição de qualidade desse hospital e por uma possibilidade maior de regulação desse serviço pelo público. Ao credenciarem e ao começarem as atividades, as Secretarias Municipais de Saúde têm de fazer o acompanhamento para saber se os preceitos da portaria estão sendo seguidos. No entanto, como já disse, temos de tentar compatibilizar a ampliação dos credenciamentos com a preservação da qualidade dos serviços.

Dr. Wagner nos alertou sobre a necessidade de constituição de uma política e não só da discussão de tratamento da obesidade. Acho que é pertinente. Creio que este evento é para buscar discussões e proposições para a construção de uma política e não só da abordagem do problema instalado.

Informo que a falta da regulamentação não nos paralisou, fomos criativos para fazer a contratação do profissional de educação física e vamos continuar até que haja essa regulamentação.

Sobre os passos para a cirurgia, estamos avaliando a fila já existente para receber novas inclusões, é um grande limite, esse é nosso grande problema. Mas os passos seriam o andamento na rede, desde a atenção básica, com a visita domiciliar para aquele que não tenha condição de ir à unidade básica, passando pelo especialista profissional habilitado a emitir o laudo para a cirurgia, o cadastramento na central e, assim, entrar na fila. De acordo com o risco clínico, podemos até priorizar os casos mais graves.

As observações feitas sobre a insuficiência do sistema para a abordagem e condução dessa questão está muito relacionada ao nosso aparato de leis e normas, que não queremos que mude, mas que sejam políticas universalizantes, como o SUS. Porém, precisamos de uma política de financiamento que não seja focalizadora, conforme a existente hoje. Quem vivencia a gestão do serviço, quem está na ponta verifica que a legislação, as portarias, a extensão do direito são para todos. Queremos que seja assim, mas que seja acompanhada da política de financiamento.

Hoje, Belo Horizonte investe 20% dos recursos do Tesouro na saúde, quando deveria, por base constitucional, ser 15%. Existe essa amarra, por não poder haver ampliação desses recursos que estão sendo investidos, porque se um quinto dos recursos é investido na saúde, o restante das políticas fica com os outros quatro quintos. Precisamos de mais recursos para fazer jus e constituir o sistema universalizante que queremos.

Novamente, parabeno o Deputado Adelmo Carneiro Leão. Estamos dispostos a vir aqui, reconhecendo nossos limites, mas reconhecer as dificuldades não significa paralisação, estamos buscando alternativas para o enfrentamento do problema. Obrigada.

O Sr. Presidente (Deputado Adelmo Carneiro Leão) - Com a palavra, o Dr. Henrique Leonardo Guerra, da Unimed.

O Sr. Henrique Leonardo Guerra - Agradeço o convite e parabeno a iniciativa desta Assembléia pela importância do debate. Focarei minhas palavras finais na questão do modelo de assistência. E há algo importante nesse modelo. Quando se começa a falar muito sobre credenciamento de profissionais, temos de pensar em duas coisas. A primeira: que modelo nós queremos? Quando o Dr. Wagner diz que não é possível ter o monopólio de algumas especialidades, isso não abrange apenas a questão do endocrinologista em relação à obesidade. A depressão, por exemplo, caso tenha de ser tratada exclusivamente pelo psiquiatra; a hipertensão, se for problema apenas do cardiologista; o idoso, se só puder ser atendido pelo geriatra; isso inviabiliza a atenção e faz com que percam muitas oportunidades de intervenção. Temos de saber quais são os conhecimentos, orientações, intervenções que precisam ser feitas, baseados na necessidade do paciente, e como o profissional estará preparado para atendê-lo. E não necessariamente o paciente precisará sair procurando os diversos profissionais a fim de que cada um faça o seu pedacinho.

Outra questão importante: quanto ao credenciamento de outros profissionais, que são fundamentais para a atenção, isso ninguém questiona. Do ponto de vista da Unimed, esse modelo de credenciamento não é nossa perspectiva nem é o desejável. Não é colocando mais um profissional para atender no regime de busca de demanda espontânea, de ida individual ao consultório, para incrementar essas ações específicas, que resolveremos o problema. É óbvio que há necessidade desses profissionais na rede, e eles necessitam estar inseridos em equipes. Mas como as equipes funcionarão? É aí que temos de pensar nos novos modelos. Hoje, na Unimed, estamos preocupados pensando como vamos alterar esse modelo para o médico. Isso porque, se continuarmos nesse modelo de busca espontânea, de atendimento basicamente individualizado, não sairemos disso. Todo o sistema, hoje, remunera por procedimento, o mesmo ocorrendo no SUS. Ora, se remunerar por procedimento, tudo se organiza para realizar procedimento e não para realizar promoção e prevenção. Quando conseguirei pagar ao profissional para prevenir e não para tratar doença? Para conversar com o paciente e não para fazer uma intervenção?

Uma sugestão que faço a todos os que estão envolvidos com o assunto: é preciso que nós, profissionais, ao discutirmos nossa inserção nesse serviço, também discutamos com qual modelo o faremos. Quais as alternativas de modelos propostas? Se for para montar mais consultórios de mais especialidades, não resolveremos nem o problema da obesidade, nem da hipertensão, nem da osteoporose, nem da falta de atividade física, assim como nenhum dos outros problemas crônicos que aqui discutimos. Esse modelo não dá conta disso. Sugiro, portanto, como ponto para reflexão e debate: quais modelos teremos? Modelos mais abrangentes e inclusivos da necessidade do paciente e das atividades profissionais?

O Sr. Presidente - Obrigado. Para finalizar, o Paulo Roberto Ximenes fez uma indagação ou uma provocação ao coordenador da Mesa, dizendo que as leis brasileiras são boas, o problema é que não funcionam adequadamente. É uma questão que, para ser compreendida, necessita de vários especialistas porque nem sempre nós, que fazemos as leis, verificamos sua aplicação da forma como as elaboramos. Elas são interpretadas de maneiras apropriadas, diferenciadas, oportunistas, dependendo da situação e do local. Mais que fazer leis, temos de compreender o sistema em que vivemos, que faz com que elas sejam muito bem aplicadas do ponto de vista das possibilidades, dos estímulos, das vantagens, dentro da lógica de atender aqueles que estão mais organizados, mais fortalecidos, as elites dominantes, os mais poderosos. E de serem também muito bem aplicadas na lógica das punições, das cobranças, quando são direcionadas para os pobres. Infelizmente, é essa a realidade em que vivemos, num sistema onde o poder constituinte, como disse, no séc. IX, Ferdinand Lassale, faz com que a força da Constituição seja expressa pela força das organizações. O povo organizado, mobilizado, é a força mais poderosa que existe. Mas, quando não está organizado, não tem consciência, não luta, não trabalha, outras forças predominam. E assim será a Constituição determinante de cada sociedade e de cada país.

Vamos ter de conhecer um pouco essa realidade, nossa capacidade de organização, bem como entender como essas leis funcionam em nosso país. Apesar de existirem muitas e boas leis, grande parte é absolutamente desconhecida do ponto de vista do seu exercício, não só pelos agentes públicos como também pela própria sociedade. Muitas estão ultrapassadas e se misturam às já existentes, formando um emaranhado, uma estrutura que faz com que o Estado tenha em torno de 15 mil leis. No Brasil, há algumas dezenas de milhares de leis, o que dificulta para as pessoas compreenderem a estrutura legal do Estado. Infelizmente, a nossa Constituição, embora defina com grande significado alguns fundamentos das atividades humanas, prevê, na Emenda nº 29, de setembro de 2000, que o Estado tem que aplicar o mínimo na saúde. Ela define o mínimo para o Estado, Municípios e União. De acordo com a conveniência de alguns lugares, a interpretação é tão elástica que os recursos são aplicados em muitas áreas absolutamente distanciadas do SUS. No nosso entendimento, esse deveria ser o local para a aplicação dos recursos. Mas essa é a nossa realidade, e, para avançarmos, vai depender da nossa capacidade de pressão, de organização. As leis são somente uma variável da ação política, de que tanto falamos aqui. É preciso determinação política para se fazer uma sociedade melhor. Não podemos ficar vinculados apenas à vontade dos políticos. Temos a dimensão da sociedade para constituir este país. Esse é o desafio colocado.

Quero agradecer muito a presença de todos que vieram dar aqui sua contribuição. Queremos ouvir os diferentes atores e protagonistas da política de saúde, para que possamos formular uma política para a questão da nutrição. Precisamos ter um olhar especial para este grande problema de saúde pública que existe no Brasil, que é a obesidade. Se temos hoje um quadro dramático, uma quantidade muito expressiva de pessoas que estão nessa categoria e precisam ter um tratamento custoso, não só do ponto de vista material, mas também de mudança de atitudes, é fundamental tomarmos medidas urgentes e imediatas. Precisamos promover a saúde, principalmente a prevenção, como um investimento que dá muito mais resultado do que qualquer ação que possamos empreender num quadro já instalado.

Esta Assembléia dará sua contribuição para aprimorar a legislação que existe no Estado de Minas Gerais.

Agradeço a presença de todas as autoridades que participaram deste painel. Vamos iniciar, imediatamente, o seguinte. Muito obrigado.

O Sr. Presidente - Agradecemos aos palestrantes pela presença.

O Sr. Presidente - A Presidência convida a tomarem assento à mesa, para o segundo Painel, o Exmo. Sr. Adelson Luiz Araújo Tinôco, Chefe do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa - Unidade de Referência Interdisciplinar para Estudos da Terceira Idade; e as Exmas. Sras. Flávia Tiso, nutricionista e especialista em saúde pública, e Ann Kristine Jansen, nutricionista.

#### Palavras do Sr. Adelson Luiz Araújo Tinôco

Bom dia a todos. É um prazer estar aqui para, de alguma forma, contribuir para o projeto da Assembléia Legislativa. Agradeço o convite, em nome da UFV e dos nossos colegas que compõem esse trabalho. Na realidade, estou aqui representando um grupo multidisciplinar e interdisciplinar, que vem trabalhando com a terceira idade ao longo dos últimos 10 anos, naquela Universidade. Tudo que foi falado neste evento pelos integrantes da Mesa que nos antecedeu foi muito importante para que pudéssemos compreender as dificuldades que existem no dia-a-dia para se aplicar essa promoção da qual tanto falamos e que esperamos ver acontecer.

Em 1995, a UFV tomou conhecimento de um projeto existente na cidade de Viçosa, Minas Gerais, do qual participava um grupo de 96 idosos, que realizavam diferentes atividades, principalmente recreativas. Naquele momento, já se falava no País e no mundo a respeito das diferentes transições que ocorriam em todo o planeta. A partir das perspectivas de aumento da população idosa não só no Brasil como também em muitos outros países com as mesmas características nossas, a Universidade, atenta a essas mudanças e a essas diferentes transições, propôs, sob forma de projeto institucional, a formação de um programa municipal da terceira idade voltado para um Município que possuía só 70 mil habitantes. Sabemos que a maioria dos projetos tem de ser voltada para esses Municípios, que, no Estado de Minas Gerais, representam 94% do total, considerada a realidade dos idosos. Além disso, dos cerca de 5.800 Municípios brasileiros, também 93% possuem menos de 100 mil habitantes.

Rapidamente tentaremos descrever para os senhores o que vem sendo feito ao longo destes 10 anos, graças a esse Programa Municipal da Terceira Idade. No serviço público, no SUS, os recursos são escassos diante de tantas necessidades. Essa é a questão primordial em relação à saúde, não só no Estado de Minas Gerais como também no País como um todo.

Como muito bem dito aqui pelos preletores que nos antecederam, existe hoje uma demanda muito grande de serviços por parte da sociedade brasileira. Todo serviço público brasileiro funciona de acordo com os recursos disponíveis. Isso é histórico e óbvio. Assim, devemos lutar, como profissionais, como uma classe, para que essa situação se modifique.

Hoje mesmo várias pessoas falaram aqui sobre a porcentagem destinada ao SUS para trabalhar essas questões. Então, temos que ficar muito atentos, porque, antes, nas décadas de 60 e 70, olhávamos para as questões relacionadas com as doenças infectocontagiosas, infectoparasitárias, olhar que mudou a partir dessa década, com o envelhecimento populacional, com a melhoria das tecnologias médicas.

Vimos aqui também que o homem brasileiro ganhou 17 anos potenciais de vida, e a mulher brasileira ganhou 23, isso em curto espaço de tempo. Se transportarmos essa história para países desenvolvidos, veremos que a Inglaterra, a França, a Suíça e a Alemanha levaram cerca de 250 anos para atravessar ou para viver esse momento de transição, todas essas modificações que ocorreram em nossa sociedade. O Brasil, para ser um pouco diferente do resto do mundo, em apenas 30 anos, como já foi bem dito aqui, está vivendo rapidamente esse processo de modificação, que todos chamam de transição, e vamos ver por que insistimos que seja chamado de modificação.

Falou-se muito de transição nutricional, do processo de passagem da desnutrição para a obesidade, mas, por trás de toda essa transição demográfica, epidemiológica e nutricional, existem fatores estruturais que também devem ser compreendidos. Vivemos um processo de transição econômica que é muito sério e que tem gerado a "agudização" da desigualdade. Esse fenômeno estrutural está relacionado a vários processos, como política neoliberal, capitalismo mundial e globalização, que nos têm levado muito a discutir internamente, junto aos nossos estudantes, à nossa própria sociedade que participa desse processo, essas questões.

Quanto ao Programa Municipal da Terceira Idade de Viçosa, foi institucionalizado há 10 anos. Todos os Municípios mineiros e brasileiros terão que institucionalizar o seu programa; cada Município terá que elaborar um programa voltado para o estudo do envelhecimento, para a gerontologia, que tem tudo a ver com o que estamos discutindo hoje. E isso deve ser feito por meio de lei municipal.

A proposta de Viçosa previa o que se discutia na Universidade, o tripé ensino, pesquisa e extensão, e traduzimos para a nossa prática, para a sociedade de Viçosa, as três palavras: ensinar, saber e fazer. E assim temos feito em relação a toda questão organizacional do projeto.

O idoso de Viçosa, na década de 90, ficava três, quatro, cinco dias em filas esperando atendimento médico. Os escassos recursos de saúde de que o Município dispunha eram mal distribuídos. As pessoas faziam filas em diferentes serviços de saúde. Isso gerava mais gastos ainda. Por isso o trabalho começou com uma carteirinha única: o idoso de Viçosa possui uma carteirinha única, que funciona como um cadastro no sistema do Programa Municipal e também serve para atendimento médico, nutricional, odontológico. Enfim, para todo serviço de saúde há uma única identidade, vamos dizer assim, no Município.

E a universidade, como apresenta uma massa crítica de diferentes profissionais, educadores físicos, médicos, nutricionistas, veterinários, economistas domésticos, reuniu uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, fez um convênio com a Prefeitura e faz o atendimento psicológico, social e físico dos idosos de Viçosa numa unidade, que se chama Unidade de Referência Interdisciplinar - Uriti -, para estudo da terceira idade.

Baseada nessa experiência, a universidade está montando seus cursos voltados para a formação de profissionais do Estado de Minas Gerais acerca do conhecimento desse monitoramento e do cuidado que se deve ter com esse grupo populacional que está chegando e que é uma realidade irreversível. Não cansamos de dizer que o idoso de 2020 já nasceu, e o Estado, a sociedade, a universidade, os profissionais têm de estar atentos e buscar soluções para a resolução de todos esses problemas que chegam junto com essa população.

Um dos preletores de hoje deixou transparecer que a obesidade no idoso não é tão importante. Como não é tão importante no idoso? O Programa Municipal da Terceira Idade de Viçosa trabalha com o vovô contador de história, com o vovô escritor, enfim, o idoso participa conosco tanto da administração do programa no Município quanto convive e compartilha conosco as experiências e o conhecimento que vai sendo gerado no próprio programa, ao longo do período em que temos lidado com essa população. Exemplo disso é o material que distribuimos ontem, na luta pela universalização do conhecimento da doença não transmissível, naquele livrinho "Hipertensão e Obesidade", projeto da universidade com o CNPq. Esse Programa Municipal da Terceira Idade acredita que no momento em que se educa o idoso ou qualquer indivíduo para seu problema de saúde, ele será o ator principal na busca de solução para o seu problema.

De acordo com a cultura brasileira, nós, profissionais, fomos formados para criar problemas. No Brasil e em muitos lugares no mundo, não somos formados para resolver problemas. Muitas vezes, a resolução dos problemas, em nível local e em nível municipal, é simples, mas complicamos tanto que a solução se torna difícil em nível local. Por exemplo, 14,8% da população de Viçosa é composta por idosos, por pessoas com mais de 60 anos de idade. Várias teses, várias monografias foram produzidas naquela universidade estudando as questões do idoso, como seu ambiente doméstico, suas relações familiares. Como é o imaginário de um indivíduo idoso eutrófico e de um idoso obeso acerca das questões da obesidade? Como é a questão da locomoção de um idoso obeso e de um idoso eutrófico, de acordo com seu imaginário?

Assustamo-nos quando tomamos conhecimento de que 84% dos indivíduos com sobrepeso apresentam grande dificuldade para caminhar, enquanto apenas 15% dos idosos eutróficos têm dificuldade para sair de casa. É claro que isso está ligado a outros problemas.

Esse conhecimento que está sendo gerado é imediatamente repassado à sociedade. A nosso ver, se universalizarmos o conhecimento da doença, vamos evitar a fila na policlínica, vamos desmitificar nossa visão hospitalocêntrica. Quando se fala em mudar uma questão de saúde pública no País, pensamos logo na construção física, na compra de grandes equipamentos.

Dizemos na universidade que é muito mais fácil convencer um grupo populacional mostrando um aparelho de raio X ou uma parafernália tecnológica qualquer para a saúde do que mostrar com palavras às pessoas como é importante a prevenção, como é importante tomar conhecimento de si, de sua vida e, por meio desse conhecimento, mudar suas atitudes, sua forma de encarar a doença.

Quero deixar claro, sobre o projeto de Viçosa, nosso êxito nos fóruns de que participamos - já fizemos uma apresentação internacional - é porque mostramos isso. As pessoas acham muito difícil fazer a visão preventiva em relação à visão curativa. Mas a própria sociedade responde rapidamente no momento em que passa a conhecer a respeito da sua vida, do seu problema.

Há uma frase que, na nossa concepção, seria a perspectiva para resolver não o problema da obesidade, mas o de todas as doenças crônico-degenerativas que estão hoje em nosso meio: ensinar, aprender, fazer.

Quero também chamar a atenção para duas coisas: precisamos valorizar a vigilância alimentar e nutricional em nosso Estado. O idoso tem que ser integrado a esse setor como uma forma de resolução dos grandes problemas que temos em relação a todas essas doenças.

Quero dizer também que quatro doenças são consideradas as vilãs do século XXI, em todo o mundo: a hipertensão, a diabetes, as hiperlipidemias e a obesidade. Não preciso repetir porque foi muito bem colocado aqui que a obesidade é fator de risco para todas essas doenças.

Parabéns, mais uma vez, à Assembléia Legislativa pela iniciativa. Preparei um material que deixarei disponível na internet. Esse livro que foi distribuído ontem poderá ser enviado para quem desejar e pedir, por "e-mail", à universidade. Gostaria que vocês partilhassem realmente do ensinar-saber-fazer. Na nossa concepção, essa será a perspectiva para resolver todos os problemas. Muito obrigado.

#### Palavras da Sra. Flávia Tiso

Bom dia, quero agradecer o convite e demonstrar minha satisfação em estar aqui nesta troca de experiência porque, para mim, trocar experiência significa sempre um crescimento. Vou passar para vocês a nossa experiência na cidade de Varginha: a educação nutricional no combate à obesidade.

Eu trabalho num programa de diabetes e hipertensão e tinha, na época, 500 pacientes diabéticos. Fizemos um levantamento do perfil nutricional desses 500 pacientes e percebemos que 75% deles eram portadores de síndromes metabólicas. Eles não tinham simplesmente diabetes. Para quem não é acostumado ao termo, síndrome metabólica é um pacote de doenças induzido pela gordura abdominal. Temos dois tipos de gordura, que é o tipo-pêra e o tipo-maçã. Essa gordura acumulada na região abdominal causará a resistência à insulina e a síndrome metabólica, que é um pacote de doenças, como diabetes, colesterol elevado, triglicérides elevado, hipertensão e ácido úrico elevado.

Essa obesidade era considerada típica do sexo masculino, mas a maioria dos meus pacientes que apresentam gordura abdominal é do sexo feminino. Verificamos que isso está relacionado com a menopausa e com histórico de ovário policístico. Quando medimos a cintura dos nossos pacientes, encontramos desde cinturinhas bem finas até bem exageradas.

O tratamento para um paciente com diabetes tipo 2, causada pela síndrome metabólica, é o seguinte. Ele terá de se submeter a vários exames durante um ano: glicemia de jejum e pós-prandial, hemoglobina glicosilada, glicemia capilar, hemograma completo, colesterol e triglicérides, prova de função renal e mapeamento de retina. Caso haja algum comprometimento renal ou na retina, partirá para a realização de exames e tratamentos mais sofisticados. Além de esse procedimento significar para o sistema um ralo por onde escoará dinheiro, gerará uma confusão para esse paciente, que terá de utilizar vários medicamentos. A maioria desses pacientes é idosa e vive sozinha, com dificuldades de enxergar e de fazer uso da medicação prescrita. Uma paciente nossa tem de tomar diversos medicamentos para regular a pressão: Metildopa, Enalapril, Sustate, Furosemida, Sinvastatina e insulina. Outra paciente, em estado mais delicado, com 70 anos, faz uso de: Furosemida, Metiformina, Diovan, Benicar, Apresolina, Anafranil, AAS, Omeprazol e insulina. Esse caso é complicado, a qualidade de vida da paciente torna-se péssima, e o custo do tratamento para o sistema é alto.

Pensando nisso, resolvemos abrir um ambulatório de nutrição para os pacientes com obesidade, mesmo que a diabetes ainda não esteja instalada. Toda a equipe passou a incentivar a modificação no estilo de vida desses pacientes, com uma alimentação saudável, a prática de atividade física e um pouco de orientação para o combate ao estresse.

A equipe é composta por uma nutricionista, uma psicóloga, uma professora de educação física e enfermeiras. Além do atendimento individualizado, passamos a desenvolver atividades paralelas, como treinamento para os profissionais da saúde. Em Varginha, todos os profissionais que trabalham na rede pública passaram a ter um olhar diferenciado em relação à questão da obesidade. O auxiliar que acompanha o desenvolvimento da criança e que faz a pré-consulta na ginecologia tem esse olhar.

Foi muito debatido aqui o direito de tratar o paciente obeso, para saber se seria do nutricionista, do endocrinologista, do nutrólogo ou do clínico geral. Acredito que esse direito não seja de cada um, mas um dever de todos os profissionais da saúde.

Como atividades paralelas, criamos as oficinas terapêuticas, coordenadas pela psicóloga, onde os pacientes confeccionam tapetes, colares e cachecóis de tricô. Eles passaram a vender os produtos, melhorando a sua renda familiar, a qualidade de vida e a auto-estima.

Temos também oficinas de artesanato. Esta imagem mostra uma auxiliar de enfermagem da equipe, que usou a sala de espera da consulta nutricional para ensinar artesanato com palha de milho. A idéia é fazer pequenos presépios com palha de milho e vender no final do ano.

Em parceria com as Secretarias de Saúde e de Esporte, oferecemos também hidroginástica aos pacientes. A Secretaria de Esporte da cidade utiliza a área de lazer de uma empresa que não existe mais. Ela arrendou a área de lazer que era dos funcionários e criou equipes para dar aulas de natação. Emprestou a piscina para nossos pacientes.

Temos hoje 120 pacientes do programa fazendo hidroginástica. É importante dizer que muitos deles nunca haviam colocado uma roupa de banho nem entrado numa piscina. Como agora está fazendo muito frio, alugaram a piscina aquecida da Apae para que pudéssemos dar

continuação a essa atividade.

Temos também as oficinas educativas, com teatros educativos para crianças e pais. Organizamos palestras em salas de espera do médico, do nutricionista e, principalmente, do ginecologista. Em geral, essas palestras são feitas por estagiários de nutrição. As gestantes de Varginha são muito bem orientadas para uma alimentação saudável.

Fazemos reuniões mensais com sorteios de brindes. Essa imagem mostra a confraternização do final do ano, em que servimos frutas e sucos e fizemos sorteios de cestas de frutas. É uma forma de valorizar a boa alimentação.

Dos 245 pacientes não diabéticos que procuraram o programa, 170 deles apresentaram perda de peso. O custo foi baixo, porque usamos uma estrutura que já existia e profissionais que já existiam. Na realidade, gastamos muito pouco com isso.

Os números significam muito. Esse garoto que vocês vêem nessa imagem é o Ronan. Ele brigava demais e tinha sérios problemas na escola. Hoje está muito bem. Depois vem a Zuleika, que, após perder 30kg, conseguiu voltar a trabalhar, porque melhorou o problema que tinha nos joelhos. Hoje está namorando e vai-se casar. Aquela é Flausina, que perdeu 30kg e está muito bem. Estamos tratando de sua netinha também. E esse é o Sr. Oliveira, por quem tínhamos muito carinho. O Sr. Oliveira, sem a utilização de medicamentos, perdeu 50kg. Foi obeso por mais de 10 anos. Mesmo tendo emagrecido, parado de fumar e feito hidroginástica, ele faleceu, porque o comprometimento cardiovascular era muito grande.

Cabe atentar para o fato de que, quanto maior o número de anos que a pessoa permanece obesa, maior o comprometimento cardiovascular.

Encerro minha fala com uma frase da Madre Teresa de Calcutá: "Por vezes, sentimos que somos uma gota de água no mar, mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota". Costumo pensar que 170 pacientes não fariam muita diferença nos milhões de obesos que estão no mundo, mas tenho certeza de que, pelo menos para essas 170 pessoas, fizemos toda a diferença.

- No decorrer do pronunciamento, procede-se à apresentação de "slides".

Palavras da Sra. Ann Kristine Jansen

Bom-dia a todos. Agradeço e parabeno a iniciativa. Há muito venho falando da necessidade de se discutir a obesidade em nossos fóruns e encontros técnicos.

Abordarei a experiência desenvolvida em Uberlândia, pela Casa Maria de Nazaré, uma instituição infantil que atende 120 crianças com idade de um a seis anos. Ela pertence a uma ONG, recebe subsídio da Prefeitura e tem convênio com instituições de nível universitário de Uberlândia. Assim sendo, há várias áreas de atuação por meio de estágios.

A meta do trabalho na área de nutrição foi a introdução de hábitos alimentares saudáveis por meio do aprender a gostar de comer uma ampla variedade de alimentos, com o objetivo geral de prevenir doenças e contribuir para a qualidade de vida. Portanto, o trabalho desenvolvido na instituição é principalmente preventivo.

Os objetivos específicos são: melhorar a alimentação e a nutrição das crianças; contribuir na formação de bons hábitos alimentares, fazendo a criança gostar de alimentar-se e de experimentar alimentos novos. Esse é um ponto fundamental, pois a criança precisa gostar de comer, uma vez que é um ato extremamente prazeroso. Comer bem e de forma saudável também deve ser um ato prazeroso. Além disso, o objetivo é formar professores e funcionários na prática de uma alimentação saudável. Isso quer dizer que toda a equipe da instituição foi envolvida no processo. Esse não é um projeto da nutrição, mas da Casa Maria de Nazaré, do qual todos participam; não somente as merendeiras, as responsáveis pela elaboração do alimento, mas as professoras, todos os auxiliares, os profissionais de nível superior, todos os estagiários, independentemente da área em que atuam, a coordenação e mesmo os auxiliares gerais, o pessoal da limpeza e os demais profissionais. Todos eles foram envolvidos nos projetos.

Trabalhamos em quatro linhas básicas. A primeira é a melhoria da qualidade nutricional e higiênico-sanitária dos alimentos servidos. Nessa área, trabalhamos tanto com manipuladores de alimentos como com qualquer outro indivíduo da instituição que tivesse contato com a comida, inclusive com as crianças, introduzindo, por exemplo, a higienização de mãos antes das refeições. Trouxe proposadamente esse exemplo porque se trata de um hábito simples, para cuja implantação tivemos de enfrentar um problema, mas que também foi de simples solução. Fato é que, com 120 crianças lavando as mãos, o sabonete sempre sumia da pia. Então, colocamos o sabonete dentro de uma redinha, que desenvolvemos para mantê-lo na pia. Com os manipuladores de alimento, vários trabalhos foram e continuam sendo feitos, tanto em termos de treinamento como de reciclagem, para o que tivemos a colaboração importante da Vigilância Sanitária do Município.

Nesta transparência que vocês vêem aqui, por exemplo, mostra-se um trabalho feito com "swab" de adornos. Como os funcionários insistiam em usar alianças de casamento, brincos e outros adornos, fizemos um "swab" para verificar a presença de microorganismos neles. Também elaboramos o Manual de Manipuladores de Alimentos, que, como todo esse trabalho, foi elaborado em conjunto. Da elaboração do manual, participaram os manipuladores e a própria coordenação da Casa. Ele não foi algo imposto pelo nutricionista ou estagiário de nutrição ao manipulador, mas feito por processo participativo, de modo que pôde se tornar, imediatamente, algo prático, fazendo com que o que consideramos ideal no preparo dos alimentos saísse do papel e acontecesse no dia-a-dia.

Também trabalhamos no controle da temperatura de alimentos, processo muito simples, que vai desde o recebimento do alimento - no caso de alimentos congelados ou resfriados - até a oferta do alimento às crianças. Todas as etapas são elaboradas.

Também nos preocupamos com a qualidade nutricional da alimentação servida.

Antes da implantação do projeto tínhamos um diagnóstico, feito durante uma tese de doutorado, sobre o consumo alimentar das crianças na instituição e no domicílio, que possibilitou-nos melhorar a qualidade nutricional. Atualmente atendemos de 60% a 75% das necessidades das crianças na instituição, visto que elas permanecem lá em período integral: chegam às 7h30min e vão embora às 17h30min. Atendemos de 60% a 75% das necessidades das crianças, mas não oferecemos todos os nutrientes. Sabemos que o consumo de cálcio no domicílio é extremamente alto, então a adequação de cálcio feita na instituição foi menor. O consumo de ferro no domicílio é baixo, então aumentamos a quantidade de ferro oferecida na instituição. Fizemos um trabalho levando-se em consideração os hábitos alimentares da criança no domicílio.

Algumas questões são básicas na alimentação e são discutidas constantemente, principalmente pelas professoras, que estão junto com as crianças no ato da refeição. As professoras são orientadas a nunca transformar a refeição num momento de estresse e de tortura. Temos que ensinar a criança a comer, e não obrigá-la a comer. Todos nós rejeitamos alguns alimentos. Alguém aqui talvez não goste de jiló ou de beringela. Por que insistir, se a criança come outros alimentos? Ensinamos, mostramos, permitimos que a criança tenha direito à escolha, mas

não a obrigamos.

É preciso aceitar os gostos e as preferências individuais, nunca julgar a criança pelo seu gosto ou preferência. Isso não deve ser feito somente no que se refere à alimentação, mas a todos os seus hábitos, a tudo o que ela escolhe, a todas as suas opções. Comer deve ser prazeroso, como já falei. A alimentação infantil tem que ser um ato prazeroso. O nutricionista ou qualquer outro profissional que trabalhe com essa questão tem que lembrar-se disso. Nossa prioridade é o estado nutricional da criança, prevenindo a obesidade e a desnutrição e tratando-as quando já instaladas. Tudo isso deve ser feito de forma prazerosa.

É fundamental ensinar a criança a comer, sempre estimulando-a. Provar o alimento várias vezes é essencial para aprender a comer. Ninguém aprende a comer na primeira vez. Queremos evitar que as crianças tenham o comportamento dos adultos. Quando oferecemos um alimento novo a um adulto, ele diz que não gosta, mesmo que nunca tenha provado. É uma forma de prevenção. Com as crianças, trabalhamos da seguinte forma: oferecemos o alimento; mesmo que ela tenha a impressão de que não gosta, ou ache que porque não come o alimento em casa talvez ele não seja gostoso, insistimos, simulamos, oferecemos o alimento de forma diferente, para que a criança passe a gostar dele. Por isso o oferecemos várias vezes. Uma primeira rejeição a um alimento não significa que a criança não gostou. O paladar sempre é adquirido lento e gradativamente.

As crianças até 3 anos recebem em torno de quatro refeições por dia. O café da manhã é oferecido somente para as crianças que não tomaram o café da manhã em casa. As crianças do Maternal 1 não recebem café da manhã porque todas fazem o jejum no domicílio. Nosso trabalho interage com a refeição feita no domicílio.

A colação é oferecida às crianças menores. As crianças de 3 a 6 anos recebem três refeições. A maioria das instituições de educação infantil oferece quatro refeições para essa faixa etária, mas percebemos que o almoço, o lanche e o jantar tinham um intervalo de no máximo 2 horas entre si, ou seja, estávamos estimulando uma superalimentação, e as crianças não comiam adequadamente, priorizando o lanche em detrimento do almoço e do jantar. Então, retiramos o lanche da tarde. Oferecemos o almoço em torno de 11h30min e 12 horas e o jantar em torno de 16h30min.

Instituímos o auto-serviço. Este é o Jardim II. Os alimentos estão no centro da mesa, e as próprias crianças se servem. Instituímos o auto-serviço a partir dos três anos e meio, e hoje as crianças menores já estão utilizando-o.

Isso melhorou o consumo de alguns alimentos, principalmente de feijão, legumes e verduras, porque as crianças têm a opção de avaliar a quantidade de alimento que desejam. Além disso, reduziu desperdícios. Alguns podem alegar que as crianças costumam derrubar alimentos. Elas aprenderão. O auto-serviço estimulará a coordenação motora da criança, seu desenvolvimento e a capacidade de calcular a quantidade de alimentos. Como a criança gosta de brincar, isso também estimulou o lado prazeroso da alimentação. Ninguém gosta de receber um prato pronto, o mais gostoso é nos servirmos e repetirmos o que tivermos vontade.

Como disse, as crianças menores são ajudadas por professoras, mas também têm acesso direto ao alimento. Podemos comentar a cor dos alimentos e a montagem do prato. É um processo participativo.

Nesta foto, a criança está colocando os pratinhos na mesa, antes do auto-serviço. As crianças dos jardins 1 e 2 participam da montagem da mesa. Isso é muito importante porque entra a questão da matemática: quantos pratos, quantas facas, quantas colheres e quantos garfos deverão ser colocados sobre a mesa? Tudo isso é trabalhado nesse momento. Nesse projeto Nutrição, a pedagogia interage constantemente. Trabalhamos outras questões além da alimentação.

O que devemos evitar na alimentação infantil? Tudo o que não consideramos saudável para uma criança. Isso não quer dizer que somos radicalmente contra o consumo de guloseimas ou frituras. Sabemos que em seu domicílio a criança recebe esses alimentos, às vezes, numa frequência maior que a desejada. Como a instituição tem a função de educar, não oferecemos, de forma nenhuma, esses alimentos.

Existem alguns problemas. A instituição é uma organização não governamental, que recebe subsídios e doações. Enfrentamos dificuldades com o tipo de alimento que nos é doado. Já devolvemos suco artificial e amido de milho, que foi enviado em quantidades imensas. O fato de recebermos esses alimentos como subsídio não constitui motivo para as crianças os consumirem.

Estamos enfrentando um problema sério: recebemos mensalmente uma quantidade alta de manteiga para as crianças passarem no pão. Conforme nossa avaliação, esse alimento é inadequado não apenas pelo teor de colesterol - a quantidade que a criança comeria é pequena, ou seja, cerca de 3g diárias -, mas também sob o ponto de vista de educação nutricional. Se oferecermos manteiga à criança, mostraremos a ela e a seus familiares que esse alimento pode ou deve ser introduzido diariamente na alimentação. Isso vai contra a nossa crença de que seja uma alimentação saudável. Esse problema é grave, porque esse alimento, apesar de ser enviado pela Prefeitura, não é oferecido às crianças.

Nas ocasiões especiais, oferecemos, da mesma forma, alimentos saudáveis, substituindo refrigerantes por sucos, frituras por pão com patê - feito no próprio local -, sanduíches naturais, pão com carne moída. As crianças adoram.

Outra linha básica importantíssima é a educação alimentar junto a funcionários, crianças e pais. Nessa foto, as crianças estão cortando pepino japonês. Como durante a Copa do Mundo trabalhamos a questão dos países, receitas de diversas partes do mundo foram apresentadas e discutidas com as crianças.

Esta foto mostra que a alfabetização é trabalhada nas receitas, que são digitadas ou escritas manualmente em letra de forma. Anexamos uma figura, a fim de que a criança ligue o alimento à palavra.

Essa foto ilustra uma atividade teatral com crianças menores. Aqui, temos degustação em sala de aula. Isso é muito comum. Ao introduzirmos um alimento novo, não sabemos se as crianças vão gostar, se o alimento terá boa aceitação. No momento anterior à refeição, levamos um pouco desse alimento para a sala, conversamos um pouco sobre ele e o oferecemos às crianças.

Esta é mais uma foto de culinária, e as crianças adoram culinária. Esta é a decoração do refeitório.

Outra linha básica é a questão do sistema de vigilância nutricional. Ele é feito não só com crianças, mas também com funcionários. À medida que envolvemos o funcionário, temos maior possibilidade de ele aderir ao projeto e dele participar mais ativamente.

As crianças e os funcionários são pesados e medidos quatro vezes ao ano. Implantamos também o gráfico individual de crescimento. Temos aqui os resultados de março a agosto do ano passado, mostrando que temos obesidade, sim. O percentual é importante, é trabalhado de forma individual, sem dúvida, mas ainda convivemos com a desnutrição. O principal problema presente aqui é a desnutrição crônica. Provavelmente, muitos devem saber que a desnutrição crônica na infância aumenta muito o risco de obesidade e de doenças crônicas degenerativas na vida

adulta. Trabalhamos as duas questões porque pensamos que prevenir ou tratar a desnutrição crônica da forma mais rápida possível significa prevenir a obesidade e doenças no futuro.

A última linha básica é a formação de funcionários em educação em nutrição.

Os resultados são vários, principalmente: maior consciência na escolha dos alimentos, melhora na qualidade higiênico-sanitária, melhora na aceitação de alimentos como frutas, verduras e legumes, participação ativa das crianças e dos funcionários em todos os processos e melhora no estado nutricional de crianças e funcionários. Obrigada.

- No decorrer do pronunciamento, procede-se à apresentação de "slides"

Palavras do Sr. Presidente

As experiências são emocionantes, bonitas e apresentadas de maneira absolutamente didática. Por isso, entendo, o pessoal está dispensando a possibilidade de fazer qualquer tipo de indagação. Mas estou convicto de que essas experiências constituem exemplos muito significativos e importantes, que devemos repetir em nossas casas, em nossas cidades, no nosso local de trabalho. Foi bom vocês terem trazido experiências tão expressivas, mostrando que, quando queremos, nós podemos, dentro dessa concepção expressa aqui também de maneira didática. Primeiro precisamos querer, mas só querer não basta, temos de saber como chegar aonde queremos. Mas só saber como chegar aonde queremos não é suficiente, precisamos ter determinação para darmos os passos necessários para chegarmos aonde queremos. Se tivermos essa disposição, podemos fazer do nosso país um território saudável, onde as pessoas possam viver mais e melhor.

Vocês devem perceber, é uma experiência que vivenciamos. Infelizmente, vivemos numa sociedade em que, às vezes, há muita dissociação entre o nosso fazer e o nosso querer ou a forma do nosso fazer. Estamos aqui num espaço essencialmente político por natureza, para facilitação do encontro dos diferentes, do encontro da pluralidade. Isso é extremamente positivo.

É o lugar em que exercemos as nossas atividades nesse tempo de voto, que vivemos agora, o tempo das eleições. Paradoxalmente, muito do que se faz nesta Casa de política séria, de política importante, está dissociado daquilo que nos permite chegar aqui. Tanto que vocês podem perceber que, neste momento, a presença dos Deputados é muito pequena. Não tenham dúvida de que, se não todos, a grande maioria está buscando uma forma de voltar a esta Casa. Temos de refletir sobre essa realidade: nem sempre o fazer político tem a dimensão do reconhecimento eleitoral. Essa contradição é que nos faz viver essa realidade brasileira de termos boas leis e não termos bons resultados. Ontem, falou-se aqui uma coisa muito interessante: que estão sendo deixadas de fazer algumas coisas na escola, como, por exemplo, a atividade física, porque não têm utilidade para a escola. Temos de rever a nossa maneira de fazer as coisas, porque muitas coisas que são feitas e cobradas na escola, têm pouca serventia na nossa vida. É o caso dos vestibulares, em que somos cobrados para adquirir uma série de conhecimentos teóricos que, depois, não têm nenhuma serventia nem mesmo na universidade. Temos de debruçar-nos sobre esses fatores e compreendê-los para que, mais que mudar leis, mudemos as nossas atitudes e, assim, tenhamos novos comportamentos. Temos de fazer da escola um espaço e um tempo em que o nosso aprendizado e as nossas ações sejam boas não só para conquistarmos o diploma, mas também melhores condições de vida. Temos de tomar consciência de práticas que nos façam viver mais e melhor. Esse é o desafio que se coloca. Há experiências muito bonitas. O que precisamos é encontrar essas diferenças, essas possibilidades, essas experiências tão significativas e colocá-las numa dimensão que extrapole as experiências mais locais. Elas são muito importantes e significativas, mas têm de ter a dimensão da nossa cidade, do nosso Estado, da nossa vida e do nosso tempo.

Mais uma vez, quero dizer que aqui e em muitos lugares estamos trabalhando com a convicção de que é possível enfrentarmos e vencermos grandes desafios do nosso tempo se trabalharmos de maneira planejada, articulada e com clareza de aonde queremos chegar. Estou muito contente ao ver tanta gente participando deste fórum e de perceber que esta atividade que estamos fazendo aqui não se iniciou ontem, mas há alguns meses. Desde o ano passado, discutimos e debatemos a necessidade de fazer uma análise, um aprofundamento dessa situação do ponto de vista do aprimoramento da legislação, das ações públicas, mas também da ação da sociedade. Vimos claramente que, para superarmos os desafios aqui colocados, essa não é uma ação de um só setor, de um departamento, de uma área de conhecimento, é uma ação de todos. Tratar da qualidade de vida, tratar de saúde são uma responsabilidade e um dever muito grandes do Estado, mas nem sempre isso é cumprido. Alguns setores do Estado cumprem até mais do que determina a lei, o que é muito positivo.

Existem outros setores que precisam ser cobrados e ajustados para que possam avançar. Mas isso não basta. Precisamos da intervenção de outras áreas.

As universidades brasileiras, de modo muito especial as universidades públicas, têm uma enorme responsabilidade na implementação de ações, de serviços e de orientações. A sociedade também possui a sua parcela de responsabilidade.

Não podemos cobrar das pessoas que não têm conhecimento, apenas porque existem as leis. Estamos desafiados, na condição de pessoas, de seres que têm conhecimento. Dentro da concepção da Universidade de Viçosa, é preciso conhecer, mas, antes, é preciso exercer esse conhecimento em favor dos outros, compartilhar o conhecimento. Todas as vezes que compartilhamos o conhecimento, não nos diminuimos em nada; pelo contrário, só crescemos. Então, vamos compartilhá-lo, para que, juntos, melhoremos ainda mais.

A representação social foi um exemplo muito significativo neste encontro. Quando as pessoas tomam consciência de determinadas ações, elas se tornam protagonistas. Não podemos condenar a sociedade pelo fato de ela ter pouco acesso ao conhecimento, às grandes conquistas da humanidade, da ciência e da técnica. O que precisamos fazer é disponibilizar esse conhecimento ao conjunto da nossa sociedade. Se fizermos isso, não tenho dúvidas de que, muito mais que as boas leis que fazemos, vamos construir uma sociedade mais próxima, solidária, justa e próspera, ou seja, uma sociedade muito melhor.

Estou convencido de que este encontro está no caminho certo. Queremos uma sociedade mais justa e solidária e estamos caminhando para isso. Mais do que levantar bandeiras e colorir os nossos carros e as nossas casas em tempos de Copa, vamos deixar de depender dos outros, para confiar em nós mesmos. Só assim vamos fazer uma caminhada muito mais vitoriosa, diferente do fato de ficarmos diante da televisão, apenas como espectadores. Sendo protagonistas, tenho a convicção de que poderemos fazer este Brasil muito melhor.

Agradeço muito a presença de todos vocês, sobretudo a presença do professor da UFV, que está-se expandindo cada vez mais. É um orgulho para nós. Quem não conhece Viçosa precisa conhecer. É uma cidade que abriga uma belíssima universidade de que Minas Gerais e o Brasil devem-se orgulhar, do ponto de vista arquitetônico, do espaço geográfico, do seu conteúdo e da sua história. Vale a pena conhecê-la, para que possamos nos orgulhar mais deste nosso Estado e do nosso Brasil.

Considerações Finais

O Sr. Adelson Luiz Araújo Tinôco - Gostaria de finalizar trazendo uma provocação enviada a este Plenário pelos idosos do Programa Municipal da Terceira Idade. Esse assunto foi discutido com eles antes da nossa vinda. Eles apresentaram duas propostas, a serem tratadas aqui, como



forma de resolver a obesidade de maneira simples.

Pediram a mim que passasse para vocês imaginarem em casa se é muita loucura deles pensar dessa forma. Eles querem um programa de educação para a saúde nas principais TVs brasileiras, de preferência em horário nobre, de apenas 20 minutos diários. Depois que esse programa começar, o que aconteceria com a prevalência dessas doenças em nosso povo? É a primeira coisa para vocês pensarem.

A segunda, acho que está bem claro, foi bem esclarecida a questão da educação aqui. Eles perguntam: "Por que o governo brasileiro não instituiu uma disciplina de saúde nos ensinos fundamental e médio deste país, que acompanhem o crescimento e o desenvolvimento dos grupos populacionais, ou seja, das crianças até a adolescência?". Eles dizem: "Com certeza, em 2020 teríamos menores prevalências não apenas da obesidade, mas de todas as doenças crônico-degenerativas deste país."

Deixarei isso para vocês pensarem. São duas coisas simples demais, se pararmos para analisar, mas que precisam ser feitas. É com educação que em curto, médio e longo prazo resolveremos os problemas da saúde pública em nosso país.

A Sra. Flávia Tiso - Temos o dever de trabalhar com o paciente obeso, mas também de ter uma atenção maior com a prevenção. Quando uma paciente, por exemplo, vai a uma consulta com o ginecologista e o médico percebe que tal paciente ganhou 4kg de peso em um ano, isso deve ser comentado com ela. Hoje é muito bom saber que a população tem acesso à informação de como deve ser uma alimentação saudável. Todos sabem que refrigerante, alimentos gordurosos e doces engordam. Só que, muitas vezes, a pessoa vem ganhando peso e não percebe isso. O ponto-chave é alertar o indivíduo sobre o ganho de peso. Quando fazemos isso em equipe, a coisa fica muito maior, mais interessante. (- Palmas.)

A Sra. Ann Kristine Jansen - Sou defensora da educação nutricional há muitos anos, apesar de também trabalhar na área de tratamento. Trabalho na área preventiva e de tratamento, não só da obesidade, mas principalmente da obesidade. Talvez esteja dirigindo-me especificamente a meus colegas nutricionistas ou a todos que são protagonistas da educação nutricional, que não é simples de ser realizada. Nos programas dos cursos universitários, na formação do nutricionista, a educação nutricional restringe-se a uma única disciplina, normalmente no 7º período do curso.

A educação nutricional é muito mais que isso, é difícil de ser feita. Temos de trabalhar com linhas da pedagogia, aliando-nos aos pedagogos, aos educadores, àqueles que sabem o que é educar. Esse é um desafio, uma proposta e uma questão a ser analisada por todos os profissionais da área de saúde que acreditam que a educação em saúde e a educação nutricional podem mudar hábitos de vida. Pensem nisso. Será que minha prática de educação em saúde, minha prática de educação nutricional, de fato, possibilita a modificação do hábito alimentar, do estilo de vida? Não acredito que palestras de 1 hora ou 40 minutos de duração consigam modificar um hábito. Educação é muito mais que isso. Se, na área da educação, pedagogos e educadores têm evoluído tanto, por que nós, nutricionistas, continuamos a fazer educação nutricional como fazíamos há 30, 40 anos? Façam a educação nutricional, mas pensem se sua prática de educação nutricional está, de fato, contribuindo para a mudança de estilo de vida das pessoas. O que tenho visto, ao longo dos anos, é que o nutricionista promove a educação nutricional em grupos de diabéticos, hipertensos, obesos, crianças, adolescentes e gestantes e, quando o paciente não consegue mudar seus hábitos alimentares, ele diz: "Eu ensinei, ele não mudou porque não quis". Será que você ensinou de forma correta? Será que você atingiu aquela pessoa? Repensem. Repensem profundamente. Os profissionais da docência, professores de nível universitário que formam os futuros nutricionistas, devem repensar se, ao formar o profissional nutricionista, estão ensinando-o, de fato, a fazer a educação nutricional. Obrigada.

#### Encerramento

O Sr. Presidente - A Presidência manifesta às autoridades e demais convidados seus agradecimentos pela honrosa presença, e, cumprido o objetivo da convocação, encerra a reunião, convocando as Deputadas e os Deputados para a reunião especial de logo mais, às 14 horas, nos termos do edital de convocação. Levanta-se a reunião.

ATA DA 26ª REUNIÃO ESPECIAL DA 4ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 15ª LEGISLATURA, EM 7/7/2006

Presidência do Deputado Doutor Ronaldo

Sumário: Comparecimento - Abertura - Ata - Composição da Mesa - Destinação da reunião - Palavras da Sra. Vanessa Almeida - Palavras do Sr. Ricardo da Cruz - Palavras da Sra. Rozane Márcia Triches - Esclarecimentos sobre os debates - Debates - Apresentação e discussão de propostas - Eleição da Comissão de Representação - Encerramento - Ordem do dia.

#### Comparecimento

- Comparecem os Deputados e a Deputada:

Adelmo Carneiro Leão - Doutor Ronaldo - Maria Olívia.

#### Abertura

O Sr. Presidente (Deputado Doutor Ronaldo) - Às 14h12min, declaro aberta a reunião. Sob a proteção de Deus e em nome do povo mineiro, iniciamos os nossos trabalhos. Com a palavra, o Sr. 2º-Secretário, para proceder à leitura da ata da reunião anterior.

#### Ata

- O Deputado Adelmo Carneiro Leão, 2º-Secretário "ad hoc", procede à leitura da ata da reunião anterior, que é aprovada sem restrições.

#### Composição da Mesa

O Sr. Presidente - A Presidência convida a tomarem assento à mesa a Exma. Sra. Vanessa Almeida, Coordenadora do Programa de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde e Responsável pelo programa "Agita Minas"; o Exmo. Sr. Ricardo Cruz, gestor do Instituto Brasileiro de Orientação Alimentar e executivo do programa "5 ao dia"; e a Exma. Sra. Rozane Márcia Triches, coordenadora do Programa de Alimentação Escolar do Município de Dois Irmãos e Professora de Nutrição e Saúde Coletiva da Universidade de Passo Fundo, no Rio Grande do Sul.

#### Destinação da Reunião

O Sr. Presidente - Destina-se esta reunião à realização do fórum técnico "Obesidade: desafios e perspectivas", com a apresentação do painel "Experiências no controle da obesidade".

Palavras da Sra. Vanessa Almeida

Boa-tarde a todos. Agradeço o convite da Assembléia Legislativa para participar deste fórum. Acredito ser de suma importância essa discussão não apenas para o Estado, mas também para todo o País.

Estamos situados na Coordenação de Hipertensão e Diabetes, na Gerência de Normalização da Saúde, na Superintendência de Atenção à Saúde, na Secretaria de Saúde.

Para começarmos a nossa discussão, trouxe o conceito de saúde da OMS, que diz respeito a todos os fatores envolvidos com a saúde. Sabemos que, para alcançarmos saúde com o indivíduo, com a família ou com a comunidade, precisamos pensar em todos os fatores relacionados à própria saúde, como econômicos, sociais, culturais, nutricionais, psicológicos, políticos, biológicos, comportamentais, ocupacionais e ambientais. É importante dizer que a interação desses fatores e a carga de cada fator são determinadas e fundamentadas com o tempo. Em diferentes tempos, teremos uma carga diferente de cada um desses fatores.

Além disso, vivemos num cenário pós-moderno, e a pós-modernidade apresenta características específicas. Primeiro, o mundo pós-moderno é marcado pelo tempo. Ninguém tem tempo, hoje em dia, para fazer atividade física, para se alimentar direito, para desenvolver ações específicas para o próprio benefício. A característica do tempo é fundamental.

Segundo, a realização instantânea do desejo. Quero ser feliz agora, não importando sê-lo hoje ou amanhã; o agora é importante.

Terceiro, a perfeição vale mais que o conteúdo. A perfeição externa vale mais que o valor interno de cada ser humano.

Quarto, o corpo não pode mostrar as marcas do tempo. Em consequência, vemos um sofrimento psíquico intenso do sujeito contemporâneo, que parece estar demonstrado no corpo. Além disso, vemos, na pós-modernidade, a valorização do ter, e não do ser, o ser humano.

Hoje, a população não tem espaço para falar da angústia gerada por todas essas características da pós-modernidade. E podemos diagnosticar que o corpo é o lugar onde todas as formas de repressão terminam por ser registradas e é a única prova da nossa existência.

Nos dias de hoje, na pós-modernidade, adoecer significa ser visto pelo olhar do outro. Junto disso, vivemos três momentos de transição importantes. Acredito que, neste fórum, outros palestrantes já devam ter abordado essas questões: um momento de transição epidemiológica, um momento de transição demográfica e um momento de transição nutricional.

No primeiro momento, de transição epidemiológica, vemos a diminuição das doenças infectoparasitárias e o aumento das doenças cardiovasculares.

No segundo momento, de transição demográfica, percebemos a diminuição da taxa de natalidade e o aumento do envelhecimento populacional. Junto disso, podemos perceber todos os fatores de risco envolvidos com as doenças crônicas não transmissíveis. No Estado de Minas Gerais, no sistema Hiperdia, com 341 mil pacientes cadastrados em 2005, a prevalência dos fatores de risco, após limpeza do banco de dados, é de aproximadamente 42,2% referentes à obesidade; 18,77%, ao tabagismo; 42,5%, ao sedentarismo; e a faixa etária, como um componente no fator biológico, 90% da população acima de 40 anos.

Este gráfico mostra os dois fatores de risco, o sedentarismo e o sobrepeso por patologia, a hipertensão, o diabetes tipo 1 e 2, e a hipertensão com diabetes. Podemos perceber que todos os dois fatores, nos pacientes, caminham praticamente da mesma maneira, sempre juntos.

Começamos, então, a discutir a influência desses fatores de risco em algumas causas de morte, tanto infarto, quanto AVC ou câncer, e o estilo de vida é fundamental para a ocorrência desses acontecimentos, desses agravos.

Além disso, podemos perceber que, em Minas Gerais, diferentemente de outras regiões do Brasil, há uma alta proporção de mortes por doenças do aparelho circulatório, e a grande maioria está relacionada com a questão da pós-modernidade, do sedentarismo e do sobrepeso. Isso gera custo para o sistema. Podemos perceber que, nesse trabalho, a Inês Lessa mostrou que, no Brasil, são cerca de 1.150.000 internações por doenças cardiovasculares, gerando um custo total de R\$475.000.000,00 no ano de 1998. Há, também, várias complicações, que são decorrentes dessas principais patologias - hipertensão e diabetes - como a doença renal.

Podemos ver que, no Estado, hoje temos em torno de 28 mil pacientes cadastrados e identificados. Esses pacientes geram um custo médio mensal de R\$1.500,00. Reflitam, com o Estado, quanto é gasto apenas com uma patologia. É certo que esta é a patologia, o agravo que mais consome recursos públicos. Mas conseguiríamos prevenir essas patologias com uma assistência adequada e um enfoque na questão da prevenção. O nosso grande objetivo é atuar antes de ser diagnosticada a patologia, com dieta saudável, peso adequado e atividade física supervisionada.

A proposta do projeto Agita Minas é uma proposta da Secretaria de Estado de Saúde, que visa a incrementar o conhecimento e o envolvimento da sociedade com relação aos benefícios da atividade física e da adoção de hábitos saudáveis de vida, para proteção, promoção e especialmente para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis.

Por que o Agita Minas? Já falamos anteriormente sobre suas justificativas, mas, além do que já dissemos, 80% da população vive em área urbana, e 70% dessa população que vive em área urbana tem hábitos inadequados de vida, hábitos sedentários, que geram inatividade e, como consequência, obesidade, doenças e agravos não transmissíveis.

O nosso público-alvo, o nosso primeiro enfoque são os escolares, as crianças e os adolescentes; o segundo, os portadores de doenças crônicas; o terceiro, os trabalhadores, e os idosos, por último. Acreditamos que, quando enfatizamos nossas ações com os escolares, podemos ter, como resultado, a alteração de todas as condições das patologias crônicas em outros públicos.

Qual é a proposta do Agita Minas? Que os indivíduos sedentários passem a ser um pouco ativos e, posteriormente, passem a ser regularmente ativos; que os regularmente ativos passem a ser muito ativos; e, finalmente, que os muito ativos mantenham esse nível de atividade física.

Um pouco já ajuda muito. Se deixamos de ser sedentários para ser um pouco ativos, diminuímos em 40% o risco de mortalidade por doenças

cardiovasculares. Esse estudo é muito interessante, pois mostra o risco relativo de se ter AVC, com os passos usuais da caminhada. Isto é, podemos diminuir significativamente o risco relativo de desenvolver AVC, quando desenvolvemos atividade física.

O Agita Minas recomenda que todo cidadão deve realizar, pelo menos, 30 minutos de atividade física por dia, por cinco ou mais dias na semana, e, se possível, sempre em intensidade moderada ou leve, de forma contínua ou acumulada.

Não só o Agita Minas, mas também o CDC, grande centro de pesquisa de Atlanta, que promove ações em parceria com a Organização Mundial de Saúde, preconiza isso. Alteramos, então, a prescrição da atividade física que anteriormente era feita três vezes por semana para essa recomendação.

Quem são os parceiros do Agita Minas atualmente? Temos uma resolução publicada na Secretaria de Estado da Saúde que contém os seguintes parceiros: a Secretaria de Educação, a de Desenvolvimento Social e Esportes, a UFMG, o Coseme, a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, o Sesc, o Sesi, o Sest, o Senat, a Sociedade Brasileira de Diabetes, a Sociedade Mineira de Cardiologia, a Sociedade Mineira de Pediatria, a Abeso, o Cref, o Crefito e a Associação Mineira de Fisioterapia.

Se formos pensar numa área de abrangência do PSF, podemos identificar o número correto de pessoas e as principais patologias. Trouxe esse "slide" como exemplo de atuação na área de abrangência do PSF, identificando todos os hipertensos por extratificação de risco. E as pessoas que não são hipertensas na família ajudam a desenvolver a promoção da saúde, objetivando a mudança no estilo de vida. O nosso principal enfoque assistencial, com os nossos protocolos e diretrizes clínicas do Estado de Minas Gerais, objetiva principalmente o fluxograma da mudança do estilo de vida, priorizando o indivíduo ativo, com atividade física supervisionada, por meio de vitaminas, de alimentação saudável e de diminuição dos fatores de risco. Para conseguirmos trabalhar, nessa mesma área de abrangência, com os pacientes de baixo, médio, alto e muito alto riscos, com a promoção da saúde e da mudança do estilo de vida, é fundamental visualizar e diagnosticar nossos atores sociais, para que possam contribuir para nossas ações.

Trouxe alguns exemplos de parcerias desenvolvidas no Estado e de algumas ações precisas, que podem ser mais bem desenvolvidas com ações efetivas por meio das escolas, dos clubes, das unidades básicas de saúde, das Igrejas, das Secretarias Municipais de Esportes, de Cultura, de Planejamento, de Assistência Social, de Educação e do Programa Agita Minas.

Para alcançarmos esse nível de prevenção, imaginamos a intersetorialidade, buscando os atores sociais, para atingirmos o objetivo de mudança do estilo de vida na população. Sabemos que, estimulando a intersetorialidade, podemos ter, como consequência, a melhor resolubilidade do SUS, melhorando sua integralidade, buscando assim a responsabilização do cuidado, a autonomia não só para esses pacientes, mas também para toda a população, fortalecendo o vínculo do usuário no sistema.

Trouxe alguns exemplos do Dia Mundial de Prevenção do Diabetes, comemorado no ano passado. O programa Agita Minas estimula todas as regionais de saúde do Estado, as 27 GRSs; estimula, portanto, o desenvolvimento de ações. Eu trouxe alguns exemplos, algumas fotos, que ficaram pequenas, mas são exemplos importantes, que devem ser lembrados. Várias ações e atividades estão sendo realizadas.

Aqui, vemos os Municípios de Sem-Peixe, Urucânia, Dolores de Guanhanes e Canaã. Todos desenvolvem ações do Agita Minas que visam ao aumento do nível de atividade física da população e, conseqüentemente, à diminuição de fatores de risco. Além disso, no Dia Mundial de Prevenção do Diabetes, distribuímos, em todo o Estado, 248.350 "folders" do Agita Minas, além de 43.800 cartazes. Recebemos, dos 70 Municípios, os relatórios. A Secretaria de Estado de Saúde tem como objetivo publicar as experiências exitosas, principalmente dos Municípios que entraram em contato com a coordenação e enviaram o resumo do desenvolvimento das ações.

Quais são as ações efetivas do Agita Minas? Entre as que registramos, até o momento, ressaltamos a elaboração da resolução com a parceria efetiva dos 17 parceiros que citei. Ademais, contamos com a adesão de 352 Municípios para a rede de informações do Agita Minas. Todos os Municípios do Estado foram convidados. Os 352 Municípios aderiram a essa rede de informações.

Trouxe aqui alguns pontos para pensarmos os espaços públicos, onde poderão ser desenvolvidos os hábitos saudáveis de vida e desenvolvidas as atividades físicas. Nos 352 Municípios, temos 828 praças, 120 parques, 106 pistas de caminhada, 30 ciclovias, 735 quadras poliesportivas. Podemos, então, direcionar nossas ações para esses espaços públicos, a fim de efetivar o programa Agita Minas.

Como proposta para o futuro, estamos estimulando os nossos parceiros a levar adiante a idéia da adoção de uma praça para conquistarmos a saúde. O que significa a adoção de uma praça? A idéia é que, em cada praça pública, haja profissionais que possam trabalhar com a atividade física e com a promoção de hábitos saudáveis de vida.

Trouxe, ainda, o custo de manutenção desse projeto. Para mantermos os profissionais desenvolvendo essas ações, precisaríamos de R\$73.125,00. Trata-se de um valor muito baixo, se pensarmos que só a doença renal, em todo o Estado, absorve cerca de R\$508.000.000,00. Podemos, então, imaginar a relação custo-benefício.

Como a proposta "Adote uma Praça" pode ser desenvolvida? O objetivo é estimular empresas privadas, que podem ser parceiras do Agita. Além disso, pretende-se patrocinar os profissionais, a fim de que eles, em parceria com as unidades básicas de saúde, desenvolvam ações efetivas. Destarte, a população poderá encontrar, no local público, nas praças, profissionais capacitados para desenvolver esse tipo de atividade.

Para terminar, agradeço-lhes o convite. Peço apenas mais 2 minutos para demonstrar como foi o Dia Mundial de Prevenção do Diabetes em Belo Horizonte. Trouxemos um clipe que retrata um pouco as nossas ações.

É importante dizer que as ações do Agita Minas têm sido feitas de maneira pontual. Para o segundo semestre, objetivamos desenvolver ações efetivas, como esse projeto.

Estamos buscando a consolidação das parcerias que apresentei anteriormente. O clipe mostra o que realizamos no Parque Municipal, no dia 20 de novembro. É interessante, pois desenvolvemos ações de maneira que não só objetivamos a questão da saúde, mas imaginamos que, com cultura, lazer, outras propostas e com saúde, mudaríamos o perfil da assistência à saúde e conseguiríamos uma melhora da qualidade de vida da população.

Esse foi apenas um exemplo de ação pontual que a coordenação desenvolveu. O nosso objetivo é tornar efetivas ações pontuais como essa. Que a população possa identificar que, naqueles espaços públicos, há profissionais capacitados a desenvolver uma atividade física. Muito obrigada.

- No decorrer de seu pronunciamento, procede-se à apresentação de vídeo e "slides".

Boa-tarde. É uma alegria muito grande estar aqui. Parabênz todos os participantes pela contundente reflexão deste fórum diante de um tema tão pertinente como a obesidade. Abordarei o programa 5 ao Dia. Esta é a logomarca do programa no Brasil, criada pelo Instituto Nacional do Câncer na Califórnia. Recentemente, no II Congresso Pan-Americano para a Promoção de Frutas, Legumes e Verduras em Mendoza, na Argentina, todos os países da América Latina e da América Central elegeram o programa 5 ao Dia como o programa-modelo para estimular o consumo de FLVs.

Essa logomarca brasileira foi elogiada, inclusive neste evento, e queremos que seja a cara do programa no nosso país. Atualmente o programa está presente em 40 diferentes nações. Sempre o admiramos e sonhamos com a possibilidade de trazer o programa para o Brasil, e hoje a realidade do programa no Brasil, com suas diferentes frentes, é reconhecida não só na América Latina, como também na América do Norte.

O programa está alinhado às diretrizes da estratégia global de alimentação e atividade física, e uma delas, como todos sabem, é o aumento do consumo de frutas, legumes e hortaliças. O programa está relacionado com as recomendações da OMS, que sugere a ingestão mínima diária de 400g de FLV ao dia. Aliás, essa também é uma das recomendações do Ministério da Saúde. O primeiro passo é: aumente e varie o consumo de frutas, legumes e verduras.

O mundo inteiro descobriu que, por meio dos alimentos, prevenimos inúmeras enfermidades. Esse é um tópico bastante expressivo do programa 5 ao Dia, e trabalharemos com maior intensidade nos próximos anos com essa comunicação. De acordo com as informações da OMS, câncer, envelhecimento precoce, artrite, doenças do coração, colesterol, trombozes, prisão de ventre, diabetes e obesidade são enfermidades que podem ser prevenidas como resultado desse procedimento diário, ou seja, desse saudável hábito de ingerir frutas, legumes e verduras. É impossível não citar as agravantes, as conseqüências decorrentes dessa realidade, ou seja, desse caos em várias nações ao redor do mundo. Cada vez mais, preocupar-nos-emos com essa crescente realidade no Brasil.

O endocrinologista Waldir Coutinho comparou os índices da doença ao longo dos 20 anos. Ele alegou que, nos 60 países que representam mais da metade da população mundial, o problema explodiu em 58 desses países. Somente nos Estados Unidos, 283 mil bebês são grandes demais para as cadeirinhas de automóveis, o que é assustador. Estamos falando da realidade de um país de Primeiro Mundo, mas vocês devem perceber que essa realidade é crescente e polêmica em nossa nação. De acordo com o endocrinologista, nos últimos 30 anos, a alimentação das crianças brasileiras piorou.

Só falamos mal de quem não gostamos. Se você falar bem de frutas, legumes e verduras, seu filho também falará bem e toda a sua família será influenciada.

Temos de recuperar esse prazer de, diariamente, inserir na nossa alimentação frutas, legumes e verduras. Houve um aumento de 400% no consumo de biscoitos e refrigerantes. O nosso grande problema é o "lobby" dos industrializados. Temos uma luta gigantesca pela frente, porque o investimento das empresas produtoras de industrializados é muito maior do que o que tem sido feito para uma ingestão maior de frutas, legumes e verduras.

Segundo estimativa da OMS, cerca de 2.700.000 vidas seriam salvas anualmente, se se adotasse a ingestão diária mínima de 400g de frutas, legumes e verduras. Em países do Primeiro Mundo, já se fala de 10 a 12 porções ao dia. É uma presunção pensar nesse consumo, tendo em vista que a maior parte dos brasileiros não ingere sequer uma porção diária de frutas, legumes e verduras. Fica muito mais fácil comunicar às crianças a mensagem de que o plástico é inteligente e de fácil assimilação.

Estes dados de 2004, também da OMS, estão ultrapassados. Vejam que 80% das enfermidades cardiovasculares, 90% dos diabetes e 30% dos cânceres no mundo são decorrentes da ausência de uma alimentação saudável e uma vida ativa. O Instituto Nacional de Câncer - Inca - trabalha muito essas informações.

Este dado foi veiculado no jornal "A Tribuna", do Espírito Santo, pelo Inca, e revela estudos sobre a obesidade ou pré-obesidade na população com mais de 18 anos. Quando fiz uma palestra em Vitória, os capixabas não gostaram de saber que estão acima do peso. Essa é uma realidade. Em Belo Horizonte, 38,9% da população acima de 18 anos é composta por obesos ou pré-obesos, ou seja, está acima do peso. Esses dados são crescentes em todos os Estados brasileiros. Daí a importância do Programa 5 ao Dia ter chegado ao Brasil com essa comunicação diferenciada, estimulando um maior consumo de frutas, legumes e verduras.

O Programa 5 ao Dia Cores é uma comunicação brasileira, com a cara do País. Estamos sugerindo que se misturem cores no prato. Nos Estados Unidos, há a seguinte expressão: "Faça um arco-íris no seu prato". Sou gaúcho e gosto de carne, mas fico muito satisfeito ao encontrar de sete a dez cores de verduras e hortaliças no meu prato. Essa é uma grande vitória e conquista. Seria muito bom se todos os brasileiros comessem a variar e a aumentar a representatividade de cores nos seus pratos, que, quanto mais coloridos, mais saudáveis. A sugestão é: no café da manhã, adicione um alimento de cor roxa, como ameixa ou uva; no lanche das 9 horas, um de cor laranja, como mexerica ou suco de laranja; no almoço, brinque com a cor verde, que quanto mais escura, melhor e mais saudável; no lanche da tarde, insira a cor vermelha, como morango, que é "show" de bola, mas, por gentileza, não coloque creme de leite, só o morango; à noite, faça a ingestão de alimentos de cor branca, como couve-flor. Varie o seu cardápio e acrescente mais cores. Essa é uma comunicação complementar que adotamos no Brasil. Brinque com as cores dos alimentos. Quanto mais colorido, mais saudável. Portanto, distribua frutas, legumes e verduras em todas as suas refeições.

Este é o nosso "site": "[www.5aodia.com.br](http://www.5aodia.com.br)". A nutricionista esportiva Flávia Abdala responde em tempo integral a todas as demandas dos internautas.

Para qualquer singularidade que você queira descobrir sobre fruta, legume, verdura ou hortaliça, há uma comunicação direta, ou seja, um "link" do Instituto Nacional do Câncer e da Embrapa Agroindústria - um dos significativos parceiros do programa no Brasil - e dezenas de cardápios que podem ser inseridos no nosso cotidiano. Baixe todas essas informações, leve-as para a sua casa e faça uma revolução no seu lar, na sua cozinha. Toda a sua família receberá os efeitos positivos desse programa, que é revolucionário. Citarei três razões. Primeiro, porque cumpre o perfil da responsabilidade social corporativa. Minas Gerais deve saber que a Unimed Vitória inseriu o programa 5 ao Dia numa comunicação destinada aos colaboradores. Nesta semana, realizei uma palestra para os fornecedores da Unimed Vitória. Num segundo momento, estamos avançando agora para os clientes. Quando uma empresa se insere no programa, recebe o manual de implementação, a comunicação diferenciada junto aos seus colaboradores e o "link" 5 ao Dia no "site" da empresa. Essa é a nossa idéia. Um fornecedor, um cliente ou um colaborador pode receber assessoria constante do programa na sua necessidade diária. O 5 ao Dia é um eficiente instrumento para acelerar a implementação da estratégia global e, conseqüentemente, enriquecer a iniciativa da Semana de Alimentação Escolar.

Desejo informar a todos que essas duas peças estão à disposição no "site" do 5 ao Dia. Uma foi elaborada para orientar o professor a trabalhar de forma pedagógica com a criança na sala de aula. Essas cartilhas alcançaram 1.500.000 alunos na rede pública municipal, no Estado do Rio de Janeiro. O Instituto Annes Dias, da Prefeitura do Rio de Janeiro, possui dados de dezenas de professores se reportando a esse assunto, em decorrência dessas cartilhas. Isso é fantástico. A outra é alusiva à Semana de Alimentação Escolar e às mostras dinâmicas da sala de aula. O professor pode otimizar essa comunicação para crianças de diferentes faixas etárias.

Desejamos que a marca 5 ao Dia esteja na mente dos brasileiros, tão conhecida quanto as campanhas de câncer de mama, do Fome Zero e a favor dos portadores de HIV. Isso não é presunção, tendo em vista que o 5 ao Dia é o maior programa desse nível nos EUA. Além disso, quando olhar para a palma da sua mão, que a criança descubra que, naquele dia, não tomou um suco nem inseriu uma cor diferente no seu prato e precisa vencer essa luta contra os industrializados. Essa é uma comunicação dinâmica. Não adianta orientá-la se, em casa, o pai lhe dá biscoito recheado, "chips", etc. A idéia é que essa comunicação seja abrangente. Estamos trabalhando com o cônjuge do colaborador, realizando "workshops", e com os filhos dos colaboradores, fornecendo sucos exóticos e saladas alternativas. Nesta semana, criamos um cardápio junino 5 ao Dia. Um dos setores da empresa foi sorteado e recebeu um café-da-manhã genuinamente 5 ao Dia junino, alusivo à festa que comemoramos no País.

Aqui está o Comitê de Mobilização da Estratégia Global, que foi realizado no Rio de Janeiro. Esses parceiros expressivos têm promovido um fantástico trabalho nesse Estado. Estamos avançando em Manaus e indo para São Paulo. A idéia é ter um representante em cada Estado. Estamos negociando isso por meio do CRN e, conseqüentemente, do CFN, para que consigamos essa extensão e representatividade do programa no Brasil.

Aqui estão os nossos parceiros. Fico animado em saber que o Agita Minas tem 17 parceiros. Então terminamos 2005 com 17 parceiros. Esse programa tem um ano e meio de vida no Brasil e deu um pulo muito significativo. Peço a todos que se juntem a nós nessa luta. Deveremos nos articular da melhor maneira possível. Estamos receptivos a toda sorte de proposta e de incentivo, para que, cada vez mais, o programa melhore e supra a expectativa de toda a nossa população. Muito obrigado. Parabéns a todos.

- No decorrer de seu pronunciamento, procede-se à apresentação de "slides".

Palavras da Sra. Rozane Márcia Triches

Boa-tarde a todos. Agradeço o convite para a exposição.

Vim do Sul e, portanto, ouvirão uma forma de expressão um pouquinho diferente. O trabalho que estamos fazendo em Dois Irmãos tem alcançado bastantes pessoas. Percebemos que o programa está dando frutos e muitos querem reproduzi-lo.

Dois Irmãos (RS) é uma cidade muito pequena e tem em torno de 30 mil habitantes, composta, quase em sua totalidade, de pessoas de origem alemã. Vocês podem até perceber essa evidência pelos meus traços.

O meu objetivo é apresentar-lhes o projeto que estamos realizando nessa cidade, desde o ano de 2003, no programa de alimentação escolar. Pegando o "link" do palestrante anterior, sabemos da nossa responsabilidade em fazer com que essas crianças se tornem consumidores conscientes. Como ele comentou, vivemos sob a égide do poder da indústria, quer dizer, consumimos sem poder escolher o que está sendo consumido. Temos de modificar essa situação para fazer com que o consumidor escolha o que quer comer. Não podemos simplesmente aceitar o que a indústria alimentícia impõe. Esse é um papel bastante importante no que se refere à alimentação. Precisamos começar esse trabalho com as crianças, pois serão os futuros adultos. Portanto, são esses cidadãos quem decidirão; aliás, todos nós temos de decidir o que comer.

Começamos o projeto em Dois Irmãos, em 2003, em conseqüência da preocupação, que todos temos hoje, com a transição nutricional, já comentada aqui muitas vezes. Verificamos muito essa realidade, principalmente no Sul, numa região de colonização alemã, onde os pratos são muito gordurosos e calóricos. Lá, vemos, claramente, essa transição nutricional.

O que podemos, consensualmente, perceber é que a obesidade vem de uma alimentação errada. A nossa literatura diz que os nossos padrões alimentares estão muito errados, acarretando, assim, problemas de obesidade crescente na população. Começamos, então, pesquisando como estava a alimentação das crianças nas nossas escolas municipais.

Hoje, fala-se muito em educação nutricional para se combater a obesidade. Fala-se bastante que temos de educar as crianças para comerem direito. Então, procuramos saber se o conhecimento das crianças, de alguma forma, trazia-lhes benefícios. Será que ter conhecimento é suficiente para provocar a mudança de hábitos alimentares? Essa foi uma das perguntas da nossa pesquisa.

Além disso, no período de diagnóstico, resolvemos saber como as crianças se sentiam em relação ao seu corpo, se estavam satisfeitas consigo mesmas. Percebemos que, cada vez mais, não apenas os adolescentes, mas também as crianças estão insatisfeitas com o seu corpo.

Outra questão de diagnóstico foi a atividade física, da qual também ouvimos falar bastante, muito relacionada à obesidade.

A primeira tabela que apresento trata da evolução do sobrepeso e da obesidade nas escolas municipais. Foram feitas duas avaliações nutricionais, uma em 2003, outra em 2004, por meio das quais percebemos que, em um ano, cresceu a prevalência de risco de obesidade nessas crianças. Então, preocupamo-nos ainda mais com isso.

Por essas tabelas serem muito científicas, podem complicar um pouco o entendimento de vocês. O que achamos nesse diagnóstico? De fato, a obesidade relaciona-se a práticas alimentares erradas, mas não adianta apenas repassar conhecimento às crianças. Na verdade, as crianças obesas têm muito mais conhecimento que as eutróficas, ou seja, saber mais não significa que haverá mudança da prática alimentar. Continuo a ter as mesmas práticas alimentares, mesmo tendo maior conhecimento de nutrição. Simplesmente fazer com que o professor ensine as vitaminas de determinados alimentos, se a verdura é mais saudável que um salgado fará diferença às crianças com sobrepeso? A pesquisa nos mostrou que não. Temos de mudar a prática alimentar, o que não se consegue apenas com conhecimento. Esse foi um dos resultados que a pesquisa apontou.

Em relação à insatisfação corporal, percebemos que as meninas, mesmo quando estão com peso normal, querem emagrecer; e os meninos, na mesma situação, querem engordar, ficar mais fortes. Essas crianças têm idade de 8 a 10 anos. Houve uma alta prevalência de insatisfação corporal: cerca de 70% das crianças disseram que não estavam satisfeitas com seu corpo. Quer dizer, a sociedade faz com que as crianças engordem - a maioria dos alimentos que têm a sua disposição são calóricos - e, ao mesmo tempo, exige que as meninas sejam magras e os meninos robustos. Com essas duas contradições, o que se passa na cabeça das crianças? O que estamos fazendo com as nossas crianças? Ressalto: são crianças, não adolescentes.

Outra coisa que percebemos na nossa pesquisa sobre insatisfação corporal é que as crianças com maior insatisfação eram da zona urbana. Daí concluímos o quanto a mídia faz com que as crianças incorporem estigmas ou percepções de um corpo idealizado.

Quanto à atividade física, não preciso estender-me. Com certeza o sedentarismo é um dos grandes fatores que levam à obesidade. Esse é um quadro do qual as Prefeituras não podem fugir, porque terão crianças com esse perfil e com os mesmos problemas. Então, nossas intervenções foram pautadas no que verificamos em nossa pesquisa. Percebemos que estamos diante de uma cultura altamente globalizada, como muito

bem mencionaram os palestrantes anteriores. Estamos sempre sendo aculturados no nosso modo de alimentar. Não temos muitas alternativas, a não ser os alimentos industrializados, aliás, cada vez mais industrializados e modificados. A produção de alimentos hoje obedece, cada vez mais, aos interesses capitalistas, que é vender. O que as crianças gostam de comer? Elas gostam de alimentos industrializados, porque eles têm sabor. A criança não gosta de comer aquilo que não tem sabor, então as indústrias se utilizam de aditivos químicos para convencer nossas crianças a pedir um salgadinho ao invés de uma fruta. Sabendo que apenas conhecimento não adiantará nada, resolvemos mexer na estrutura disso. Se o problema está na produção de alimentos, vamos alterar isso. Nosso foco foi produzir alimentos que fugissem desses "lobbies" industriais e oferecê-los às escolas. Inserimos alimentos da agricultura familiar praticamente sem nenhum processamento, alimentos naturais, da cultura dessas crianças, alimentos que não foram impostos. Começamos a trazer aqueles alimentos que os pais comiam antigamente, produzidos por pequenos agricultores. Essa foi nossa primeira iniciativa.

A segunda iniciativa foi implantar um horto municipal e hortas nas escolas, para mostrar que uma verdura aí plantada não possui agrotóxico, é totalmente orgânica, produzida como antigamente. Na infância, eu gostava de comer verduras porque elas tinham sabor. Ninguém me obrigava a isso. Hoje uma verdura comprada no mercado não tem gosto de nada. Queríamos trazer de volta o sabor das verduras. O horto municipal fez essa revolução. As crianças começaram a comer verduras, e não porque as obriguei a isso, não porque a merendeira forçou-as a comê-las, mas porque começaram a gostar dessa verdura que trouxe seu gosto original, perdido porque a indústria fez com que elas ficassem híbridas. Capitalizaram os alimentos que acabaram perdendo totalmente sua originalidade. O horto municipal foi feito com esse objetivo, e, além do gosto, passamos a ter uma variedade de verduras. O prato das crianças na merenda escolar é colorido porque elas podem escolher o que querem comer. Se não gostam de uma verdura, têm outras opções. Outro detalhe é o frescor. Não compramos as verduras do Ceasa, de um grande distribuidor, simplesmente as colhemos na horta e as distribuimos nas escolas. Esse também é um grande diferencial.

Enriquece muito também o fato de as próprias crianças produzirem essas verduras e saberem que estão consumindo o que produziram. A alteração na produção de alimentos se deu com a inserção da alimentação integral nas escolas. Chega de coisa refinada. Comemos tantas coisas refinadas que acredito que tenhamos perdido muitos nutrientes do alimento natural. E isso cria certo preconceito, pois se tem a idéia de que comer coisa integral é ruim. As crianças criam esse preconceito e dizem que não gostam de arroz integral, de pão integral, enfim, de nenhum alimento integral. Vimos que não é assim. As crianças começaram a comer alimentos integrais sem o preconceito de que iam comer arroz integral. "Ah, professora, vamos comer arroz integral porque é bom para a saúde!" Não, elas começaram a comer o arroz integral como se fosse um arroz comum. Começaram a comer cuca integral, um bolo doce típico do Sul, bem gorduroso, cheia de farofa, que transformamos em alimento integral e que ficou muito gostoso.

Não podemos deixar de considerar que as crianças comem o que gostam. Quando se introduz alimento integral na merenda escolar, devemos considerar que esse alimento precisa ter sabor. Percebemos que as crianças começaram a comer alimentos integrais sem perceber. Às vezes, comiam arroz sem saber que era integral, e ninguém reclamava ou dizia que era ruim. Nós é que temos certo preconceito de que arroz integral não tem gosto ou que tem gosto de farelo. Como elas não tinham esse preconceito, comeram como se fosse uma comida qualquer. Quando enfatizamos muito que têm de comer arroz integral ou salada, as crianças perguntam por que a professora tentam convencê-las a comer aquilo, já que é tão bom. A criança pergunta: por que a professora está querendo me convencer a comer isso? Se é tão bom assim, ela não precisaria me convencer. Se salientarmos demais uma questão, o efeito acaba sendo inverso e elas acabam não consumindo esse tipo de alimento. Essas são as propostas.

Outra coisa que queremos e que ainda está muito incipiente em Dois Irmãos é a educação adicional. Comecei falando sobre isso. Precisamos conscientizar a população, principalmente as crianças, a comer alimentos saudáveis. Muito mais do que repassar conhecimento, precisamos educar a criança a ter um hábito alimentar diferenciado ao que ela tem hoje como imposto. Ela não come salgadinho ou toma refrigerante porque gostaria de comer, apesar de serem gostosos. Ela precisa crescer com um hábito alimentar adequado, saudável, sem imposições, e escolher os bons alimentos no futuro. E a indústria deve passar a produzir esse tipo de alimento. Hoje, como já disse, não escolhemos o alimento que queremos comer; quem escolhe é a indústria. Precisamos mudar o hábito alimentar das crianças de hoje. São elas quem devem dizer o que querem comer para que as indústrias comessem a produzir os alimentos que querem consumir. Como? Educando a minha criança a um paladar diferenciado, a escolhas diferenciadas.

A última coisa que temos como intervenção é fazer o monitoramento anual do estado nutricional das crianças. Todo ano é feita a avaliação nutricional dos escolares de 8 a 10 anos. Quanto à evolução, já abordei no início. No ano passado, foi feito esse monitoramento, mas não tenho os dados. Vamos fazê-lo novamente neste ano, uma forma de avaliar anualmente a evolução do estado nutricional das crianças.

Ressalto que esse programa não é de cura da obesidade ou de redução de seus índices em um ano, pois não é um projeto de curto prazo. Queremos que as crianças comecem a ter hábitos diferentes a fim de que, no futuro, haja retorno, para que sejam adultos mais saudáveis. Como exposto pela manhã, o sistema de saúde também tem muitos gastos para curar a obesidade.

A promoção vai além da área de saúde, e por isso é inter-setorial. Quem deve fazer isso? A educação? Sim, pois estamos falando de merenda escolar, de educar as crianças para que tenham um hábito alimentar diferenciado, tornando-se um adulto saudável e para que o sistema de saúde não entre num caos. É preciso investir em saúde dessa forma, tornando as crianças adultos saudáveis por terem aprendido a se alimentar adequadamente. Precisam ainda aprender a serem consumidores exigentes. Mudar essa prática comum ainda hoje, em que a produção impõe o que vamos comer. Devemos começar a decidir o que eles devem produzir para comermos.

Passarei um vídeo que retrata bem o que é nosso programa de alimentação escolar em Dois Irmãos. Ele foi exibido no "Globo Repórter" em janeiro.

- Procede-se à exibição do filme.

Esse é um exemplo bem prático, que demonstra nossa realidade em Dois Irmãos. Se servir para a realidade de vocês, é um exemplo do que poderão implementar em seus Municípios, pois está dando resultados. Não estamos vendo resultados em termos de diminuição de níveis de obesidade, mas em termos da melhora dos hábitos alimentares das nossas crianças, o que, para mim, é muito bom. Fazer com que essas crianças comecem a pensar mais a respeito do que comem, de forma prazerosa, é muito bom. Obrigada.

- No decorrer de seu pronunciamento, procede-se à apresentação de "slides".

#### Esclarecimentos sobre os Debates

O Sr. Presidente - A ata deste fórum, contendo a exposição completa das exposições e debates, será publicada no jornal "Minas Gerais", no "Diário do Legislativo", edição do dia 22/7/2006. Aos interessados em gravar em vídeo as reuniões do ciclo de debates esclarecemos que não será possível fornecer cópias das gravações, porque haverá reprise do evento pela TV Assembléia.

As datas de reprise deste fórum técnico serão informadas pela TV Assembléia em sua programação. Os arquivos aqui apresentados estão disponíveis no "site" [www.almg.gov.br](http://www.almg.gov.br). Os certificados estão sendo entregues no mesmo local onde foi feito o credenciamento.

Daremos início à fase de debates. A Presidência informa ao Plenário que os participantes poderão formular perguntas aos expositores. As questões poderão ser encaminhadas por escrito ou oralmente, mediante inscrição prévia. Para que possamos agilizar o debate, solicitamos aos participantes que fizerem uso do microfone que se identifiquem, sejam objetivos e sucintos, dispensada a formalidade das saudações pessoais. Cada participante disporá de 3 minutos para fazer a intervenção, sendo garantido o mesmo tempo para as respostas.

Após a leitura do documento de propostas, passaremos à eleição da Comissão de Representação deste fórum técnico, que terá a incumbência de acompanhar os desdobramentos das propostas junto à Comissão de Saúde. Para que a Comissão de Representação seja significativa e, ao mesmo tempo, possa desempenhar seu trabalho com agilidade e eficiência, sugerimos seja composta com integrantes de, no máximo, 20 entidades.

As inscrições para participarem da Comissão de Representação podem ser encaminhadas à assessoria da Casa até o término da leitura das propostas.

## Debates

O Sr. Presidente - Para iniciar o debate, passo a palavra a uma pessoa ilustre, a qual tem participado efetivamente deste fórum, o ex-Vereador Betinho Duarte, que perguntará oralmente ao Sr. Ricardo da Cruz e à Sra. Rozane Márcia.

O Sr. Alberto Betinho Duarte - Boa tarde a todos! Primeiramente quero parabenizar o Ricardo da Cruz. Na verdade, não conhecia esse projeto. Farei duas perguntas, mas, antes, quero esclarecer que nunca me preocupei com as cores dos alimentos que como.

Listei o que como diariamente: cenoura - perguntei a alguém a cor, pois não me lembrava - é laranja; beterraba, vermelha; milho, amarelo; ervilha, verde; beringela, tem uma cor escura que não sei definir; brócolis - gosto muito -, verde; e tomate, vermelho. A partir de agora começarei a prestar atenção nas cores dos alimentos. Quanto às frutas, gosto de muito de maçã - até trouxe uma comigo -, que é vermelha; pêsego, amarelo; uva, uma é verde e a outra é mais escura; a banana é branca; o morango é vermelho, e eu o como com mel.

Na verdade, farei duas perguntas para esclarecer dúvidas. Não entendi muito bem o que você disse. Esse projeto é patrocinado por uma ONG? Forneça-nos o "site", para que possamos consultá-lo; é importante.

A segunda questão será dirigida à Rozane. Ontem quis fazer uma pergunta à Raquel Santos, da Secretaria de Estado de Educação, mas não tive oportunidade. Você se referiu à merenda escolar, mas as nossas crianças estão sendo seduzidas pela cantina escolar. Apresentarei duas propostas a este fórum e quero que as comente.

Então, estou sugerindo a proibição de as cantinas venderem aos alunos produtos prejudiciais à saúde, como bala, caramelo, pirulito, doce à base de goma, goma de mascar, bebida alcoólica, refresco de pó industrializado, refrigerante, etc. Gostaria de saber sua opinião, porque você apresenta uma merenda saudável, como falou, mas as nossas crianças estão sendo seduzidas na cantina da escola.

A segunda proposta que apresento é a proibição do comércio ambulante como carrinhos de bala, doce, pipoca e similares, em um raio de 200m em volta das escolas e das igrejas. Deputado Doutor Ronaldo, existe um carrinho na porta da Assembléia, mas aqui só há adultos, e o adulto possui livre arbítrio e come o que quer. E terá as conseqüências futuramente. Não sei se, no Rio Grande do Sul, existe o chupe-chupe, feito com um colorante colocado em água e congelado, que as crianças ficam chupando. E descobriram que, em muitos desses produtos, a água estava poluída. Então, na porta das escolas, além da preocupação com o que vendem, com o conteúdo, há a preocupação com a procedência, muitas vezes com implicações muito mais graves, porque não sabemos quem é o vendedor.

As pessoas ficam com pena do vendedor, do ambulante, e dizem que, com isso, tirarão o seu emprego, e que ele tem família. Mas, muitas vezes, ele é até traficante e está ali para seduzir as nossas crianças.

Quer saber sua opinião sobre essas duas propostas, não contra a merenda escolar, mas quanto às cantinas das escolas públicas e privadas. E meus parabéns pelo projeto.

A Sra. Rozane Márcia Triches - Não criamos esse problema lá, por isso não saberia. Não temos cantina escolar em nenhuma escola municipal em Dois Irmãos; em todas só há merenda escolar. Mas vejo essa conscientização de que a cantina é um serviço e um préstimo à deseducação alimentar como um movimento que vem crescendo cada vez mais. O que se vende na cantina não tem nada de saudável, pelo menos nas cantinas que conheço. Está havendo um movimento para que essas cantinas vendam alimentos mais saudáveis, naturais, pois, se há bala e doce, a criança não escolherá o sanduíche natural nem a fruta. O objetivo da cantina é lucrar, mas, se ela está dentro da escola e a escola se propõe a educar o aluno, não cabe outro objetivo que não seja educação alimentar. Então, sou totalmente contra cantina dentro da escola.

Quanto aos ambulantes, a proposta está tirando emprego de alguns deles, mas gostei da sugestão de eles não poderem ficar em um raio de 200m de escolas e de igrejas, porque, não havendo cantina, a criança comprará alimento fora da escola. A criança gosta do que tem sabor, e o que tem sabor é o que a indústria está colocando à disposição. Se o que tem sabor não é o saudável, temos que lutar contra isso. E lutar contra isso é investir em alimentação saudável. Não deixar ambulantes venderem seus produtos nas portas das escolas não os fará perder emprego, pois venderão em suas redondezas, e as crianças terão uma alimentação mais adequada. No futuro, o lucro desses comerciantes reverterá em saúde pública. Se essa política tiver apoio e for posta em prática, o lucro será nosso.

O Sr. Presidente - Gostaria de comentar também a fala do Betinho, que é de extrema importância. É rara a escola que não tem um ambulante na porta. Você não quis entrar em certos meandros, mas eles vendem até outras coisas. Realmente tem que ser feita alguma coisa nesse sentido. Podem ter a certeza de que essa proposta será aprovada ao final deste fórum.

Gostaria de informar que, para constituir esta Comissão, não se aceita nome individual, somente instituição.

O Sr. Ricardo da Cruz - Ratificando, o "site" do Programa 5 ao Dia é [www.5aodia.com.br](http://www.5aodia.com.br). Peço perdão a todos por não ter mencionado que foi criado o Instituto Brasileiro de Orientação Alimentar - Ibra -, que gerencia o Programa 5 ao Dia no Brasil, diferentemente de outras nações, objetivando parcerias institucionais em diferentes segmentos e setores. Decidimos que seria muito maduro da nossa parte constituir um órgão maior e mais representativo para direcionar o Programa 5 ao Dia no Brasil. Também há a certificação do Ministério de Justiça, portanto é uma Oscip, e essa certificação dá um endosso a mais ao Programa 5 ao Dia no Brasil.

O Sr. Presidente - Temos outra pergunta dirigida ao senhor. Já que você está com a palavra, vou fazê-la. Pergunta de Daniel: "Como estender esse Programa a outros Estados do Brasil?".

O Sr. Ricardo da Cruz - Cada segmento tem uma abordagem distinta. Estamos avançando com o segmento supermercadista, com as centrais de abastecimento. Como já citei, temos a Ceagesp como parceira, a Unimed Vitória, que é uma cooperativa, a Embrapa, a Agroindústria, o Inca. Para cada segmento, estamos tendo que articular uma implementação coerente com a demanda desses segmentos.

Quero frisar que estamos disponibilizando o programa para a rede pública municipal sem custo algum. Todo o material que está pronto - "banners", cartazes, lâminas, pôsteres - já está disponibilizado para qualquer escola que queira implementar o programa e ter esse diferencial nas cantinas, estimulando uma lei que as normatizará, instruindo e orientando os cantineiros a desenvolver o 5 ao Dia com as crianças.

A Sra. Francine Silva Barbosa - Sou nutricionista. Na verdade queria apenas compartilhar algo com os presentes e solicitar comentários da Mesa, se entenderem oportuno. A composição da Mesa agora à tarde é diferente da composição da Mesa pela manhã, que está mais diretamente relacionada com o que vou dizer.

De manhã tivemos a participação do Dr. Wagner, que trouxe, de forma mais contundente, o caráter prático tão necessário a esse fórum. Discutimos o problema da obesidade, rodamos e caímos sempre no mesmo lugar. Não temos, na ponta, um profissional qualificado, o nutricionista. Entendemos que o problema da obesidade é complexo sob vários aspectos; porém, neste ponto é simples: precisamos do profissional habilitado em nutrição para tratar um problema que é de natureza também nutricional; de um profissional que se preparou na universidade para monitorar e avaliar o estado nutricional, a fim de intervir na saúde do indivíduo. É isso que eu gostaria de comentar. Temos que sair daqui com algo que efetivamente seja prático, que, na ponta, se transforme em ação para avançarmos. Caso contrário, vamos continuar dizendo que nutricionista é profissional do futuro, mesmo sabendo que, nos dias de hoje, o nosso país padece de uma epidemia de obesidade. Obrigada.

O Sr. Presidente - Muito oportuna sua fala. Acredito que, nas propostas que foram apresentadas, alguma coisa pode ser notada neste sentido. Quero agora passar a palavra para a representante da Prefeitura de Varginha, Sra. Flávia, que enviou pergunta à Vanessa: "Como estender o Programa Agita Minas para o interior? Qual o contato em Belo Horizonte?".

A Sra. Vanessa Almeida - Bem, Flávia, a proposta do Agita Minas é estadual. Temos o objetivo de atuar em todos os Municípios do Estado de Minas Gerais. Claro que, na Secretaria de Saúde, temos uma relação direta com as nossas regionais, que têm também uma relação direta com cada Secretaria Municipal de Saúde.

O Agita Minas até hoje teve ações muito precisas com a produção de pôsteres e informativos. Esperamos desenvolver, aumentar e melhorar as ações efetivas, estimulando os municípios a fazerem o mesmo.

Quando falo em ações efetivas, refiro-me a ações que devem ser desenvolvidas no dia-a-dia das unidades básicas de saúde ou dos parceiros que contribuem para essas unidades.

Deixo aqui nosso contato, nosso "e-mail", que é hiperdia.sas@saude.mg.gov.br. Estamos à disposição.

O Sr. Presidente - A partir deste momento, já não poderemos aceitar perguntas, pois, ainda temos algumas aqui, e precisamos ler 93 propostas, uma moção, e aprová-las.

Temos uma pergunta da Alexandra Costa, técnica de nutrição e dietética, representando o Senac, para a Rozane Márcia: "Que dicas você daria para profissionais como nutricionistas e técnicos em nutrição, para que possam tentar implantar o programa de controle da obesidade infantil em escolas e creches de Belo Horizonte, principalmente de escolas públicas?".

A Sra. Rozane Márcia Triches - Minhas dicas foram expostas antes, quando apresentei o projeto que estamos fazendo em Dois Irmãos.

Parece que existe resultado apenas no repasse de conhecimentos de nutrição para essas crianças. Isso é apenas parte do processo. Não teremos resultado, se ficarmos apenas nisso.

Digo que muito mais importante que repassar conhecimentos é começarmos a mudar o ambiente dessas crianças, pois, até nós, nutricionistas, que sabemos tudo de alimentação e nutrição, às vezes não colocamos esse conhecimento em prática.

Gostei muito quando, hoje pela manhã, uma palestrante comentou sobre educação nutricional e disse que educação nutricional não é fácil de desenvolver. Educação Nutricional não é só repassar conhecimentos, pois, se fosse apenas isso, seria fácil; afinal, todos já sabem alguma coisa sobre nutrição, até mesmo as crianças. Muito mais importante que isso é mudarmos o ambiente delas; trazer alimentação saudável para o mundo das crianças é difícil.

Hoje, os nutricionistas lutam como David contra Golias para combater a forma utilizada pela indústria alimentícia para estimular as crianças a comerem determinados alimentos. A indústria alimentícia tem muitas estratégias que fazem com que as crianças, de alguma forma, prefiram os alimentos que ela produz. Portanto, trabalhar nesse cenário é muito difícil para nós, nutricionistas. Por isso, muitas vezes, frustramo-nos com os programas de educação nutricional.

Mais que isso, temos de trabalhar para que a criança viva em um ambiente em que haja alimentação saudável. Isso, porém, não basta; é preciso que a alimentação ofereça-lhe prazer. A criança só vai ter uma alimentação adequada e saudável quando sentir prazer com ela. Sempre ressalto essa questão, pois entendo que a criança não mudará seus hábitos alimentares, simplesmente por saber, por exemplo, que cenoura faz bem aos olhos. Isso não existe. Ela só vai comer a cenoura quando souber que se trata de um alimento gostoso. É para isso que as estratégias devem ser direcionadas. Temos de conquistar as crianças pelo prazer, e não pela imposição.

O Sr. Presidente - Com a palavra, a Sra. Cléia da Silva Barcelos, do Senac-MG.

A Sra. Cléia da Silva Barcelos - Boa-tarde a todos. Gostei muito deste fórum técnico. Trata-se de uma grande iniciativa e é um incentivo para nós, da área da saúde, discutir obesidade.

Rozane, fiquei muito curiosa quando você falou da variedade da merenda escolar. Observei que há arroz integral e açúcar mascavo, cujos preços são elevados em relação aos produtos comuns. Minha curiosidade refere-se ao custo, pois sabemos que, em Minas Gerais, o "per capita" da merenda escolar é muito baixo. Gostaria que você me falasse como conseguiu trazer tanta variedade, dispendo de um valor que, acredito, não é tão alto. Qual é o segredo? Obrigada.

A Sra. Rozane Márcia Triches - O governo federal disponibiliza apenas R\$0,22, apesar de esse valor ter aumentado muito. Há 3 ou 4 anos,



contávamos apenas com R\$0,06. Como se vê, o valor subiu muito, graças a Deus. Todavia, ainda não é suficiente. Isso se deve ao Lula, pois foi quem aumentou o "per capita" da merenda escolar. Ainda assim, esse valor é baixo para comprar alimentos integrais, que são mais caros, em virtude de uma oferta e de uma procura escassas. Quando nos interessarmos por comprar mais esses alimentos, com certeza a indústria alimentícia irá produzi-los mais, e, conseqüentemente, o valor diminuirá.

Em Dois Irmãos, foi possível variar o cardápio, porque o Prefeito tem consciência da importância de se investir em merenda escolar. A Prefeitura garante os recursos que ultrapassam os R\$0,22. Então, a Prefeitura terá de investir na merenda, se quiser ter uma alimentação de melhor qualidade. Trata-se de uma questão de política pública. Se o Prefeito quer melhorar a alimentação escolar, terá de investir na merenda. É isso o que acontece em Dois Irmãos. A conscientização de que a merenda escolar é uma forma de se poupar no futuro é algo que, infelizmente, quase não se vê na política, no poder público.

Na verdade, os políticos só investem em algo que produza resultados a curto prazo, ou seja, não se ganham votos com resultados que só aparecem no futuro. Portanto, não há investimento.

Como profissionais de saúde e de nutrição, temos de convencer nossos políticos a investirem em algo que produza resultados futuramente, e não apenas no momento atual.

É assim que um bom governante deve atuar, pensando não só nos quatro ou oito anos de gestão pública, mas também no futuro da população.

O Sr. Presidente - Há um ditado sobre isso, Rozane. "O estadista é aquele que pensa na próxima geração, e o político é aquele que pensa apenas na próxima eleição".

Antes de fazer a leitura das propostas, a Presidência gostaria de esclarecer aos participantes que a assessoria da Casa fez um trabalho de síntese e de aglutinação de proposições iguais, semelhantes ou análogas, além de uma revisão de linguagem. Por essa razão, algumas propostas apresentadas poderão eventualmente estar reescritas ou contidas em outra. O importante é que as idéias apresentadas foram mantidas. Nos casos em que isso não tenha ocorrido, o proponente poderá encaminhar à assessoria, por escrito, a idéia não incluída no relatório que vocês receberão. Informamos, também, que essas propostas serão encaminhadas à Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa.

#### Apresentação e Discussão de Propostas

O Sr. Presidente - Passaremos agora à leitura das propostas.

#### DOCUMENTO FINAL DO FÓRUM TÉCNICO OBESIDADE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

##### Introdução

Este documento contém as propostas apresentadas pelos participantes do fórum técnico "Obesidade: Desafios e Perspectivas", realizado pela Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais, nos dias 6 e 7/7/2006. Todas as propostas apresentadas na ocasião foram acolhidas e constam do documento. Num segundo momento, elas serão analisadas pela Comissão de Representação do Fórum e encaminhadas à Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa.

A Comissão de Representação vai estabelecer um calendário com a Comissão de Saúde para levarem adiante a discussão das propostas e a forma de viabilizá-las.

##### Propostas Apresentadas

###### Legislação e políticas públicas voltadas para a prevenção da obesidade

- 1 - Proibição de programas de televisão para menores de dois anos.
- 2 - Estabelecimento do tempo máximo de 30 minutos por dia para crianças jogarem "videogames" ou acessarem a internet.
- 3 - Transformação em leis, com penalidades severas, das sugestões do Conselho Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária – Conar.
- 4 - Proposição de lei federal que proíba a venda de alimentos não nutritivos nas escolas e incentive o consumo de alimentos saudáveis.
- 5 - Liberação da Portaria nº 1.075, de 4/7/2005, que estabelece diretrizes para atenção ao paciente portador de obesidade, e da Portaria nº 390, de 6/7/2005, que regulamenta o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. Suspensas desde 14/7/2005, essas portarias tratam do atendimento e dos procedimentos referentes a cirurgias bariátricas.
- 6 - Apresentação de projeto de lei que determine a realização da cirurgia de gastroplastia, autorizada pelo SUS, nos hospitais da rede Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig –, os quais passariam pelas modificações necessárias para atender a essa demanda.
- 7 - Criação de lei que disponha sobre a contratação, pelo Estado, de nutricionista para coordenar o programa de merenda escolar nos estabelecimentos públicos de ensino.
- 8 - Proibição, nos horários de programas infantis na tevê, de propaganda de alimentos nocivos à saúde, e obrigatoriedade de divulgação da importância de uma dieta alimentar que inclua frutas, sucos, legumes, leite e derivados, utilizando-se imagens de crianças saudáveis, felizes, praticando esporte ou atividade lúdica.
- 9 - Obrigatoriedade de envio, pelas equipes do PSF, de notificação das crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade, para serem encaminhadas a tratamento.
- 10 - Criação de lei que regule a quantidade e qualidade das aulas de educação física nas escolas públicas e privadas.

- 11 - Exigência, pelos governos, de uma equipe qualificada para criação do Consea e garantia de verbas para que essa equipe desenvolva suas atividades.
  - 12 - Proibição de ácidos graxos trans nos produtos alimentícios, assim como de propaganda de alimentos não saudáveis nos meios de comunicação, especialmente os de grande aceitação pela população infanto-juvenil.
  - 13 - Criação de leis que garantam a presença de profissionais nutricionistas, treinadores físicos e psicólogos nas equipes de Saúde da Família, Saúde em Casa, em postos de saúde e em escolas e garantia de verbas para execução dos projetos.
  - 14 - Cumprimento do disposto na lei que recomenda o nutricionista como coordenador do Sisvan nos Municípios.
  - 15 - Criação de portaria que limite a quantidade adequada de sódio, gordura saturada e trans em alimentos industrializados.
  - 16 - Criação ou revisão da legislação que diz respeito à obrigatoriedade das aulas de educação física nas escolas, estabelecendo um mínimo de duas aulas semanais em todos os níveis, desde a educação infantil até o 3º grau.
  - 17 - Criação de legislação específica para inserção dos profissionais de PSF.
  - 18 - Criação de legislação específica para inserir o profissional nutricionista nas Secretarias de Educação, para coordenar e supervisionar a merenda escolar e as cantinas das escolas, e abertura de concurso para ocupação dos cargos.
  - 19 - Implantação de política pública de prevenção e controle da obesidade e melhoria da qualidade de vida, para todas as faixas etárias, particularmente para crianças, gestantes e idosos.
  - 20 - Criação de leis que incentivem e promovam alimentação saudável nas escolas públicas e privadas.
  - 21 - Efetivação da lei federal que determina a presença de médico nutrólogo nas equipes de hospitais.
  - 22 - Criação de lei que trate da adequação das cantinas das escolas da rede pública e privada – do ensino infantil ao nível superior – à promoção de alimentação saudável, da capacitação dos donos de cantinas e de seu assessoramento por nutricionistas.
  - 23 - Criação e implantação de políticas que promovam a disponibilidade de recursos humanos e financeiros para as estratégias de intervenção contra a obesidade.
  - 24 - Divulgação, pela mídia, da legislação existente em relação à cirurgia bariátrica e cumprimento dessa legislação pelo SUS, de forma a validar os direitos do usuário.
  - 25 - Garantia, mediante legislação específica, da presença de profissional nutricionista nas equipes de PSF e nos planos de saúde.
  - 26 - Estabelecimento, por meio de legislação específica, de carga horária adequada para a prática de atividade física nas escolas.
  - 27 - Inclusão nos projetos de lei estadual dos temas segurança alimentar e obesidade, bem como do conceito de alimentação adequada e direito humano, com base nos arts. 2º e 3º da Lei 15.982, de 2006.
  - 28 - Atualização e aperfeiçoamento da legislação sobre vigilância sanitária no Estado.
  - 29 - Garantia, na legislação estadual, de dotações orçamentárias destinadas ao direito humano à alimentação adequada.
  - 30 - Criação ou revisão da legislação que estabelece a obrigatoriedade de, no mínimo, duas aulas semanais de educação física em todos os níveis escolares, desde a educação infantil até o terceiro grau.
  - 31 - Criação de legislação para regular a propaganda de alimentos não saudáveis e realização de campanhas, nos moldes das campanhas antitabagistas, para orientar sobre os riscos do uso excessivo desses alimentos.
  - 32 - Criação de legislação que garanta o acesso dos pacientes obesos mórbidos à cirurgia bariátrica e oferta de suplementos nutricionais para esses pacientes.
  - 33 - Criação de legislação que revise e monitore os lanches oferecidos a escolares.
  - 34 - Elaboração de leis estaduais para o monitoramento dos alimentos que são oferecidos ou comercializados nas cantinas escolares.
- Obesidade infanto-juvenil
- 35 - Obrigatoriedade de informação sobre o baixo valor nutricional e o alto valor calórico dos lanches "fast food".
  - 36 - Obrigatoriedade de impressão, nas embalagens dos alimentos vendidos nas lanchonetes de "fast food", em local visível e com letra tamanho 14, das especificações nutricionais desses alimentos.
  - 37 - Elaboração de uma cartilha de orientação aos consumidores, principalmente aos pais, sobre os malefícios de determinados produtos, e de incentivo à adoção de uma alimentação saudável, principalmente para crianças e adolescentes.
  - 38 - Proibição, no comércio ambulante em carrinhos, da venda de bala, doce, pipoca e similares em um raio de 200m em torno das escolas.

- 39 - Proibição às cantinas escolares de venderem aos alunos produtos prejudiciais à saúde, como bala, caramelo, pirulito, doce à base de goma, goma de mascar, bebida alcoólica, refresco de pó industrializado, refrigerante, produto manipulado na escola ou em ambiente não credenciado para preparo de alimentos, alimento com mais de 3g de gordura em 100Kcal e com mais de 160mg de sódio em 100Kcal, alimento que contenha corante, conservante ou anti-oxidante artificial, observada a rotulagem nutricional disponível em embalagem, alimento sem rotulagem, sem informação sobre composição nutricional e/ou prazo de validade (Lei nº 8.650, de 2003, do Município de Belo Horizonte, publicada em 25/9/2003), e incentivo à venda de lanches saudáveis.
- 40 - Adoção de medidas de restrição ao consumo de refrigerantes e de advertência aos consumidores sobre os riscos para a saúde decorrentes do consumo excessivo desses produtos.
- 41 - Proibição, nas escolas, de alimentos inadequados à saúde (frituras, doces, refrigerantes).
- 42 - Orientação mais eficaz nas escolas, desde a pré-escola, com vistas à prevenção da obesidade infanto-juvenil e das patologias a ela associadas.
- 43 - Realização, no início de cada ano letivo, de cursos de cardápio e manejo adequado da merenda feita nas escolas estaduais, tendo em vista a mudança freqüente das pessoas que preparam essa merenda.
- 44 - Obrigatoriedade de aulas práticas de educação física nas escolas, no mínimo três vezes por semana, durante cerca de 50 minutos, de forma lúdica, principalmente para as turmas de 1ª a 8ª série.
- 45 - Introdução no ensino fundamental e médio de uma disciplina sobre saúde, que trate do desenvolvimento dos escolares, com conteúdos específicos, adequados às diferentes idades e voltados para a alimentação saudável e seus efeitos.
- 46 - Substituição da merenda oferecida nas escolas públicas (doces, almoço às 9h30, canjica, frituras, etc.) por uma merenda saudável, balanceada, embasada na realidade de saúde dos escolares.
- 47 - Promoção, nas escolas – principalmente nas públicas –, de gincanas sobre alimentos saudáveis, de campeonatos de jogos competitivos, e incentivo a caminhadas.
- 48 - Estímulo à realização, pelas escolas, de atividades que previnam a obesidade na infância.
- 49 - Aproveitamento dos Centros Vocacionais Tecnológicos – CVTs – como rede de treinamento para profissionais de saúde e professores da rede municipal e estadual de ensino.
- 50 - Estabelecimento de convênios com universidades para a produção do material necessário à educação em nutrição e saúde.
- 51 - Criação de curso ou treinamento para pais e familiares de crianças e adolescentes obesos, para orientá-los sobre a forma de lidar com eles, sobretudo no aspecto afetivo-emocional.
- 52 - Atuação do nutricionista junto às escolas, desenvolvendo estratégias para a promoção da alimentação saudável para os alunos e toda a comunidade escolar.
- 53 - Capacitação de educadores, por nutricionistas, para multiplicação de conceitos e práticas de alimentação saudável.
- 54 - Inclusão de aulas de nutrição no planejamento escolar, para facilitar a mudança de hábitos da criança.
- 55 - Inclusão no currículo escolar das crianças de disciplina sobre nutrição e educação nutricional, a ser lecionada por profissionais capacitados e técnicos no assunto.
- 56 - Investimento em prevenção de parte dos recursos que se gastam tratamento de doenças, adotando-se as seguintes medidas: montagem de equipes multidisciplinares que incluam profissionais de educação física, psicólogo, nutricionista e médico (pediatra, geriatra ou clínico geral); incorporação desses profissionais às equipes de PSF; contratação desses profissionais por meio de concurso público, pelas Secretarias de Saúde, Educação, etc; criação de programas esportivo-culturais dedicados aos jovens e às crianças.

#### Obesidade no idoso

- 57 - Instituição da profissão de Técnico de Nível Superior em Gerontologia – o cuidador do idoso – e seu aproveitamento nas equipes de saúde.
- 58 - Implementação das propostas feitas nas Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, Assistência Social, Idosos, Esporte e Lazer sobre qualidade de vida do idoso, de forma a atuar preventivamente na questão da obesidade.
- 59 - Obrigatoriedade, nos postos de saúde, convênios e SUS, em intersetorialidade com o Conselho Municipal do Idoso, o Conselho Municipal de Assistência Social, o Conselho Tutelar e outros conselhos e organismos similares, de atendimento a idosos e encaminhamento destes para geriatras, gerontólogos e outras áreas concernentes à atenção social, psicológica, terapia ocupacional e espiritual.

#### Obesidade mórbida

- 60 - Incentivo à criação de comunidades de intercessão contra obesidade, por meio das Igrejas evangélicas, católicas e cristãs, como grupo de apoio aos obesos mórbidos ou não.
- 61 - Realização de concursos para nutricionistas nas GRS.
- 62 - Inclusão nas equipes de PSF de profissionais de educação física.

63 - Criação de concursos para premiação das experiências exitosas nos Municípios que conseguiram reduzir a obesidade em todas as faixas etárias.

64 - Elevação do valor da remuneração dos profissionais do SUS, para garantir a realização da cirurgia bariátrica aos portadores de obesidade mórbida.

65 - Implementação, com o apoio da Câmara Municipal de Belo Horizonte, por meio de sua Comissão de Saúde, do Consea e de outros organismos similares, das medidas para prevenção da obesidade mórbida contidas no estudo entregue neste fórum técnico.

#### Obesidade: SUS e planos de saúde

66 - Credenciamento de nutricionistas em planos de saúde, para facilitar o acompanhamento adequado do paciente pelo profissional, com vistas a prevenir a obesidade e as doenças a ela relacionadas.

67 - Inclusão, no PSF, de nutricionista, profissional de educação física e psicólogo.

68 - Incentivo, por meio de subsídios e apoio técnico, às experiências sobre controle de obesidade já existentes nos Municípios.

69 - Inclusão nos planos de saúde de profissionais de educação física, nutrição e psicologia.

70 - Atribuição exclusiva ao nutricionista lotado na Atenção Básica de Saúde da responsabilidade de traduzir e disseminar o conteúdo das guias alimentares e demais informativos nutricionais fornecidos pelo Ministério da Saúde aos Municípios.

71 - Obrigatoriedade de existência, nos quadros do SUS e dos planos de saúde, de médico nutrólogo, para trabalhar na prevenção da obesidade e das doenças a ela associadas.

72 - Inclusão nas equipes de PSF, GRS e outras unidades promotoras de saúde de profissionais nutricionistas, para orientação às famílias sobre o consumo e o melhor aproveitamento dos alimentos.

73 - Capacitação das equipes do PSF quanto à prevenção e tratamento da obesidade nos Municípios.

74 - Obrigação de um plano alimentar para pessoas de baixa renda, ficando o SUS responsável por esclarecer a população a esse respeito.

75 - Associação da educação alimentar ao pré-natal, de modo a conscientizar a mãe acerca da importância alimentar do filho.

76 - Garantia ao usuário do SUS do direito a um plano alimentar personalizado e à educação nutricional individual, que considere a sua realidade.

77 - Realização de levantamento, nos ambulatórios da rede pública de saúde, para verificar demandas por serviços especializados e a carência de profissionais em nutrição.

78 - Criação de centros de referência dotados de equipe interdisciplinar – nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, psicólogo –, para encaminhamento de usuários do SUS e de Planos de Saúde, objetivando promoção, prevenção e tratamento.

79 - Criação, no quadro de especialidades da Unimed, do médico nutrólogo.

80 - Universalização do acesso à atenção nutricional, garantindo, por lei, o número de profissionais tecnicamente habilitados em Saúde Pública, e monitoramento da eficiência das intervenções.

81 - Reavaliação, pelos planos de saúde, do aspecto curativo hoje priorizado, e inclusão do aspecto preventivo de forma prioritária ou equivalente à do curativo, com equipe específica de profissionais.

82 - Oferta, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de suplementos alimentares aos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.

#### Outros

83 - Proibição do processo de alavancagem de vendas por meio de doação de brindes, a exemplo do que fez a rede Mc Donald's com o chamado Mc Lanche Feliz.

84 - Proibição de veiculação, nas emissoras de tevê, de propaganda sobre "fast food" durante a programação infantil, e imediatamente antes e imediatamente depois dessa programação.

85 - Estabelecimento pelo Ministério Público de classificação etária para as propagandas na televisão, principalmente aquelas referentes a produtos que geram obesidade.

86 - Adoção de cuidados para que a publicidade dirigida ao público infantil não o induza a associar valores positivos aos lanches "fast food" e a consumi-los compulsivamente.

87 - Destinação obrigatória de 20 minutos diários no horário nobre da tevê para programas sobre educação em saúde.

88 - Veiculação, em rádio, TV e jornais, de propagandas voltadas para a necessidade de uma vida saudável, mostrando fotos e fatos alarmantes sobre a obesidade, como forma de alerta à população.

- 89 - Realização, na mídia, de campanhas educativas em favor da prática de exercícios físicos e de alimentação saudável.
- 90 - Apoio do Estado a universidades e prefeituras que tenham programas institucionais voltados para a prevenção, nos diferentes grupos populacionais, das doenças crônicas não transmissíveis.
- 91 - Apoio a estudos e pesquisas no Estado, com gerenciamento de uma agenda planejada, relacionados à epidemiologia nutricional, à atividade física, à antropometria, ao consumo de macro e micronutrientes.
- 92 - Estabelecimento de parceria entre profissionais de educação física e nutricionistas, de modo a se instituírem, nas escolas, hábitos saudáveis de vida.
- 93 - Inclusão pelo Ministério da Saúde de fisioterapeutas e professores de educação física nos programas de prevenção e controle da obesidade infanto-juvenil, adulta e idosa.
- 94 - Criação de horta nas escolas, para garantir alimentos saudáveis na merenda escolar.
- 95 - Liberação pelo governo de verbas para a construção de praças de esportes, de modo a possibilitar à população a prática de exercícios físicos.
- 96 - Empenho dos três níveis do governo, especialmente o federal, na criação de campanhas sobre a importância da alimentação saudável. Essa campanha deverá ser sistemática e veiculada nos meios de comunicação, de preferência na televisão, assim como foi a campanha da Aids.
- 97 - Abertura de planos de saúde nacionais (particulares) ao credenciamento do profissional de nutrição, o que permitirá a complementação das ações de saúde no país, ampliando consideravelmente sua abrangência.
- 98 - Criação, no âmbito da Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição, da área técnica "Obesidade", sob coordenação de um nutricionista, com as seguintes atribuições e responsabilidades: capacitar as equipes de saúde (em todos os níveis – PSF, atenção básica, etc.) para desenvolver ações de prevenção da obesidade e promoção de uma alimentação saudável; elaborar e distribuir material instrucional para orientação dos agentes de saúde (ACS, enfermeiros, nutricionistas, médicos); orientar a implantação do Sisvan e sua utilização para o estabelecimento de intervenções; elaborar protocolos de atendimento individualizado para os usuários (em todas as faixas etárias) com sobrepeso, obesidade e risco (IMC próximo ao sobrepeso); fomentar pesquisas para o conhecimento do estado nutricional e alimentar, níveis de insegurança alimentar e determinantes da obesidade/sobrepeso; fomentar a criação de centros de referência em sobrepeso/obesidade em Municípios-pólo (podendo ter sede nas Gerências Regionais de Saúde) para assessoria aos pequenos municípios. Essa área técnica de obesidade atuará enquanto o problema de saúde persistir na sociedade e será composta por: um coordenador (nutricionista); dois ou três técnicos de nível superior (nutricionistas) para elaboração e supervisão dos trabalhos; um ou dois técnicos de nutrição de nível médio para assessoria na elaboração de material instrucional e contato com os municípios; um auxiliar administrativo.
- 99 - Desenvolvimento de programa social multidisciplinar voltado para os portadores de Síndrome de Down, uma vez que esse grupo é freqüentemente excluído de medidas preventivas de obesidade, porque o excesso de peso nesses indivíduos é tido como normal. Esse projeto teria as seguintes etapas: avaliar a situação dessas crianças no âmbito nutricional, físico e psicológico; trabalhar com pais e familiares a questão dos hábitos alimentares e promover atendimentos nutricionais e psicológicos em grupos e, se preciso, individualizados; promover educação nutricional das crianças por meio de atividades lúdicas diversas; desenvolver atividades físicas freqüentes para essas crianças, dentro de suas limitações; capacitar educadores sobre a importância de uma alimentação saudável e da prática de atividade física para esse grupo de indivíduos.
- 100 - Normatização das ações e produções de comunicação e "marketing" quanto ao aspecto educativo alimentar.
- 101 - Elaboração de material sobre obesidade adequado às diversas regiões, como cartilhas, inclusive para analfabetos.
- 102 - Realização de concurso público estadual para contratação de profissionais nutricionistas pelas Gerências Regionais de Saúde e pelas escolas estaduais.
- 103 - Ampliação da rede ABC, da PBH, para bairros da periferia, facilitando o acesso da população carente a produtos hortifrutigranjeiros.
- 104 - Estabelecimento de parcerias entre produtores, fornecedores, instituições públicas e privadas para promover campanha de estímulo ao consumo de alimentos saudáveis
- 105 - Rediscussão sobre a merenda escolar fornecida pelas escolas públicas e contratação pela Secretaria Municipal de Educação de nutricionistas e educadores físicos.
- 106 - Estímulo ao plantio de hortas comunitárias e escolares.
- 107 - Ampliação do fórum técnico "Obesidade, Desafios e Perspectivas" a todo o Estado.
- 108 - Repasse, por meio das Secretarias de Educação e Agricultura, da experiência da cidade de Dois Irmãos (RS) para os 853 municípios do Estado.
- 109 - Estabelecimento de convênio com a Emater para a criação de hortas nas escolas públicas e de hortas comunitárias.
- 110 - Inclusão, no currículo das escolas primárias, nas matérias biologia e ciências, de aspectos sobre nutrição, garantindo a presença desses conteúdos nos cursos superiores de biologia e de pedagogia, para capacitar os futuros educadores.
- 111 - Investimentos do Governo do Estado em "marketing" para a saúde, principalmente na TV, abordando questões sobre alimentação.
- 112 - Apoio do Governo do Estado a programas como "Agita Minas"; " 5 ao dia " , etc.

## Moção

Moção de congratulações com o Ministério Público Federal de Minas Gerais, na pessoa de Dr. Fernando de Almeida Martins, pela ação movida contra a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa – exigindo o cumprimento, pelo Mc Donald's e por todas as redes de "fast food", da legislação que determina a veiculação do quadro nutricional nas embalagens e rótulos dos produtos alimentícios por elas preparados.

Estão abertas as inscrições para as pessoas que quiserem se manifestar sobre suas propostas. Com a palavra, o Sr. Betinho Duarte.

O Sr. Alberto Betinho Duarte - Gostaria primeiramente de elogiar a Assembléia Legislativa de Minas Gerais. Sou meio cético quanto a estas reuniões, seminários e palestras. Liguei para a assessoria da Casa e fui convencido - não estava muito interessado - a participar deste fórum. Gostaria também de elogiar V. Exa., Deputado Adelmo, e a assessoria da Casa - Juscelino, Hugo, Ricardo, Mônica, Patrícia, Míriam, Jurani, Getúlio e Edite. Achei muito importante elaborar esse documento e sintetizar todas as propostas. Na verdade, nenhuma foi deixada de fora. Compete não só à Assembléia Legislativa, mas também às entidades implementá-las. É preciso conclamar os participantes e a população para, quando se sentirem lesados em seus direitos, apresentarem ações no Procon, na Justiça, no Ministério Público Federal, no Ministério Público Estadual - e que não tenham receio. Entrei com uma representação no Ministério Público Federal contra o McDonald's e fui vitorioso. Estamos entrando com ações contra todas as redes de lanchonetes, provavelmente entrarei contra a Coca-Cola. Na verdade, achei muito interessante o escopo deste fórum.

Gostaria de falar rapidamente sobre três propostas elaboradas por mim. Uma delas diz respeito à televisão, que atualmente está mudando os nossos costumes, os valores, a ética, a moral e está seduzindo nossas crianças. Segundo pesquisa da Unesco feita há muito tempo, as crianças passavam, em média, 4 horas por dia assistindo à televisão, atividade até maior que a escolar. Se naquela época assistiam durante 4 horas, hoje assistem de 5 a 6 horas. Imaginem em se tratando da internet e dos "videogames"!

Diz o Jo Grobel, pesquisador da Unesco, que violência e sexo são baratos e dão muito lucro, frase que considero interessante.

Raquel Soifer, de Porto Alegre, sua colega, escreveu um livro muito interessante intitulado "A Criança e a TV - Uma Visão Psicanalítica". Ela fez um estudo que diz respeito à minha proposta de que a criança não possa ver mais de 30 minutos de televisão por dia. Quando a criança vê televisão, começa a comer e, obviamente, não faz nenhuma atividade. Aliás, a televisão não propõe nenhuma atividade; ao contrário, é pura passividade.

A Sra. Rozane Márcia Triches - Queria adicionar uma informação a sua consideração. A literatura afirma que uma criança que fica à frente de uma televisão gasta menos calorias que se estivesse dormindo. Imaginem uma criança dormindo gastar menos calorias do que vendo televisão! A televisão, portanto, é um prato cheio para a obesidade. Ficar à sua frente, comendo salgadinho e gastando menos energia do que se estivesse dormindo, é uma forma maravilhosa de a criança tornar-se obesa.

O Sr. Alberto Betinho Duarte - Como disse ontem, considero crime a propaganda para crianças. As crianças não são consumidoras de nada, mas, sim, seus pais. Aliás, as crianças não têm discernimento, e as propagandas as seduzem maciçamente. Por isso as crianças estão como estão. Muitas vezes nós, pais, somos vítimas, pois a criança faz birra, pede, cobra, e, se você não der o que ela quer, ela acaba fazendo...

O Sr. Presidente - O ECA deverá dar o devido apoio.

O Sr. Alberto Betinho Duarte - Falei a respeito dessa questão, porque a televisão gera obesidade. O Conselho Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária - Conar - apresenta várias propostas em relação à obesidade. No entanto, o Conar é auto-regulamentação, apenas sugere, não impõe penalidades. E no mundo, de um modo geral, dói o que bate no bolso.

Ontem, na televisão, vi uma propaganda absurda do Fiat Adventure, que passa a qualquer hora do dia. Por isso proponho classificação etária para as propagandas. Eram dois namorados dentro do carro, no calor das emoções amorosas. A namorada diz: "E a proteção?". Pensei que proteção fosse camisinha, mas não. O sujeito pega um plástico no banco traseiro do carro e o coloca no banco da frente. Não entendi absolutamente nada. A proteção é do banco! Não entendi o porquê da propaganda. Houve outra propaganda desse mesmo carro, em que os namorados vão pelo mato afora. Quando chegam ao topo de uma montanha, o carro pára e começa a balançar. Obviamente, estavam testando os amortecedores do carro. Não é isso? Mas o carro estava balançando. Que propaganda é essa que as crianças também estão vendo?

Por outro lado, em relação ao consumo, é um absurdo o que as propagandas oferecem! E o Conar simplesmente diz o que pode e o que não pode. Se a coisa se transformar em lei, aplicando-se penalidades, quero ver se as empresas de publicidade e propaganda continuarão a divulgar essas questões, principalmente para o público infantil.

Volto a enfatizar: nós, adultos, temos livre arbítrio. Fazemos o que está de acordo ou não com as leis e arcamos com as conseqüências. As crianças, porém, não têm discernimento para isso.

Por último, quando apresentei a proposta de congratulações com o Ministério Público Federal, Doutor Ronaldo, é porque o Ministério de Minas Gerais tem sido um órgão de defesa do consumidor por excelência. A ação contra o McDonald's é inédita no mundo inteiro. O McDonald's faturou, em 2001, mais de US\$40.000.000.000,00. Entrar com uma ação contra uma rede como o McDonald's, é preciso coragem. É importante incentivar as pessoas e órgãos para que continuem tomando essas atitudes. Conclamo todos para que, quando se sentirem lesados em seus direitos, quando tiverem problemas, principalmente em relação a crianças e adolescentes, entrem na Justiça. Não há custo. Uma representação no Ministério Público Federal não tem custo, basta preencher um formulário e apresentar o caso.

Ontem, fiquei de passar para o Dr. Adelmo todas as propostas que apresentei, que resultaram em quase 400 páginas. Fiz um estudo delas. Passarei as propostas para o senhor, com o devido embasamento, até das ações contra redes de lanchonetes, contra os refrigerantes, para que elas sirvam de modelo para outros Estados.

Tenho um estudo que mostra que a água é saudável. Por que não sugerir que as pessoas bebam um ou dois litros de água por dia? Você falava dos alimentos, mas a água é saudável. Agradeço e parabeno os Deputados, os servidores desta Casa, principalmente a assessoria, coordenada pelo Juscelino.

O Sr. Presidente - Agradecemos a sua participação. Pode ter certeza de que a sua presença sempre engrandece qualquer trabalho. Concedo a palavra ao Sr. Daniel Ramos.

O Sr. Daniel Ramos - Boa tarde. Sou Vereador no Município de Águas Formosas e Auxiliar de Secretaria.

Venho enfatizar a questão das merendas escolares, especialmente das fornecidas nas escolas estaduais, mas também nas municipais. Para se ter uma idéia, no Município de Águas Formosas, o professor municipal que trabalha em um turno na zona rural, da pré-escola, fase introdutória, à 4ª série, dá aula para cinco turmas e ainda é obrigado a fazer a merenda. Imaginem a qualidade da merenda. Vamos discutir a qualidade da educação. É uma violência um professor cuidar de cinco séries, em um turno, e, enquanto muda de série, fazer a merenda. Imaginem a qualidade da alimentação e da educação que temos. Na região de Águas Formosas, isso é comum. São professores heróis, que passam a semana na comunidade e ganham um salário mínimo.

Quanto às escolas estaduais, houve um concurso público que não foi homologado pelo governo do Estado. Isso causou uma certa preocupação. A maioria das merendeiras estão com mais de 55 anos de idade e deveriam, no mínimo, estar sendo encaminhadas para uma aposentadoria, direito do servidor. Elas não se aposentam porque não são efetivadas. A maioria trabalha com sacrifício, com problemas de saúde, e não há um planejamento para essa questão por parte do Estado de Minas Gerais, um dos maiores da Federação. Percebe-se que é um sistema falho; pelo menos na minha cidade, nunca ouvi falar de uma visita de nutricionista do Estado para coordenar e verificar a maneira como essas merendas estão sendo feitas. A proposta é que se realize, no início de cada ano letivo, um curso de cardápio e manejo adequado da merenda das escolas estaduais, tendo em vista a mudança freqüente das pessoas que preparam os alimentos. Em todo ano há mudanças, e isso se deve à contagem de tempo, pois o governo ainda não homologou um concurso, o que é um prejuízo.

Na mesma linha, está a proposta de concurso público para nutricionistas, a fim de que acompanhem essa questão. Não seria um para cada escola, pois isso seria inviável economicamente, mas, pelo menos, dois ou três por delegacia de ensino, para que rodem nas escolas da região. Não adianta fazermos grandes debates enquanto o Estado, responsável pelo gerenciamento do programa, ausentar-se das discussões nas escolas. Obrigado.

O Sr. Presidente - A sua proposta, de fato, é importante, pois as pessoas que fazem as merendas mudam. Mudam as pessoas, mudam os temperos. Mais alguém?

O Sr. José Divino - O meu nome é José Divino. Sou da Coordenadoria Estadual de Segurança Alimentar. Apenas um esclarecimento em relação à 11ª proposta. Minas Gerais foi o primeiro Estado a constituir o Conselho de Segurança Alimentar - Consea. Legalmente, o Consea-MG existe. O Presidente é D. Mauro Morelli. É bom esclarecer isso, porque pode haver alguma autoridade municipal que pense em fazer contato. O Conselho tem equipe técnica qualificada, multiprofissional, para auxiliar os 853 Municípios mineiros a constituir os Conseas municipais. Há dotação orçamentária por meio da Secretaria de Governo, que garante aos técnicos da Secretaria Executiva do Conselho Estadual assessoria aos Municípios.

É importante que as autoridades e a população saibam disso, pois é resultado de um trabalho de conscientização que levou oito anos e que originou a Lei nº 15.982, aprovada por esta Casa e promulgada pelo Governador Aécio Neves, estando em vigor desde o dia 19/4/2006. Recomendo o "site" do Consea para mais informações: [www.consea.mg.gov.br](http://www.consea.mg.gov.br). Há informações úteis para os Municípios que dependem da assessoria técnica gratuita do Estado para a constituição dos conselhos.

O Sr. Hélio Emiliano Moreira - Chamo-me Hélio Emiliano Moreira, sou da Rede Evangélica e do Bolsa-Família de Belo Horizonte, no Conselho Municipal de Assistência. Somos parceiros do Conic e do Consea em alguns eventos. Fiz pelo menos três propostas. As de nºs 54 e 55 versam sobre obesidade no idoso, pois a intersetorialidade é necessária. O menino, por exemplo, é orientado na escola. Se o pai também não o for, fica difícil. Na hora de praticar esportes, terá uma alimentação diferente; e, na hora do lazer, outra. É preciso resgatar as propostas das conferências sobre qualidade de vida e obesidade, além da intersetorialidade com saúde, educação, esporte, lazer e assistência social. Se não houver essa intersetorialidade, uma coisa se inicia, mas se perde adiante.

Obrigatoriedade, nos postos de saúde, convênios e SUS, de intersetorialidade com os Conselhos Municipais do Idoso, de Assistência Social, Tutelar e outros e organismos similares, para se trabalhar, em conjunto, nessa transversalidade das idades, etnias, etc. A anemia falciforme, por exemplo, ocorre mais nos afrodescendentes, e o projeto de prevenção da obesidade nos quilombos e meios indígenas, no âmbito estadual.

Por fim, a implementação das medidas para prevenção da obesidade mórbida, propostas pelo Betinho, com apoio da Câmara Municipal e da Assembléia, que tem sido fantástica nos eventos. Como o Betinho disse, a equipe da Assembléia de Minas Gerais é a melhor do País. Quando ele estava na Câmara, atuou na questão do McDonald's e da Coca-Cola. A propaganda da Coca-Cola ofendia o Estatuto do Idoso, pois dava a entender que quem não bebia Coca-Cola era idoso, borocoxó, tratando de forma negativa a sua auto-estima. Esse momento foi muito importante, mas precisamos seguir cobrando dos governos municipal, estadual e federal. Obrigado.

#### Eleição da Comissão de Representação

O Sr. Presidente - Passaremos agora à eleição dos membros da Comissão de Representação deste fórum técnico, que terá a incumbência de acompanhar os desdobramentos das propostas junto à Comissão de Saúde.

#### Comissão de representação do fórum técnico "Obesidade: Desafios e Perspectivas"

Associação Brasileira de Nutrologia - Seção Minas Gerais - Associação Médica Parque Cimenteiro - Câmara Municipal de Águas Formosas - Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável de Minas Gerais - Consea - Conselho Regional de Educação Física de Minas Gerais - Conselho Regional de Medicina - Conselho Regional de Nutricionistas - 4ª Região - Conselho Estadual de Alimentação Escolar - CAE - Coordenadoria Estadual de Alimentação e Nutrição - Coordenadoria Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável - Curso de Nutrição da Universidade de Uberaba - Uniube - Curso de Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais - Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Viçosa - Hiperdia - Agita Minas - Nutricionista - Francine Silva Barbosa - Secretaria de Estado da Educação - Secretaria de Estado de Saúde - Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - Sociedade Brasileira de Diabetes - Sociedade Mineira de Cardiologia - TV Bem - Instituto de Defesa do Consumidor.

O Sr. Presidente - Quero dizer algumas palavras. Sou médico há 31 anos, portanto não sou tão novo quanto pareço. Se estas atitudes de hoje tivessem sido tomadas há 30 anos, teríamos outra saúde neste país. Considero fundamental o trabalho da Assembléia, por meio da contribuição de todos os funcionários.

Um participante disse que esta é uma grande Assembléia. Ele tem razão. Discutimos grandes temas aqui, e o que é mais importante: com a colaboração do cidadão.

Betinho Duarte, senti-me orgulhoso de assistir à sua participação neste fórum, desde o início, e à participação de todos. O Betinho foi Vereador por muito tempo, em Belo Horizonte, foi Presidente da Câmara e teve uma fantástica atitude quando da colocação daquele "outdoor" gigante. Naquela época, bati muitas palmas para você. É preciso ter muita coragem. Vereador precisa de ter coragem para disputar com o McDonald's.

Continue assim. Continue a defender-nos por meio do seu canal. A Assembléia sempre estará de portas abertas para receber pessoas do seu calibre.

#### Encerramento

O Sr. Presidente - A Presidência agradece a presença das autoridades e convidados e, cumprido o objetivo da convocação, encerra a reunião, convocando as Deputadas e os Deputados para as reuniões extraordinárias de terça-feira, dia 11, às 9 e às 20 horas, nos termos do edital de convocação, e para a reunião ordinária da mesma data, às 14 horas, com a seguinte ordem do dia: (- A ordem do dia anunciada foi publicada na edição de 11/7/2006.). Levanta-se a reunião.

## MATÉRIA ADMINISTRATIVA

### ATOS DA MESA DA ASSEMBLÉIA

Na data de 18/7/2006, o Sr. Presidente, nos termos do inciso VI do art. 79 da Resolução nº 5.176, de 6/11/97, e nos termos das Resoluções nºs 5.100, de 29/6/91, 5.130, de 4/5/93, 5.179, de 23/12/97, e 5.203, de 19/3/2002, c/c as Deliberações da Mesa nºs 1.509, de 7/1/98, e 1.576, de 15/12/98, assinou os seguintes atos relativos a cargos em comissão e de recrutamento amplo do Quadro de Pessoal desta Secretaria:

#### Gabinete do Deputado João Bittar

exonerando, a partir de 24/7/2006, Dirley Valadares da Silva do cargo de Auxiliar de Serviços de Gabinete I, padrão AL-11, 4 horas.

#### Gabinete do Deputado Leonídio Bouças

exonerando, a partir de 21/7/2006, Claudio Humberto Lino do cargo de Agente de Serviços de Gabinete, padrão AL-01, 8 horas;

nomeando Odelmo Nogueira Pinho para o cargo de Agente de Serviços de Gabinete, padrão AL-01, 8 horas.

Nos termos do inciso VI, art. 79 da Resolução nº 5.176, de 6/11/97, c/c as Resoluções nºs 5.086, de 31/8/90, 5.134, de 10/9/93 e 5.198, de 21/5/01, e de conformidade com as Deliberações da Mesa nºs 2.043, de 29/5/2001 e 2.221, de 18/12/2001, assinou os seguintes atos:

designando Adriana Cecy Renan para a Função Gratificada de Nível Superior - FGS, do Quadro de Pessoal desta Secretaria, com exercício na Gerência-Geral de Rádio e TV;

designando Patricia Helena Salazar Porto para a Função Gratificada de Nível Superior - FGS, do Quadro de Pessoal desta Secretaria, com exercício na Gerência-Geral de Rádio e TV.

Nos termos do inciso VI do art. 79 da Resolução nº 5.176, de 6/11/97, tendo em vista o preenchimento cumulativamente, das condições constantes nos incisos I a IV do art. 6º da Emenda Constitucional nº 41, de 19/12/2003, e observado o disposto na Lei nº 15.014, de 15/1/2004, na Lei Complementar nº 64, de 25/3/2002, e na Resolução nº 5.086, de 31/8/90, assinou o seguinte ato:

aposentando, a pedido, com proventos integrais, a partir de 21/6/2006, a servidora Nair Moreira de Souza, ocupante do cargo efetivo de Técnico de Apoio Legislativo, do Quadro de Pessoal desta Secretaria.

#### Edital de notificação de Moniser Comércio de Artigos para Papelaria Ltda. ME, na pessoa de seu representante legal

Luís Antônio Prazeres Lopes, Diretor-Geral da Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais, faz saber a todos quanto o presente edital virem ou dele conhecimento tiverem que foi aberto processo administrativo, sob o protocolo nº 0014035, de 18/5/2006, para apuração de responsabilidade da empresa Moniser Comércio de Artigos para Papelaria Ltda. ME, tendo em vista indícios de descumprimento do disposto no subitem 4.5.1 do edital do Pregão Eletrônico nº 2/2006 (aquisição de 30 aparelhos de fac-símile), por não ter apresentado a documentação exigida (itens 4.6.1.1 e 4.6.1.2) dentro do prazo de dois dias úteis (até 4/4/2006). Para que chegue ao conhecimento de todos, determinou-se a expedição deste edital, com a finalidade de notificar a referida empresa, para apresentar defesa no prazo de cinco dias úteis a contar da publicação deste, ficando advertida de que, nos termos do subitem 5.6.1 do edital do pregão eletrônico em referência e da legislação que trata da matéria, em especial a Lei nº 14.167, de 10/1/2002, e o Decreto nº 42.408, de 8/3/2002, a falta apontada poderá ensejar a aplicação das sanções de suspensão de participação em licitação e impedimento de contratar com o Estado pelo prazo de até cinco anos e de descredenciamento, por igual período, do Cadastro Geral de Fornecedores do Estado de Minas Gerais, sem prejuízo das multas previstas no edital e das demais cominações legais.

Belo Horizonte, aos 21 de julho de 2006.

Luís Antônio Prazeres Lopes, Diretor-Geral.