



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR

REUNIÃO

05/09/2024 - 30ª - Comissão de Assuntos Sociais

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF. Fala da Presidência.) - Havendo número regimental, declaro aberta a 30ª Reunião, Extraordinária, da Comissão de Assuntos Sociais da 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 57ª Legislatura.

A presente reunião atende ao Requerimento nº 2, de 2023, da CAS, de minha autoria, para a realização de audiência pública destinada a debater sobre as medidas de prevenção e de tratamento dos transtornos alimentares no Brasil.

Informo que a audiência tem cobertura da TV Senado, da Agência Senado, do *Jornal do Senado*, da Rádio Senado e contará com serviços de interatividade com o cidadão, pela Ouvidoria, através do telefone 0800 0612211, e por meio do Portal e-Cidadania, www.senado.leg.br/ecidadania, que transmitirá ao vivo a presente reunião e possibilitará o recebimento de perguntas e comentários aos expositores via internet.

Inclusive já informo que estamos com uma excelente audiência. As perguntas já estão chegando para os nossos expositores e, à medida que os senhores forem falando, vamos lendo as perguntas.

Temos hoje ilustres convidados, e já começo agradecendo a todos os senhores que aceitaram o convite para estarem na Comissão de Assuntos Sociais.

Esta é a Comissão que discute saúde aqui no Senado Federal, uma Comissão presidida pelo ex-Ministro da Saúde e hoje Senador Humberto Costa, uma Comissão composta por Senadores que têm um olhar voltado para a área da saúde.

Estamos desde 2023 buscando esta audiência pública, este debate, porque todos nós Senadores estamos sendo acionados pelas famílias em todo o país sobre o transtorno alimentar. Nós estamos recebendo *e-mails*, pessoas estão indo nos procurar nos gabinetes, e nós precisamos nesta legislatura fazer o debate.

O Senado foi renovado na última eleição, acreditamos que pelo menos um terço dos Senadores que estão aqui nunca participaram de um debate no Parlamento sobre transtorno alimentar. Então, há necessidade desta audiência. A gente procurou fazer antes, mas este é o momento certo para a gente fazer o debate.

Nós queremos também pedir aos nossos convidados que nos ajudem com encaminhamentos. O que nós podemos fazer como Parlamento para, juntos, enfrentarmos o transtorno alimentar?

Nós temos como convidada hoje a Priscilla Gil, que está presencialmente, representante da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - muito bem-vinda, Dra. Priscilla -; nós temos a Maria Edna de Melo, representante da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica - muito bem-vinda, Dra. Maria Edna -; o José Carlos Borges Appolinário, Coordenador da Comissão de Transtornos Alimentares da Associação Brasileira de Psiquiatria - Doutor, obrigada por estar com a gente; a ABP está sempre nos ajudando em todos os trabalhos que a gente faz aqui nesta Casa -; Dr. Táki Cordás, representante do Programa de Tratamento de Transtornos Alimentares do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Doutor, que alegria recebê-lo -; a Dra. Vivian Marques Miguel, representante do Programa de Tratamento de Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; e temos ainda o Dr. Alexandre de Rezende Pinto, representante do Programa de Tratamento de Transtornos Alimentares do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Quando eu li os nomes e a qualificação, eu já mandei um recado para todos que estão nos assistindo, que estão acompanhando a audiência de que será de fato um encontro, um debate de alto nível.

Doutores, muito obrigada mesmo por dedicarem uma parte do tempo dos senhores, todos os senhores, com muitas atividades com certeza, com uma agenda muito corrida, mas estarem dessa forma se disponibilizando, no Parlamento, a fazer um debate sobre um assunto tão importante.

Eu queria apenas informar que cada um terá dez minutos para exposição. E quero informar para os que estão nos acompanhando, quem está ligando a TV agora, quem está pela internet, que as apresentações ficarão disponíveis depois aqui no portal da Comissão. Essas apresentações, doutores, acreditem, a sociedade depois busca, pesquisadores buscam, médicos buscam, estudantes buscam. Então, obrigada também por estarem - quem vai trazer a apresentação - disponibilizando para a sociedade, para a Comissão.

Informo que nós temos Senadores *online* acompanhando. Os gabinetes dos membros da Comissão estão acompanhando também. E, durante as exposições, senhores, se um Senador entrar e pedir a palavra para falar tão logo um dos senhores façam a exposição, nós vamos conceder, porque os Senadores hoje estão divididos em diversas Comissões. Então, eles vêm correndo, participam, vão para outra Comissão - essa é a nossa dinâmica.

Vai tocar uma campainha nos dez minutos, mas não se assustem. Eu sou bem generosa. Eu vou aqui acrescentando o tempo necessário. O que eu e a equipe técnica entendemos? O assunto é muito sério. E eu não posso condicionar especialistas como os senhores a dez minutos tão somente. Então, se precisar expandir o tempo, eu vou permitir. Depois das exposições, quem puder continuar com a gente até o final, continue, porque as perguntas chegam. E, no final, a gente vai dar mais dez minutos para cada um dos expositores fazer as considerações finais, interagir com outro expositor e também já fazer os seus encaminhamentos.

Doutores, um dos motivos da apresentação do requerimento foi também a preocupação das famílias com a nova onda das redes sociais. Se a gente puder também falar sobre isto, em que pseudoespecialistas em nutrição, ou às vezes um adolescente *influencer* influenciando uma geração a se alimentar mal, e os pais vindo falar conosco que adolescentes estão com transtorno alimentar por conta da influência das redes sociais.

E aí, Doutores, eu lido com esse assunto há muitos anos, eu fui assessora nesta Comissão, nesta Casa, há muitos anos, e eu nunca vi a preocupação dos pais com crianças e adolescentes com transtornos alimentares por influência da rede, como eu estou vendo nos últimos anos. Claro, a rede está aí influenciando essa geração há uns 15 anos, e claro que o problema só aumenta.

Então, se a gente puder também, se algum dos senhores se sentir à vontade de falar também sobre esta influência das redes sociais, e o que nós podemos fazer, de que forma vamos poder enfrentar adolescentes com transtorno alimentar tão somente por influências externas. E, claro, além da influência dos pseudonutricionistas e das pessoas que apresentam milagres nas redes sociais, nós temos visto os tais desafios em que os adolescentes são chamados o tempo todo a fazerem brincadeiras e desafios que colocam em risco a saúde e a vida dos meninos, e também dos adultos. Tem muitos adultos caindo nesses desafios absurdos que as redes sociais estão ofertando.

E, no final, senhores, o que esta Comissão pode apresentar como proposta legislativa, como ações concretas, de que forma o Senado pode ajudá-los de forma concreta?

E, claro, doutores, não tem saúde sem investimento, não tem saúde sem dinheiro. E nós estamos aqui, muito próximos de a gente começar a discutir o Orçamento da União, já estamos discutindo a LDO, agora vem a LOA. Então, se os senhores nos provocarem, "olha, Senadora, a Comissão vai ter que sentar e discutir uma emenda, uma ação programática no Orçamento, porque nós precisamos de recursos", esta é a Comissão certa para a gente também discutir sobre investimento em pesquisa, investimentos em programas, investimentos financeiros, recursos lá no Orçamento da União. Repito, não se tem políticas públicas, não se tem saúde no Brasil sem o Orçamento.

Então, vai ser nesse nível que nós vamos conduzir, nesse direcionamento, mas os senhores fiquem bem à vontade para fazer a abordagem que os senhores trouxeram para esta audiência.

Então, nós vamos começar, neste momento, ouvindo o Dr. José Carlos Borges Appolinário, Coordenador da Comissão de Transtornos Alimentares da Associação Brasileira de Psiquiatria.

Bem-vindo, Doutor! Dez minutos para começar.

O SR. JOSÉ CARLOS BORGES APPOLINÁRIO (Para expor. *Por videoconferência.*) - Bom, primeiramente eu gostaria de agradecer a sua iniciativa, Senadora Damares, por puxar esse tema tão importante para nós que trabalhamos com transtornos alimentares há tanto tempo, e isso é muito importante para a gente ter esse tema sendo debatido. Quero

agradecer também ao Senador Humberto Costa, que, como a senhora falou, também lidera esta Comissão, a todos os Senadores e Parlamentares presentes, aos colegas presentes também.

Eu estou aqui representando a Associação Brasileira de Psiquiatria. Só vou aqui colocar a minha apresentação, que estou abrindo aqui, já. *(Pausa.)*

Eu vou colocar na apresentação de tela. É só para confirmar se todos estão vendo. *(Pausa.)*

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Estamos vendo, estamos vendo!

O SR. JOSÉ CARLOS BORGES APPOLINÁRIO *(Por videoconferência.)* - Então, eu vou tentar fazer um painel sobre os transtornos alimentares, acho que os colegas vão também contribuir nisso. E essa é uma contribuição da Comissão de Transtornos Alimentares da Associação Brasileira de Psiquiatria. Além de Coordenador dessa comissão, eu sou Coordenador do Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia. Eu coordeno a área aqui no Instituto de Psiquiatria; uma outra colega, que é a Dra. Silvia, coordena lá no Instituto de Endocrinologia.

Bom, o primeiro ponto, a gente tem aqui uma definição muito geral: os transtornos alimentares estão incluídos nas principais classificações diagnósticas hoje em dia, tanto na CID-11, que é a proposta de classificação da Organização Mundial de Saúde, quanto na DSM-5, e envolvem um conjunto muito amplo de condições clínicas. As pessoas conhecem mais a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno de compulsão alimentar, mas vocês podem ver que há outras condições que acometem pessoas mais precocemente, como o Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo; o Transtorno de Ruminação; e também as chamadas síndromes parciais, pessoas que não apresentam um diagnóstico completo, mas apresentam quadros iniciais ou quadros ainda não completos que também buscam muito atendimento de serviço. Esses quadros que não são completos, que são os chamados outros transtornos alimentares especificados - anorexia nervosa atípica, bulimia nervosa atípica, transtorno de compulsão alimentar atípico, transtorno de purgação, síndrome do comer noturno -, todos esses transtornos têm uma frequência até maior do que os transtornos mentais propriamente... os transtornos alimentares que todos conhecem e impactam muito os serviços de saúde, porque essas pessoas buscam atendimento, e nós recebemos nos nossos serviços pacientes com esses diagnósticos.

Recentemente, uma pesquisadora recalculou a chamada carga de doença, que é o peso, o impacto que os transtornos alimentares causam. É normalmente feita uma análise pela Organização Mundial de Saúde, e os transtornos alimentares estavam sub-representados nessa análise da Organização Mundial de Saúde. E essa pesquisadora recalculou incluindo estas condições: tanto o transtorno de compulsão alimentar quanto esses transtornos parciais, que não preenchem completamente os critérios. E o que ela observou é que, incluindo esses transtornos, a frequência dos transtornos alimentares era muito semelhante até a de alguns transtornos de uso de substâncias, tinha um paralelismo com esses transtornos e era até maior que a de outras condições psiquiátricas, como transtorno bipolar, transtorno do espectro autista e transtorno da conduta. Isso também implicava uma carga muito grande da doença, consumindo anos de vida e também qualidade de vida dessas pessoas.

O que a gente pode dizer em termos de características gerais, bem gerais em relação aos transtornos alimentares? Eles podem se iniciar muito cedo na vida do indivíduo e se mantêm presentes por vários anos. Grande parte desses casos apresenta sintomas iniciais que permanecem pouco diagnosticáveis no início, pouco visíveis, retardando o diagnóstico inicial. Eles tendem, como eu já falei, a ser condições mais persistentes. E os quadros mais graves são de difícil recuperação, alguma vez levando até ao óbito - o caso da anorexia nervosa é o transtorno psiquiátrico que tem uma prevalência mais elevada de óbito, mais até do que outras condições, como, por exemplo, esquizofrenia e outros.

Frente a isso, intervenções, tratamentos mais cedo, precoces, são recomendados, são relacionados com uma resposta mais adequada, sendo que o tratamento dessas condições exige uma equipe constituída de vários profissionais, integrada. E desses profissionais fazem parte o psiquiatra, o psicólogo, o nutricionista, os clínicos, os endocrinologistas e os pediatras, e outros profissionais de saúde também podem se incorporar. Geralmente é um tratamento que não é feito isoladamente por um dos profissionais só.

A assistência a esses pacientes tem peculiaridades muito características, porque os profissionais que tratam dessas condições necessitam de treinamentos mais específicos relacionados a esses quadros, que, muitas vezes, na maioria das vezes, não são cobertos pelas suas formações nem na graduação, nem mesmo nas suas especializações. Então, é necessário treinamentos específicos para as pessoas lidarem com esses pacientes.

Além dessa formação profissional específica, o próprio ambiente de tratamento é um pouco distinto do dos outros transtornos psiquiátricos em geral, necessitando recursos diferenciados e uma rede adequada de atenção. Alguns países já conseguiram fazer isso, estabelecendo desde atendimentos em nível primário na assistência básica, como, em casos

mais complexos, em ambulatórios especializados ou em unidades até de hospitalização, tanto parcial ou completa, em determinados casos mais complexos. E, principalmente, para uma adequada provisão de serviço, é necessário o desenvolvimento de políticas públicas específicas.

Nós, no Brasil, temos alguns dados relacionados já a transtornos alimentares. Eu acho que o primeiro que a gente tem é um dado feito por uma pesquisadora da UFRGS, que avaliou, na população de Porto Alegre, numa amostra representativa, uma frequência de 10% de pessoas, geralmente jovens, com comportamento alimentar anormal. Muito importante: essa pesquisadora seguiu essas pessoas da população e, após 4 anos, observou que essas pessoas mantinham esses comportamentos alimentares anormais mesmo depois, do tipo compulsão alimentar, do tipo abuso de laxativos ou diuréticos.

Os primeiros estudos, mesmo, com diagnóstico foram realizados, primeiramente, em São Paulo, num projeto que é um projeto de extensão da Organização Mundial de Saúde, que avaliou transtorno de compulsão alimentar e bulimia nervosa nos últimos 12 meses em São Paulo, encontrando prevalências de 1,8% e 0,9% de compulsão alimentar e bulimia. No Rio de Janeiro, o nosso grupo realizou um estudo também de base populacional com 2,2 mil pessoas, avaliando transtorno de compulsão alimentar, bulimia nervosa e compulsão alimentar recorrente nessa população, encontrando taxas semelhantes nos últimos três meses: 1,4% para transtorno de compulsão alimentar, 0,8% para bulimia nervosa e, compulsão alimentar recorrente, 6,2%.

Uma pesquisadora do Instituto de Nutrição da UFRJ acompanhou uma coorte de adolescentes e mostrou que entre, 2005 e 2010, houve um aumento de comportamentos alimentares anormais, como compulsão alimentar. E, principalmente, adolescentes com excesso de peso eram mais propensas a se envolver em dieta rigorosa ou jejum.

Assistência no Brasil. Esses são dados muito... A gente tem muito pouca informação em relação a isso. Esses são dados compilados por uma das pessoas que fazem parte da comissão, a Dra. Mireille Almeida, que fez um histórico da assistência no Brasil. Então, a assistência começa com grupos especializados que iniciaram, já, há cerca de 30 anos, basicamente, esses núcleos localizados em instituições universitárias. Aqui a gente vai ter o Prof. Táki falando do Ambulim; vamos ter também pessoas falando do Gota; temos o Proata, na Unifesp; o Geata, que foi uma instituição no Rio Grande do Sul; esses foram grupos iniciais. Mais recentemente uma associação, a Astral, avaliou e registrou mais ou menos 47 grupos, desses, 20 públicos e 27 privados, que têm surgido nesses últimos 30 anos. E uma característica é que esses grupos têm pouca articulação com a rede SUS. Não existem políticas públicas desenvolvidas para esses pacientes e o seu atendimento também é pouco sistematizado.

Quanto à prevenção, numa importante revisão publicada pela Profa. Karin, que é do Ambulim, ela avaliou estudos de prevenção na América Latina. O México e o Brasil são os lugares que mais têm estudos nessa área de prevenção. Seis desses estudos são estudos no Brasil, e alguns desses estudos encontraram reduções significativas de transtornos alimentares depois de intervenções específicas realizadas em populações-alvo, como, por exemplo, jovens, mulheres, em determinadas... escolares. Então, isso sinaliza uma possibilidade de continuarmos avaliando, estudando essas possibilidades de prevenção aqui no país.

A Associação Brasileira de Psiquiatria, que eu represento, desenvolveu uma Comissão de Transtornos Alimentares, que funciona desde 2019. Eu a presido, mas é constituída de vários psiquiatras, uma associação de psiquiatria. Ela tem como objetivos: primeiro, ser um fórum permanente de consulta na área de transtornos alimentares; segundo, favorecer um maior treinamento de profissionais na área de transtornos alimentares; melhorar a conscientização sobre os transtornos alimentares na sociedade; avaliar a situação atual e capacitar os psiquiatras na avaliação e atendimento aos transtornos alimentares.

A gente realizou um estudo, que foi publicado agora, recentemente, para avaliar a confiança e o conhecimento dos psiquiatras no atendimento aos transtornos alimentares no Brasil. E a gente se deparou com uma situação muito dramática, muito crítica, de desconhecimento para o tratamento dessas condições. E, também, eles não se sentiram capacitados, por vários motivos, para tratar essas pessoas.

E um outro objetivo é desenvolver instrumentos para padronizar a assistência aos transtornos alimentares. Nós estamos, agora, no final já das nossas diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria para o tratamento dos transtornos alimentares. Vai ser uma diretriz baseada em evidências. Já está concluída, a gente está escrevendo o texto final para publicação.

Então, é uma associação que tem tido um papel muito importante.

Aqui nós temos algumas publicações que ela tem na área, tanto em termos de divulgação quanto em termos também de estudos específicos.

Bom, para finalizar, eu apontaria a necessidade - e a Senadora Damares falou justamente de necessidade nessa área...

Estudos epidemiológicos sugerem que os transtornos alimentares, no Brasil, apresentam prevalências, frequências muito semelhantes a outros países. Então, eles estão aí.

Comportamentos alimentares alterados parecem estar aumentando em determinadas regiões, como mostrei naquele trabalho feito aqui, no Rio de Janeiro, de base populacional.

Pouco se sabe sobre a assistência aos transtornos alimentares no país, que parece ser limitada e insuficiente.

Alguns estudos sobre prevenção aos transtornos alimentares realizados no país têm apresentado resultados promissores.

E eu diria, com perspectivas futuras - e isso talvez possa fazer parte dessa plataforma, Senadora -, da necessidade de estudos, aí sim, não mais esses estudos que foram feitos em cidades grandes do país, mas estudos com amostras nacionais, com uma representatividade maior tanto de cidades grandes quanto de cidades pequenas, onde a gente pode ter uma variação da distribuição dessas condições no país e de fatores associados, que podem variar de região a região.

Também há uma necessidade de a gente avaliar a real situação de como esses pacientes estão sendo atendidos nas redes... no SUS, tanto na rede pública quanto na rede privada. Não se têm dados suficientes sobre isso.

A partir disso, é possível desenvolver políticas públicas que possam incluir a prevenção e a assistência aos transtornos alimentares em estratégias de saúde do SUS; e desenvolver um sistema de atendimento de pacientes com transtornos alimentares considerando a complexidade desse atendimento, isto é, desde estratégias de prevenção na atenção primária em casos mais leves, em casos que se pode orientar mais facilmente, até da área secundária, nos casos um pouco mais complexos, que exigiriam unidades mais especializadas - que a gente já falou que são raríssimas no país - e da terciária, em que eventualmente pudessem, nos casos mais graves, recorrer à hospitalização, tanto parcial quanto completa.

Bom, essas são as contribuições, acho, que eu gostaria de trazer aqui. E me coloco à disposição para qualquer questão, qualquer ponto que surja em função disso.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Dr. Appolinário, muito obrigada, muito obrigada pela apresentação, pela exposição, especialmente trazendo encaminhamentos.

E - eu já vou pedir à Secretaria da Comissão e à Dra. Irlane - nós vamos encaminhar para o gabinete dos membros desta Comissão a apresentação com as perspectivas de futuro, com o que eles esperam da gente.

Então, Doutor, muito obrigada.

Mas eu tenho uma pergunta direcionada ao senhor, Doutor. Eu já vou fazer... A gente já aproveita e já faz esta pergunta que veio do Arthur, do Distrito Federal. Se o senhor se sentir à vontade, pode responder. Pode também, depois, se quiser, mandar a resposta por *e-mail*, que a gente encaminha ao Sr. Arthur. Ele pergunta o seguinte: "No transtorno compulsivo, como o análogo de GLP-1 [acho que é "GLP-1" que fala, não é?] pode ser incorporado na estratégia de tratamento, quais são os desafios éticos em receitar?".

Sente-se à vontade em responder agora, Doutor?

O SR. JOSÉ CARLOS BORGES APPOLINÁRIO (*Por videoconferência.*) - Olha, eu posso falar alguma coisa, mas eu acho que nós temos endocrinologistas aqui que podem responder melhor isso.

Os análogos de GLP-1 não estão aprovados para o tratamento dos transtornos alimentares especificamente nem aprovados para o tratamento do transtorno de compulsão alimentar. Mas vários pacientes com transtorno de compulsão alimentar ou bulimia nervosa têm sobrepeso e obesidade, e esses análogos estão indicados no tratamento de pessoas com obesidade ou sobrepeso e comorbidades. Então, sendo bem avaliados, alguns desses análogos podem ser bastante úteis na condução desses casos, em que você tem transtornos alimentares e alterações do peso corporal com sobrepeso e obesidade.

Eu acho que isso vai ser estendido por outros colegas, que vão poder falar mais especificamente sobre isso, tá?

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Muito obrigada. Se puder, permaneça mais um tempo conosco para interagir, se preciso, com os demais expositores.

Na sequência, nós vamos ouvir a Dra. Priscilla Gil, representante da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia.

Doutora, bem-vinda! Estamos com uma expectativa muito grande para ouvi-la.

A SRA. PRISCILLA GIL (Para expor.) - Querida, primeiro, agradecer essa audiência pública e agradecer a possibilidade de estar ajudando a traçar as políticas públicas do Brasil.

Vou começar com a minha autodescrição. Sou uma mulher cis, negra, de pele morena, rumo aos 50 anos. Estou vestindo uma roupa verde com um cordão vermelho, cabelos longos, encaracolados.

Eu estou aqui representando a Sbem, a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, mas eu também trago uma visão quádrupla de outras sociedades e ações que faço. Eu sou do Departamento de Psiquiatria e Transtornos Alimentares da Abeso - a Maria Edna vai falar pela Abeso, mas eu também faço parte do Departamento de Transtornos Alimentares (TAs), e tenho uma visão mista por ser militar do CBmerj (Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro), e trabalhar na rede privada também.

Então, todas as dificuldades que a gente vê na rede privada e na rede militar, no SUS são multiplicadas exponencialmente. E a dificuldade realmente é de todas as áreas na hora da internação de um paciente com o transtorno alimentar, por exemplo, ou mesmo com o paciente não internado. De SUS, eu tive 15 anos de experiência no Iede (Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia), do Rio de Janeiro, onde há uma parceria, como o Dr. Appolinário já falou, da psiquiatria com endocrinologia e, é interessante falar, de uma parceria Estado Federal dentro do Iede, onde no Iede acontecem as internações e também os atendimentos ambulatoriais, e, no Ipub, também a mesma coisa. Então, é uma parceria que traz já 30 anos de experiência com efetividade e que hoje está muito deteriorada por falta de profissionais. Então, também é uma forma de reposição e de se recriarem estratégias para ampliar o atendimento.

Anorexia nervosa é a doença de maior mortalidade dentro da psiquiatria - e tem uma alta mortalidade. O Dr. Táki possivelmente vai discorrer mais sobre isso. E, quando a gente vai falar em paciente com alta mortalidade, a gente tem que pensar em três níveis. Se chegar um paciente com transtorno alimentar com anorexia nervosa, ele pode precisar de hospital terciário. A experiência que a gente tem de internação no Iede é com apenas dois leitos para transtorno alimentar, hoje, atualmente desativados, exatamente pela ausência de profissionais. Eram cinco psiquiatras e três psicólogos capacitados e aprimorados, mas, durante essa capacitação, houve o término do contrato. Contratos temporários são muito ruins para o trabalho na área de transtorno alimentar, já que demora para o profissional de saúde se aprimorar dentro da parte de educação para aprender a lidar com os transtornos alimentares. Esses contratos temporários realmente não ajudam; precisamos de trabalhos que sejam com planos de carreira, para que haja adesão realmente dos profissionais capacitados e aprimorados para transtorno alimentar.

E os leitos da cirurgia bariátrica estão cada vez se ampliando. Claro que tem a grande importância de ter os leitos ampliados da cirurgia bariátrica, mas eles ocupam um espaço em detrimento do transtorno alimentar. E o paciente com cirurgia bariátrica tem de 25% a 30% de transtorno alimentar presente junto com a obesidade. E aí o profissional especialista em transtorno alimentar precisa estar junto ali, dando o exemplo do Iede, porque é de onde eu venho, a minha *alma mater*. Lá, por exemplo, precisa ter também o profissional em transtorno alimentar em paralelo com o acompanhamento da cirurgia bariátrica.

Em nível secundário, a mesma necessidade de educação, trazendo aqui a necessidade de que esses profissionais de saúde - enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, endócrinos, psiquiatras, até professor de educação física e assistente social - precisam estar capacitados, preparados, treinados, para poder fazer o atendimento do paciente com transtorno alimentar. Isso em nível terciário, secundário e primário na rede de saúde da família.

Então, a proposta é de treinamento, conseguir elaborar uma forma de treinamento dos profissionais de saúde nos três níveis - terciário, secundário e primário - na rede de saúde da família. Por exemplo, para as equipes de saúde da família, chegando aqui na rede primária, precisando de uma sugestão que pode acontecer: a elaboração de cartilhas, cadernos sobre transtorno alimentar, com cursos efetivos de treinamento para aprimoramento desses profissionais de saúde que estão na ponta.

Muitas vezes, o paciente que está internado precisa da equipe de saúde mental, junto com... Por exemplo, paciente que se interna com anorexia nervosa no hospital clínico precisa da equipe de saúde mental supervisionando o clínico que está atendendo ou, se ele se interna no hospital psiquiátrico, que é mais complexo, porque é um paciente grave clínico, precisa da supervisão do clínico. Então, uma forma de trabalhar são as parcerias, como eu já disse, ou que haja o matriciamento da equipe de saúde mental para esse hospital onde está internado o paciente da clínica geral. São internações de alta complexidade pela demanda conjunta de duas áreas.

Nessa parte de treinamento, além de treinar os profissionais e de abrir mais vagas com o plano de cargos e salários para dentro do SUS, é necessário também pensar na parte de educação em todos os níveis. Então, eu falei dos profissionais de saúde, mas, também indo da pós-graduação, graduação, ensino médio e infantil, a gente, nas pós-graduações, já tem, por exemplo, dentro da matriz de competência da residência de endocrinologia, a indicação - está lá na matriz de competência - de estudar transtornos alimentares: bulimia nervosa, anorexia nervosa e TCA (transtorno de compulsão alimentar). As residências implantam; as pós-graduações, nem tanto. Então, a exigência disso é importante. Estou em nível de pós-graduação. Nível de graduação: nas graduações de Medicina, hoje se começa a estudar obesidade, coisa que se demorou muito a chegar nas graduações de Medicina; vamos agora começar a introduzir transtornos alimentares também, é uma

necessidade. Vindo para o ensino médio e para a educação infantil, a mesma necessidade, mas com muito cuidado, porque, nas escolas, quando a gente começa a falar de transtornos alimentares, pode ser indutivo. Então, é mais necessário falar sobre desestigmatização, políticas antibullying, aceitação dos corpos, dos diferentes corpos, internalização do corpo magro, então desconstruir a ideia do corpo perfeito que a internet traz, que as redes sociais trazem. Mas é complicado falar propriamente do transtorno alimentar na escola pelo risco de indução.

Em termos de preparo para isso, temos alguns centros que podem ser cadastrados, especializados, que já são centros de referência nacional. É necessário um cadastro desses centros, como o Ambulim, com o Prof. Táki; o Gota, do Iede; o Proata; o Cettao, da Santa Casa no Rio de Janeiro. São centros que podem capacitar os profissionais de saúde para ensino e terceirizar.

Então, os centros que já existem... É necessário fortalecer o que já existe, a gente não precisa inventar a roda, não é? Os centros que já existem podem ser mais bem financiados para que, quanto a esses profissionais de saúde especializados, sejam um polo multiplicador para a capilarização da informação, desse conhecimento.

Quanto às campanhas, eu fico sempre receosa de falar de campanha, embora eu tenha coordenado a última campanha de transtornos alimentares da Sbem e Abeso. Eu fico sempre um pouco receosa, porque campanhas são muito importantes, a gente trabalha a população para identificação - identificação, acolhimento e diagnóstico pelos profissionais de saúde da ponta -, só que com isso a gente aumenta a demanda, e hoje a gente já tem dificuldade de acolher a demanda espontânea. Então, trazer ainda mais uma demanda reprimida pode ser complicado.

Então, quando a gente fala de campanha de prevenção, a gente volta à necessidade de... Fez a triagem, eu tenho que conseguir tratar, eu tenho que ter o centro de tratamento, o centro de internação para poder fazer a campanha. As coisas estão juntas, tanto a campanha... Tudo isso se torna prioridade, eu não consigo priorizar a campanha em mídias sociais, embora eu veja a importância e tenha coordenado campanha, se a gente não tiver onde internar e onde tratar esses pacientes.

Eu queria terminar... O tempo terminou, não é?

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF. *Fora do microfone.*) - Não, pode continuar.

A SRA. PRISCILLA GIL - Posso?

Eu queria ir finalizando aqui, falando que o paciente com transtorno alimentar é um paciente que está em sofrimento, mesmo que ele não tenha recebido o diagnóstico, mesmo que ele ainda esteja dentro das famílias, esteja longe propriamente da área de saúde, do atendimento, mas ele está em sofrimento, antes mesmo do diagnóstico e por anos. Então, é esse apelo que eu faço: se você tem um pé quebrado, você sabe onde levar, onde ir com o pé quebrado, se você tem uma dor no peito, você sabe onde ir também, qual hospital você vai procurar; já, se você tem um filho ou uma filha na sua casa com 30kg, 28kg, 25kg, morrendo, você, primeiro, não sabe onde levar, e quando você leva para esse lugar, os profissionais que estão lá não sabem como agir. Eles vão internar, fazer uma hidratação e vão dar alta. O seu filho, de 27kg vai passar para 28kg e vai ter alta. Essa é a realidade do SUS brasileiro hoje.

A gente precisa ampliar esses centros para internação, como o Ambulim, como o Iede, ampliar a verba dos centros que já têm propriamente execução e são capazes de multiplicar essas ações e contratar mais profissionais com planos de carreira para poderem trabalhar nesses locais e atender esses pacientes que estão em tão grande sofrimento.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Dra. Priscilla, a senhora deu aqui um soco no estômago do Congresso Nacional. A senhora trouxe um quadro grave. A senhora trouxe um retrato grave, e eu estou preocupada, muito preocupada. Mas como foi oportuna a sua apresentação! Como foi oportuna!

Eu quero falar para os demais especialistas: quando a gente fala de transtorno alimentar... Eu estou muito ligada ao tema, porque eu acho que os senhores sabem como eu tenho uma luta antiga na proteção da criança e do adolescente, mas em alguns momentos em que eu conversei lá atrás com alguns outros Parlamentares eu escutei o seguinte: "Tem coisas mais importantes". Eu não sei se os senhores ouvem isso também.

E a senhora trouxe aqui um quadro gravíssimo, inclusive a preocupação da campanha de a gente buscar uma demanda reprimida que eu sei que existe. Eu sei que existe. E o que fazer?

Eu agora começo a ficar muito preocupada, Doutora, com o que fazer. E a senhora trouxe um outro ponto, que todo mundo, quando fala conosco, os Parlamentares que estão envolvidos com o tema, que é a escola - a escola.

Para a senhora ter uma ideia, tem três perguntas aqui sobre a escola. Eu vou fazer já para a senhora as três perguntas. É que todo mundo acha que a solução vai estar em campanha na escola. E a senhora traz um fato, uma informação de que pode

ser pior se pessoas despreparadas falarem sobre o assunto na escola. Vou fazer as três perguntas. Não precisa responder literalmente o que estão perguntando, mas faça essa abordagem sobre a escola.

Gabriel, do Rio Grande do Sul pergunta o seguinte: "Qual [é] a viabilidade de fornecer atendimento psicológico em escolas públicas [que vise a] identificar e prevenir os transtornos alimentares?"

Aí vem lá a Rebecca, do Acre. Observe que é o Brasil inteiro que está acompanhando a audiência: "Como as escolas e instituições de ensino têm atuado na prevenção de transtornos alimentares entre jovens e adolescentes?"

E mais uma pergunta sobre escola. Ricardo, do Distrito Federal: "Existe algum plano de ensino a ser desenvolvido pelo Ministério da Educação para [que possa] ensinar nutrição para as crianças do ensino básico?"

A senhora se sente à vontade em responder ou em fazer uma abordagem geral?

A SRA. PRISCILLA GIL (Para expor.) - Sim, eu acho que eu posso introduzir e acho que a Maria Edna possivelmente vai seguir também com a mesma, ajudando na resposta a seguir.

Sobre a identificação do transtorno alimentar na escola, o psicopedagogo pode ser preparado para identificação. O psicólogo psicopedagogo da escola. É necessário criar cartilhas para isso e educação desses psicopedagogos.

No entanto, as palestras sobre transtorno alimentar, dependendo de como é falado, se a gente fala sobre purgação, se fala sobre os mecanismos compensatórios, a gente pode estar induzindo. Então é necessário ter cuidado realmente na hora dessas palestras. A gente vai falar de quê? Sobre a aceitação de todos os corpos; sobre a política antibullying mesmo, o trabalhar; sobre a estigmatização da obesidade, do sobrepeso, do comer em família, do comer com atenção, de voltar a reorganizar prazer naquele momento de comer. Então, reconstruir a saúde e a forma de lidar com a alimentação e com o corpo. Vai falar de saúde sexual, de evolução sexual, sim, isso pode ser falado e deve sobre o corpo na adolescência, que ganha um pouquinho de peso preparando para a puberdade, para induzir a puberdade nesse adolescente; desenvolvimento corporal. Tudo isso é necessário falar, sobre alimentação saudável. No entanto, propriamente sobre os transtornos alimentares, já é questionável. Então, acho que é importante colocar isso. Então, a identificação e o diagnóstico pela psicopedagoga capacitada, é necessário sim.

E a outra é sobre redes sociais. Eu acho que também na escola, colocar a responsabilidade das redes sociais. Aí não é só sobre obesidade, não é só sobre transtornos alimentares, é a responsabilidade sobre o que é dito nas redes sociais. Por que eu estou fazendo esse *post*? Para que eu estou fazendo? Quem eu quero atingir? Qual o objetivo disso? A cada *post* colocado. Então, isso é mais amplo do que propriamente para o nosso tema. Acho que a Maria Edna pode falar melhor sobre as escolas.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Doutora, muito obrigada.

A próxima a falar é a Dra. Maria Edna, mas o Dr. Táki pediu para fazer uma intervenção exatamente... Vamos fazer dessa forma. A gente tem uma regra da audiência pública, mas o assunto é por demais complexo e delicado. Eu acho que a gente pode fazer uma dinâmica aqui, fazendo essa exceção.

Doutor.

O SR. TÁKI ATHANÁSSIOS CORDÁS (Para expor.) - Eu acho que a gente deve tomar - perfeita a sua resposta -, devemos tomar muito cuidado com o voluntarismo de gente que, em escolas, como psicóloga, psicopedagoga, quer abordar o assunto sobre o transtorno alimentar. Isso é muito específico, muito especializado. Então, neste momento, com a falta de formação que os profissionais têm, eu seria contra esse oferecimento. Isso pode ser um tiro pela culatra. Durante muitos anos, fora do país, programa de prevenção de transtorno alimentar era ir para a escola e falar o que é anorexia, o que é bulimia, etc. Isso era contraproducente. Como a Doutora disse, você aumentava o número de casos de crianças nas escolas. Então, não há ainda exatamente uma definição de qual é a melhor forma de prevenção, mas tem que se falar de saúde, não se falar de doença, porque senão você treina essas crianças.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Doutor, obrigada.

Confesso que é uma abordagem que vamos ter que fazer de uma forma mais aprofundada com os nossos Parlamentares, porque eu tenho visto, Doutora, movimento no sentido: vamos ao MEC - vamos ao MEC -, vamos falar para os professores estarem falando sobre isso. E vocês trouxeram uma abordagem muito, muito diferente e, de fato, vamos precisar conversar.

E vou dar uma boa notícia para vocês: esta audiência não vai encerrar aqui, não. Eu vou, inclusive, mandar para os senhores as propostas que estão tramitando dentro da Câmara e do Senado, para recolher dos senhores contribuições para que o Parlamento não erre com relação ao tema.

Dra. Edna, dez minutos, mas a senhora sabe que eu sou generosa.

Então, para quem está ligando a televisão, acompanhando, vou repetir: Dra. Maria Edna de Melo, representante da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica.

Bem-vinda, Dra. Edna.

A SRA. MARIA EDNA DE MELO (Para expor. *Por videoconferência.*) - Bom dia a todos.

Bom dia, Senadora. MUITÍSSIMO obrigada pelo convite e principalmente pela iniciativa de convocar esta audiência pública. Também estendo o agradecimento ao Presidente da Comissão, o Senador Humberto Costa.

Senadora Damares, começo falando um pouquinho sobre a Abeso... Primeiro, sobre mim. Eu sou médica endocrinologista. Eu sou uma mulher que nasci em Mossoró, no Rio Grande do Norte. Fiz faculdade em Natal, fiz residência de Clínica Médica em Brasília e fiz Endocrinologia no Iede, no Rio. Hoje eu estou aqui em São Paulo, no Hospital das Clínicas, e, na Abeso, eu coordeno a Comissão de Advocacy.

Esses temas são extremamente importantes e, quando vêm para discussão numa Casa tão nobre, isso acaba abrindo um leque de esperança para nós profissionais de saúde, que estamos na ponta cuidando desses pacientes.

A Abeso é uma associação que é multidisciplinar. Os colegas aqui apresentadores também são da Abeso, justamente no Departamento de Transtorno Alimentar. Então, é uma associação que tem um olhar muito grande para obesidade, mas, no nosso corpo de departamentos, a gente sempre tem essa participação dos profissionais mais diretamente envolvidos com transtorno alimentar.

Os transtornos alimentares, especificamente a compulsão alimentar, é muito frequente em pacientes com obesidade. Então, é algo que os endocrinologistas, os profissionais que tratam de pacientes com obesidade veem com muita frequência. Cerca de 30% dos pacientes com obesidade vão ter transtorno de compulsão alimentar. É lógico que não vão ter anorexia, porque são duas etiologias divergentes: uma tem um *drive* para não comer e outra tem um *drive* para comer.

Eu vou fazer uma pequena introdução falando da obesidade. Não é o tema, mas vou só fazer um chamamento também para observar a importância da obesidade.

A obesidade é uma doença. Provavelmente, é a doença que tem o maior impacto na saúde pública não só no Brasil, mas no mundo todo. Recentemente, a World Obesity Federation fez uma estimativa de como vai ser a prevalência de excesso de peso na população mundial. Em 2035, 51% da população mundial vai ter obesidade ou sobrepeso. E esse número cresce, duplica na população adulta, por exemplo, de 5% para 11% da população mundial entre os homens; mas, na população infantil e em adolescentes, o percentual de obesidade tende a triplicar, então uma velocidade de crescimento numa população que é justamente a população que também está mais predisposta ao aparecimento dos transtornos alimentares. A gente vê essa aceleração dessas doenças que muitas vezes são comórbidas.

A obesidade é o terceiro maior fardo social no país, só perde para violência armada e para o álcool, que é um outro tema extremamente relevante em termos de saúde pública - e aí, Senadora, falo para a senhora, já que é uma pessoa muito envolvida na infância e adolescência: a gente também vê esse problema crescendo na infância e adolescência.

Então, a obesidade é o terceiro maior fardo no país. Aqui no Brasil, entre os adultos, 60% têm excesso de peso e 26% já têm obesidade. Quando a gente vai olhar para as crianças, é um terço das crianças: cerca de um terço das crianças está acima do peso e 15%, já com obesidade. Então, é um número que acaba impactando muito. A obesidade desencadeia ou agrava mais de 200 condições de saúde. A gente tem complicações metabólicas, mecânicas e muitas complicações relacionadas à saúde mental, especificamente na criança e no adolescente. Na criança e no adolescente, o impacto na saúde mental é o que mais compromete a qualidade de vida dessas pessoas.

Infelizmente, essas doenças são multifatoriais. Os pacientes têm uma predisposição biológica, mas a gente tem uma influência muito grande do ambiente. Essa influência do ambiente na obesidade é uma; nos transtornos alimentares são outras.

A gente tem hoje uma participação muito grande em termos de exposição da mídia. Na mídia tradicional, a gente tem uma tendência, existe um discurso, existe uma busca pela diversidade dos corpos, mas, na hora de escolher os apresentadores, na hora de escolher os candidatos, os convidados, na hora de escolher quem vai mostrar a cara, quem vai ser exposto, seja numa novela, seja num programa de auditório, o que define a participação é a magreza. A magreza impera, e eu não estou falando... Eu estou falando magreza, mas magreza mesmo, IMC num limite inferior ao da normalidade ou, se puder, até abaixo dele. Não é a eutrofia, não é o peso normal. Então, isso é algo que a gente tem que... Com as mídias tradicionais a gente tem uma capacidade maior de conversar, de chamar atenção e de cobrar, mas aí o nosso maior problema hoje, como a própria Senadora já citou no início da abertura desta sessão, são justamente as redes sociais. As redes sociais são um poço sem fundo de desgraça para a nossa sociedade no que diz respeito a transtornos alimentares, porque a gente não apenas tem a glamourização dos corpos ultramagros; além dos corpos ultramagros, a gente tem os transtornos de muita

massa muscular. E aí a gente tem o aliciamento de crianças e adolescente para práticas como comportamentos purgativos, alimentação ultrarrestriativa, que colocam a vida dessas crianças e, como a senhora própria falou, até de alguns adultos também em risco. E aí de quem é a culpa? Quem que vai responder por esses perfis de redes sociais? É o perfil? Porque o perfil nem tem dono, muitas vezes não tem cara. Quando amigos das minhas filhas vêm à minha casa, a responsabilidade é minha; eu tenho que cuidar da minha casa. Então, a partir do momento em que as grandes redes sociais, as *big techs* abrem para todo mundo, elas precisam ter o compromisso, elas precisam ter uma responsabilização sobre isso, porque não pode ser aberto. A gente vive em sociedade e, para viver em sociedade, a gente constrói regras que precisam ser seguidas para que a gente consiga evoluir não só na nossa convivência, mas também no nosso bem-estar físico e mental. Então, um dos pontos... Quando a gente fala de regulamentação, todo mundo abre os olhos, mas ela nada mais é do que criar regras para que as coisas possam andar de uma forma... porque precisam ser adequadamente conduzidas.

Eu acho que isso é extremamente importante. A gente tem outros problemas nesse andamento, mas atualmente, como a senhora própria falou, as redes sociais são algo que preocupa muito. E não é só para o transtorno alimentar; a gente também tem os desafios para comer demais. E, nesse comer demais, ninguém vai fazer desafio para comer demais alface, geralmente a comida é comida *trash*.

Então, alinhando, falando um pouco sobre essa questão do cuidado com as pessoas, hoje eu tenho também uma preocupação porque acaba chegando muitas vezes para os pacientes com obesidade, que eu vejo mais na minha rotina, orientações que são orientações não adequadas de alimentação. Então, existe uma preocupação com o transtorno alimentar, que é extremamente importante, porque a gente sabe da gravidade, a gente sabe do crescimento da prevalência, mas isso não pode contaminar a formação dos profissionais no que diz respeito à alimentação saudável. Então, quando muitas vezes alguns profissionais vão orientar, eles fazem uma orientação em que você pode comer de tudo, não precisa se preocupar porque não tem alimento ruim nem alimento bom. A gente sabe que nutricionalmente tem alimentos que são ruins e nutricionalmente tem alimentos que são bons. Então, não é que o paciente que tem transtorno alimentar vai poder receber uma orientação de que ele pode comer salsicha e macarrão instantâneo, o importante é que ele coma. É importante que ele também receba um cuidado baseado nos fundamentos da nutrição, de uma alimentação saudável, porque isso acaba, muitas vezes, trazendo um prejuízo para aquele paciente. E isso não é adequado. Então, quando a gente fala de cuidado desses pacientes, o transtorno alimentar compartilha com a obesidade a carência de formação. A gente não tem formação na graduação, a gente não tem formação em muitas residências médicas. E aí, quando as pessoas saem, os profissionais saem da faculdade, eles vão aprender também nas redes sociais ou com uma farmácia de manipulação que orienta: "Olha, você faz esses suplementos e orienta assim ou assado". Então, a gente às vezes acaba tendo... Isso é muito grave, Senadora, porque o transtorno alimentar é grave pela condição de ser grave, mas a obesidade é grave porque a gente tem uma prevalência extremamente elevada, mais de um quarto da população tem obesidade, e a gente não tem formação para tratamento, para cuidado dos pacientes com essa doença tão prevalente. Então, o que a gente vai ter? A gente vai ter profissionais que, como o Prof. Táki colocou, são profissionais que se acham donos de uma verdade e começam a tratar, e isso serve para as duas doenças. Isso serve para essas duas doenças. E essas duas doenças têm um impacto muito grande na saúde mental das pessoas. Essas pessoas ficam muito vulneráveis e elas acabam se expondo a tratamentos, promessas de milagre, a tratamentos que vão pôr em risco a sua saúde.

E quem regulamenta isso? Quem cuida disso? A cada dia, a gente vê o número de faculdades abrindo, inclusive faculdades de Medicina, que a gente vê que não têm a menor condição de formação de profissional de saúde ali. E aí a gente vai produzindo médicos a rodo, que recebem um CRM automaticamente. E isso não é só de medicina, isso também é de nutrição. A gente também tem uma formação de pós-graduação *lato sensu* a rodo para várias doenças, para várias especialidades, tudo *online*. Às vezes as pessoas sequer assistem às aulas, e são essas pessoas que vão ter um perfil de rede social que vai impactar na população.

Então, a gente tem essa necessidade de fortalecimento dos centros de referência já existentes, mas também de ampliação, porque a gente sabe que o número de pacientes que precisam é muito elevado. E hoje em dia, esses centros de referência não são importantes somente para o cuidado, mas principalmente para a capilarização - como a Priscilla colocou -, a capilarização da informação, e isso é extremamente importante.

E, voltando talvez para a parte mais importante, quando se fala em termos de prevenção de transtornos, quais são as estratégias que são mais efetivas para a prevenção? Para a obesidade, aparentemente, é promover uma alimentação saudável. Para os transtornos, aparentemente, por quê? Porque a gente sabe que a obesidade aumenta em todos os países do mundo. Então, não houve nenhuma estratégia que tenha funcionado. Para os transtornos alimentares, eu acredito que a gente também está no mesmo barco: um rema de um lado, o outro rema do outro, mas acaba sendo quais são as estratégias

que são realmente efetivas, mas, se a gente sabe que, por exemplo, nas redes sociais, aquilo ali é um problema grande; então, pelo menos naquilo a gente já tem que focar.

Com relação à orientação, à educação na escola, principalmente na escola básica, Senadora, eu gostaria de dividir com a senhora a angústia e a irritabilidade que eu fico quando se tenta transferir para as crianças aquilo que os adultos não estão conseguindo fazer no seu dever de casa. Então, orientar a criança, por exemplo, no caso da obesidade, sobre alimentação saudável para ela levar aquela informação para Comissão de Assuntos Sociais; ela vai levar aquela informação para casa, mas como que isso vai funcionar num mundo - aqui, por exemplo, no Brasil -, num ambiente onde uma banana custa R\$2 e um macarrão instantâneo custa R\$1,50? Então, existe uma distorção em termos financeiros quanto aquilo que a população precisa consumir. Por quê? Porque a inflação dos alimentos ultraprocessados cresce muito mais do que... ela é muito menor, aliás, do que a dos alimentos saudáveis.

Recentemente, nesse mês de agosto, foi publicado um relatório no qual os alimentos saudáveis tiveram uma variação de preço, nos últimos cinco, seis anos, de 60%, mais de 60%; a cerveja, a variação de preço é de 40%; a variação de preço do cigarro é de 22%. Como que a gente vai mandar a sociedade comer bem, comer saudável? Como que a gente vai ter uma alimentação saudável nas famílias se a gente tem essa distorção de preço? Então, a gente precisa olhar menos para os impostos e olhar mais para os subsídios. E eu acho que, quanto a isso, em termos de obesidade - e se acompanho o que a Priscilla colocou e o Táki colocou -, a escola é um local em que a gente tem que ter muito cuidado com aquilo que a gente vai passar para as crianças. E, aliás, eu acho que a escola tem que continuar tendo o seu papel, que é de educar as crianças a aprender e, principalmente, brincar. Isso é conversa de gente grande, isso não é conversa para eles.

Eu queria agradecer a oportunidade e o ouvido de vocês. E fico à disposição aqui, até o final, para as discussões.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Doutora, muito obrigada, muito obrigada! É uma fala desafiadora e uma fala que incomoda, mas incomoda no bom sentido.

Doutora, a senhora falou que nasceu no Nordeste, conhece bem o nosso país. E há uma pergunta aqui, Doutora, e eu vou fazê-la, trazendo também o seguinte argumento: é um país diverso, nós somos uma nação única e diversa; só povos indígenas, nós temos 305 diferentes, Dra. Edna; nós temos a região ribeirinha; nós temos regiões remotas. Como construir uma política pública sobre prevenção ao transtorno alimentar num país tão diverso, num país tão grande, num país em que manifestações culturais inclusive me preocupam muito com relação ao transtorno alimentar.

E aí, Doutora, a senhora falou da magreza, a senhora falou da televisão, da internet, mas eu vou falar uma coisa bem pessoal, tá? Eu sou mãe de uma menina indígena que está vivendo a adolescência de forma tardia. Ela está com 26 anos, mas está vivendo adolescência agora. E eu embarquei com ela no mundo do dorama. Não sei se vocês já assistiram dorama, mas eu sou dorameira. O senhor sabe o que é ser dorameira, Dr. Táki?

O SR. TÁKI ATHANÁSSIOS CORDÁS (*Fora do microfone.*) - Não.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Então, eu vou lhe ensinar daqui a pouco. (*Risos.*) São séries coreanas, aquelas séries coreanas. E como aquele povo é lindo, como aquele povo é incrível. Que meninos e meninas bonitas! Mas o que eu tenho observado na minha filha e nessa geração de dorameiros: todos querem ser um coreano e uma coreana agora. A minha filha tem um olhinho puxadinho por ser indígena, mas ela decidiu que quer ser uma coreana. Isso me preocupa demais. Eles são muito magrinhos, muito bonitinhos, muito lindinhos, e nós temos uma geração querendo agora ser coreana no Brasil.

E aí a senhora, Dra. Maria Edna, e a Dra. Gil trazem aqui a aceitação de todos os corpos, o respeito a todos os corpos. E eu quero agradecer a vocês, senhores - nós estamos com cientistas aqui na mesa -, mas, pela forma com que vocês estão fazendo a abordagem, a mãe, lá do outro lado, que está nos assistindo está entendendo. Obrigada pela forma com que vocês estão trazendo a abordagem, porque qualquer pessoa que está nos acompanhando está entendendo a fala de vocês. Muito obrigada. Eu estava muito preocupada, pelo currículo dos senhores, com que esse debate a população não pudesse acompanhar, mas as perguntas estão chegando pela forma pedagógica e didática.

Mas a pergunta, Doutora, é a seguinte - eu falei de um país diverso -, veio uma pergunta lá... bom, a pergunta veio do Wheverton, de Rondônia. Ele pergunta o seguinte, Doutora: "Como garantir a prevenção e o tratamento eficaz de transtornos alimentares em regiões remotas?".

Olha, Doutora, eu sei que é uma pergunta muito difícil, porque a Dra. Gil, que está numa área urbana, trouxe aqui um caos - a preocupação dela, o quadro que ela trouxe foi muito ruim -, imagine as regiões remotas! A senhora que conhece bem o Nordeste, não sei se a senhora conhece bem o Norte, como fazer isso em regiões remotas, Doutora?

A SRA. MARIA EDNA DE MELO (*Por videoconferência.*) - Em regiões remotas, hoje a gente tem - lógico, obrigada pela pergunta, Wheverton; um dia eu espero conhecer Rondônia, ainda não cheguei lá -, mas, em regiões remotas, eu acho

que, quando você tem uma política pública, quando você tem uma linha de cuidado bem desenhada e estruturada, eu acho que, nesse aspecto, as linhas de cuidado no Brasil precisam prever essa dificuldade de acesso nessas regiões longínquas. Hoje a gente tem uma telemedicina que é muito ampla.

Então, através de uma linha de cuidado prevendo isso, com uma avaliação inicial através de telemedicina para identificar a gravidade da situação... Ocasionalmente, esse paciente, se é um paciente com anorexia grave, vai precisar ir para outro centro. E a gente tem previsão de tratamento fora de domicílio, em que o próprio SUS paga o deslocamento das famílias para outro centro de referência para o cuidado desses pacientes. Acho que é como a Priscilla falou: tem casos que são mais leves, que vão precisar desse acompanhamento do profissional que está mais próximo, do clínico geral ou do pediatra que está mais próximo, mas com o suporte dos especialistas no centro de referência. Acho que isso é um caminho, porque a gente sabe que não é possível ter um centro de referência em cada bairro, muito menos em todas as cidades. A gente vai ter isso, ocasionalmente, nas capitais ou, então, nos grandes centros. Então, é a telemedicina não só na avaliação do paciente, mas também no suporte do profissional que está na ponta.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Doutora, muito obrigada, muito obrigada.

O nosso próximo expositor é o Doutor... É "taki"? Falei certo agora?

(Intervenção fora do microfone.)

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Táki. Por que eu estou falando "taki"? Táki.

O Dr. Appolinário pediu uma manifestação, e ele concedeu aqui a oportunidade de o Dr. Appolinário falar - acho que é sobre a fala da Dra. Edna.

O SR. JOSÉ CARLOS BORGES APPOLINÁRIO (Para expor. *Por videoconferência.*) - Obrigado, Táki, por você me conceder esta oportunidade.

É mais para contribuir um pouquinho nessa discussão, que eu acho que está indo muito para essa questão da prevenção. E a Sra. Senadora está muito preocupada com isso.

A prevenção nessa área de transtornos alimentares, principalmente a interseção entre prevenção de transtornos alimentares conjuntamente com prevenção de obesidade, porque essas duas áreas teriam que conversar, ainda está em estágio, como o Prof. Táki falou, muito inicial, e ainda não tem tantas informações sobre isso. Então, acho que no que se pode evoluir é mais continuar estudando... Tem alguns profissionais de alguns centros estudando qual a melhor forma de atingir, de fazer... Eu acho que o foco talvez seja mais nesse reconhecimento precoce desses sinais e num aparelhamento do sistema de saúde para lidar com casos com que a gente não está conseguindo lidar. Talvez seja mais uma estratégia de poder ajudar nessas intervenções e de continuar estudando um pouco mais, definindo um pouco mais como é que faria essa prevenção, eventualmente essa prevenção conjunta, como até o Prof. Táki já citou.

Muito obrigado pela oportunidade.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Obrigada, Doutor.

Na sequência, nós vamos ouvir o Dr. Táki.

Dr. Táki, eu vou fazer diferente: eu já vou fazer a sua pergunta, o senhor pode, aí no meio da sua exposição, já responder. É uma pergunta bem séria que vem lá de São Paulo, Doutor: "Jovens universitários representam um grupo particularmente exposto aos transtornos alimentares, como agir [...] [previamente] nesses casos?". Então, a pergunta já fica feita. Se o senhor quiser, durante a exposição, já responder, Doutor, estamos ansiosos aqui para ouvi-lo.

O SR. TÁKI ATHANÁSSIOS CORDÁS (Para expor.) - Muito obrigado.

Agradeço à Senadora Damares Alves e ao Senador Humberto Costa pela oportunidade.

Eu coordeno o Programa de Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP há 32 anos. Sou Professor do Departamento de Psiquiatria da USP e Professor de pós-graduação da Faculdade de Medicina e do Instituto de Psicologia.

A maior parte das pessoas que estão conosco não sabe, tecnicamente, o que é transtorno alimentar. Eu acho que a grande maioria da população aqui, muitas vezes, pode acabar se confundindo com algumas coisas. E me permitam, então, retomar um pouquinho alguns conceitos básicos.

Primeiro, obesidade não é um transtorno alimentar, obesidade não é uma doença psiquiátrica. Não obstante, cerca de 20% das pessoas com obesidade têm um transtorno psiquiátrico e, a partir daí, passam a ser estudados também dentro da

psiquiatria, que é o que a gente chama de compulsão alimentar. Quando falamos de transtorno alimentar, estamos falando de anorexia, de bulimia e de compulsão alimentar em obesos, além de outros quadros.

Para que as pessoas que nos ouvem possam identificar dentro das suas famílias que têm uma pessoa com transtorno alimentar, eu vou fazer uma definição muito básica. Para que serve o nosso alimento? Por que a gente come? Primeiro, a gente come para se nutrir; biologicamente, para a nossa vida é necessário; segundo, é para ter prazer, a comida nos dá prazer; terceiro, a comida é uma ponte entre mim e as pessoas, a comida serve como um objeto de afeto entre a gente. Quando essa situação está quebrada, ou seja, um indivíduo para de comer sob risco de vida, não tem prazer na comida, a comida afasta-o das pessoas e não o aproxima, eu provavelmente estou diante de um transtorno alimentar. Da mesma maneira, o nosso corpo serve para uso nas funções diárias, para desfrute e para interação, e, quando o meu corpo se torna algo estranho, hostil, a minha imagem é indesejada, e o meu peso é indesejado, eu provavelmente estarei diante de um transtorno alimentar. Acho que essa é uma forma para que as pessoas possam entender.

Infelizmente, foi subestimada durante muitos anos a frequência dos transtornos alimentares. Se a gente for somar aí, isso dá quase 5%, ou seja, 11 milhões de brasileiros.

O transtorno alimentar tem uma multicausalidade. Não existe na nossa área da saúde mental uma relação causa e efeito como existe na física. Então, não há um culpado. Há uma interação de fatores hereditários e genéticos, a existência de depressão e de ansiedade, a existência de padrões familiares, a existência de alterações neuroquímicas e a existência, sim - e é onde podemos atuar -, da questão da mídia e das redes sociais.

Infelizmente, nossos adolescentes e crianças, cada vez mais jovens, mas também adultos estão submetidos a uma coisa massacrante de que existe um corpo ideal, seja lá o que for um corpo ideal. E isso pega exatamente adolescentes que estão num momento muito frágil da vida. Aí podemos atuar. E eu vou me permitir falar um pouquinho mais sobre isso daqui a pouco, trazendo algumas propostas diante do que os colegas ofereceram.

Tratamento de transtorno alimentar é caro, exige uma equipe multidisciplinar; é caro na formação, é caro na manutenção, é caro porque é longo e, muitas vezes, a vida inteira.

A primeira coisa, então, eu acredito que é o estímulo à formação de mais profissionais de saúde mental e criação de programas de transtorno alimentar específicos em ambulatórios, hospitais-dia e enfermarias hospitalizadas. Eu tenho a única enfermaria - eu, o nosso programa - especializada em transtorno alimentar da América Latina. São dez leitos que funcionam com quase cem profissionais voluntários. A gente recebe pacientes para internação gravíssimos, da Bolívia, do Peru, do Chile, do Amazonas, de Rondônia, de qualquer lugar. Temos dez leitos com uma longa fila. Nós somos referência disso, mas não me causa nenhum orgulho ser referência disso; muito pelo contrário, eu fico absolutamente revoltado que não haja outros centros de excelência que possam receber essas pessoas.

O Brasil tinha, até há algum tempo, 120 mil leitos psiquiátricos. Claro, muitos deles mereciam ser fechados porque não mereciam o título de hospital, eram verdadeiras pocilgas. Mas hoje nós temos 10 mil leitos e um número cada vez mais crescente.

Pacientes com transtorno alimentar precisam de tratamento ambulatorial, de tratamento em hospital-dia, mas necessitamos, sim, de leitos em hospitais especializados. Por quê? Porque de 15% a 20% dos nossos pacientes com anorexia nervosa grave morrem em função da sua doença.

Controles de algumas coisas no Brasil. Agora há pouco, 12 entidades científicas brasileiras solicitaram à Anvisa a proibição dos chamados *chips* da beleza, que são utilizados indiscriminadamente e que colocam cada vez mais a questão do corpo ideal, da beleza ideal - e o prejuízo à saúde que essas questões trazem, que essas medicações trazem? -; a proibição e o controle de anabolizantes; a necessidade de receita para as canetinhas de emagrecer, que são extremamente úteis na diabetes, mas que estão sendo usadas de maneira indiscriminada para o emagrecimento, o que leva muitas vezes ao desaparecimento dessas medicações para pessoas que precisam, que são diabéticas e que precisam usar. Essas medicações são compradas sem receita. É obrigatória a implementação de receita para essas situações. A suspensão, e eu não sabia que isso existia...

Alguns de vocês devem ter assistido ao filme americano Pequena Miss Sunshine, de 2006, que mostrava um concurso de beleza infantil. E eu pensei que isso fosse só um fenômeno americano. Recentemente, fui procurar, e existem, sim, no Brasil, está no Instagram, está na internet, concursos de beleza infantil, com desfile de maiô... Veja, o corpo da criança é para brincar. E o corpo deixa de ser para si para ser objeto de observação do outro; o corpo não é mais dela, o corpo é de observação e avaliação do outro. Pedem a proibição sumária de qualquer nefasto concurso de beleza infantil neste país.

Internet. A gente precisa tomar cuidado... E eu faço sempre uma referência: a internet não é boa nem é ruim. Na Revolução Industrial, no século XIX, quando as máquinas substituíram o trabalho dos operários, muitos deles foram mandados

embora, e o que aconteceu foi um fenômeno chamado ludismo: operários que perderam seus empregos invadiam as fábricas e quebravam as máquinas, como se as máquinas fossem os seus inimigos, e não o detentor da máquina. Então, a internet, as redes sociais não são boas nem ruins; elas são bem usadas ou mal usadas.

Infelizmente, eu nunca vi proselitismo de pacientes com depressão na rede social. Ninguém diz assim: "Fiquem com depressão, porque é bacana". Mas existe proselitismo de magreza na rede social. E fórmulas, e fórmulas, e fórmulas salvadoras para emagrecimento e para bem-estar de gente absolutamente incompetente. Quem tem formação médica em nutrição, em saúde mental, em obesidade, gente séria, não vai para a internet ficar ensinando fórmula e ganhando em cima disso. A internet precisa ser regulamentada. Deve existir uma forma de proibição de orientação de dietas, remédios ditos naturais. Maconha também é natural.

Então, fitoterápicos, remédios naturais que são vendidos como suplemento alimentar - e aí fogem da fiscalização da Anvisa - precisam ser proibidos. Suplemento alimentar não é nada de suplemento alimentar. Fitoterápico ou não funciona ou faz mal; não conheço fitoterápico que faça bem.

Planos de saúde e saúde suplementar devem ser rigidamente fiscalizados. Por quê? Porque planos de saúde recusam-se com frequência... E querem dar alta precoce para meninas e pacientes com anorexia nervosa, depois de 10 a 15 dias de internação, porque não geram procedimentos e não dão lucro. Doença psiquiátrica tem que ser tratada da mesma maneira o tempo que for necessário o tratamento.

Cautela novamente com programas de prevenção. Programas de prevenção podem gerar mais doença do que prevenir doença. Repito: nós estamos à disposição para receber profissionais do Brasil inteiro. Na nossa história de 32 anos, já formamos mais de cem psiquiatras que estão pelo país. Nós estamos abertos à formação de pessoas, e eu acredito que também os centros dirigidos pelo Prof. Appolinário, pela Profa. Angélica, na Unifesp. Podemos receber e treinar pessoas, mas nós precisamos de que... Aliás, o número que o Prof. Appolinário citou me parece mais otimista do que os que eu recebi agora: 15 centros públicos para tratamento de transtorno alimentar no Brasil inteiro, sendo 3 de pesquisa apenas, portanto, 12 oferecendo algum tipo de assistência. A assistência precisa ter enfermaria, ambulatório, hospital-dia, minimamente, psiquiatra, um clínico, um pediatra, endocrinologista, psicólogo, nutrição.

A Inglaterra, há alguns anos, país do tamanho, imagino, do Estado de São Paulo, do Estado de Minas Gerais, tinha quase cem centros especializados. Nós temos 12, públicos. Então, a gente precisa, sim... E peço à Senadora e ao Senador que possibilite que tenhamos uma força-tarefa para discutir com os senhores e ter reuniões, se possível, periódicas, para oferecer projetos para implementação de leis e medidas que possam valer para este país.

Agradeço muito a gentileza do convite.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Doutor, o senhor me tirou o fôlego aqui. O senhor falando, e eu, aqui, me movimentando na cadeira, olhando para a Dra. Priscilla...

É angustiante - é angustiante -, e o senhor traz e trouxe, de forma muito pedagógica também para as famílias, em uma linguagem bem universal, suas preocupações, mas o senhor nos trouxe uma preocupação: uma única enfermaria, na América Latina, dedicada ao transtorno alimentar.

Aí, a Dra. Priscilla falou de dois leitos que ela tem lá...

A SRA. PRISCILLA GIL (*Fora do microfone.*) - Desativados.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - E desativados. Meu Deus!

Doutor, aqui em Brasília, eu recebi um relatório em que há 15 mil crianças, Dra. Priscilla, na fila, aguardando um neuropediatra, há cinco anos, para fechar um diagnóstico sobre autismo. E aí, Doutor, se aqui em Brasília, o centro do poder, eu tenho tão poucos profissionais, tão poucos, para atendimento do transtorno...

Eu fui ao Caps transtorno de Taguatinga, que é nossa cidade-satélite. É um Caps transtorno, Doutor, para 1 milhão de pessoas e com quatro psicólogos com contratos temporários - quatro, era só isso que tinha lá.

De fato, os senhores estão trazendo aqui um desafio para a saúde mental no Brasil, um desafio para a gente entender o que fazer com relação ao transtorno alimentar.

E eu vou dizer uma coisa: eu vou pedir a todos os Senadores que assistam, depois, em casa, a esta audiência pública.

E aí, na sequência, a Dra. Vivian vai ser a primeira a falar, mas eu não posso deixar de lhe agradecer a provocação para a gente criar uma força-tarefa, um grupo de trabalho.

Eu acho que esta Comissão é a Comissão, é o fórum certo para isso, e eu vou propor, Doutor, para a gente fazer, aqui dentro, um grupo... Nós temos muitos Senadores médicos, muitos Senadores médicos. A gente vai propor um grupo de trabalho,

aqui nesta Comissão, para a gente discutir com o pé no chão - pé no chão - a nossa realidade e fazer uma provocação ao Parlamento. Essa vai ser minha primeira medida na próxima reunião.

Eu fui buscar, Doutor - Dra. Vivian, só um instantinho, que eu já te passo a palavra -, as propostas sobre transtorno alimentar que estão tramitando nas duas Casas. E eu disse: "Ah, eu vou encher essa mesa de propostas". Por incrível que pareça, tem apenas três. Das três, Doutores, uma é de 2015, do Senador Davi Alcolumbre. O que é que ele quer? "Altera a lei que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor para estabelecer como tipo penal a conduta de disponibilizar na rede internet, ou em qualquer rede de computadores destinada ao acesso público, informações, mensagens ou imagens, subliminares ou explícitas, que induzam ou incitem a anorexia ou bulimia." - é de 2015, está arquivado, inclusive teve um voto favorável. O Relator foi o Senador Rodrigo Pacheco. Está arquivado.

Aí eu fui buscar mais.

Tem uma proposta minha, de 2023, mas a minha proposta não era uma proposta de projeto de lei. Foi uma indicação ao Ministério da Saúde: que o Ministério da Saúde visse a rede assistencial do Sistema Único de Saúde destinada à prevenção, ao tratamento de crianças e adolescentes com transtornos alimentares. Foi em 2023. Foi uma das minhas primeiras medidas legislativas após eleita, e eu não recebi resposta ainda do Ministério da Saúde.

E, agora, Doutores, em junho de 2024, um Deputado apresentou, na Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei 2.482, que "dispõe sobre a notificação compulsória de transtornos alimentares com consequências graves à saúde física ou mental, bem como traça diretrizes ao poder público para enfrentamento deste agravo à saúde".

Não tem Relator ainda, está parado na Comissão de Saúde da Câmara. Eu vou buscar o Presidente da Comissão de Saúde, eu vou pegar a cópia desse projeto de lei, eu vou encaminhar aos senhores que estão nesta audiência, para os senhores darem uma lida e a gente trabalhar, com o Presidente da Comissão, a indicação de um Relator, de preferência, da área da saúde lá.

A gente pode trabalhar as proposta lá, porque, se a gente conseguir aprovar na Câmara e trazer para o Senado um debate já amadurecido, eu acho que a gente ganha mais tempo do que a gente fazer um debate aqui, mandar para lá, a fim de ser apensado a esse projeto do qual eu não conheço ainda o conteúdo. Então, a gente faria o caminho inverso: o Senado criaria um grupo de trabalho e, junto com a Câmara, trabalharia uma proposta que seja uma proposta do Congresso Nacional.

Mas eu acredito que, sem ouvi-los, a gente não vai construir nada nesta Casa. Os senhores precisam vir com a gente, e eu fico muito feliz que o Dr. Táki...

O SR. TÁKI ATHANÁSSIOS CORDÁS - Táki.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - ... - acertei: Dr. Táki - tenha nos provocado nessa direção.

Dra. Vivian, dez minutos. Obrigada por ter aceitado o convite para estar conosco.

Nós vamos ouvir agora a penúltima expositora, Dra. Vivian Marques Miguel Suen, representante do Programa de Tratamento de Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Muito bem-vinda, Doutora.

Dez minutos, mas a senhora já viu que eu sou bem generosa com o tempo.

A SRA. VIVIAN MARQUES MIGUEL SUEN (Para expor. *Por videoconferência.*) - Está certo.

Bom, inicialmente, eu gostaria de agradecer esta oportunidade, agradecer à Senadora Damares e ao Senador Humberto Costa. Fico muito feliz com esta oportunidade, inclusive para apresentar o nosso grupo aqui de Ribeirão Preto.

Na verdade, eu sou a Coordenadora do Grupo de Assistência aos Transtornos Alimentares aqui da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. O nosso serviço foi criado há 40 anos, por volta de 1980, e é um serviço que...

Eu vou dizer o seguinte: foram muito interessantes as falas dos doutores que me antecederam, e eu compartilho de todas as angústias deles, no seguinte sentido: nosso serviço foi criado em 1980. Nós também formamos pessoas aqui. Nós temos programa de aprimoramento, de estágio, e as pessoas que trabalham conosco, nesse grupo, são voluntárias.

Eu me esqueci de me apresentar.

Eu sou docente aqui da clínica médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Sou médica nutróloga. E é curioso: por que é que este ambulatório não foi criado pelo serviço de psiquiatria, mas pelo serviço de nutrologia? Justamente pelo que já foi explicado pelo Dr. Táki e pela Dra. Priscilla: os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas, porém eles levam ao comprometimento do estado nutricional. Por isso, então, este ambulatório foi criado na divisão de nutrologia, mas nós contamos com a parceria da psiquiatria aqui da nossa faculdade do Hospital das Clínicas.

Para os senhores terem uma ideia, o Hospital das Clínicas aqui do interior de São Paulo abrange uma área extensa, os Departamentos Regionais de Saúde de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto. Isso dá uma população de aproximadamente 4 milhões de habitantes. E o nosso serviço é um serviço pequeno, porque nós temos limitação de pessoal para atender esses casos. Todos os nossos colaboradores são voluntários. Quem não é voluntário na equipe somos somente eu e a Psiquiatria; os outros profissionais são voluntários. E o nosso serviço é basicamente ambulatorial. Quando nós recebemos pacientes com indicação de internação - e até o momento as internações que nós realizamos foram por risco iminente de morte, devido ao grave estado nutricional, peso muito baixo -, essas internações ocorrem na enfermaria da Nutrologia, que é uma enfermaria que não é especializada em transtornos alimentares. E lá nós temos internados pacientes com outras doenças nutricionais, inclusive pacientes com obesidade grave, que é um problema muito sério também, o qual a Dra. Edna já comentou. Então, não é uma enfermaria especializada e nós temos muita dificuldade quando precisamos internar esses pacientes, inclusive por causa do número de leitos reduzido que nós temos.

Um outro ponto que eu gostaria de destacar é que nós recebemos, às vezes, pedidos de atendimento - não só de pacientes do Estado de São Paulo, mas de pacientes do Estado de Minas Gerais, já recebemos do Mato Grosso do Sul e até do Rio Grande do Sul. Porém nós não conseguimos atender essa demanda pela limitação do serviço e também porque é um trabalho que exige retornos frequentes, e essas pessoas não teriam condições de se deslocar, assim, quinzenalmente ou mensalmente aqui para a nossa região.

E aí, pegando o gancho do que já foi falado em relação às escolas, eu vou trazer um outro problema com que muitas vezes nós nos deparamos aqui. Como é que eu posso dizer? A condição socioeconômica da maioria dos pacientes que nós atendemos aqui é muito desfavorecida, e o que a gente nota é um desconhecimento muito grande até dos familiares, dos próprios pais, a respeito da doença, dos transtornos alimentares. Então, já tivemos casos - isso ocorre com frequência - de as próprias mães ou pais tratarem isso como se fosse uma frescura. Eles acabam culpando a filha, o filho que tem, por exemplo, anorexia nervosa, pelo fato de ele não querer comer, de não querer ir à escola. Isto é uma coisa que eu acho que é um outro problema, que eu estou trazendo: a dificuldade em aceitar o diagnóstico pelos pais e pela própria escola. Nós temos relatos aqui de pacientes que sofrem *bullying* na escola, não só dos colegas, mas também de professores e até, às vezes, da diretora da escola, que têm essa dificuldade de entender que o transtorno alimentar é uma doença.

A minha fala é curta, mas eu queria apresentar, então, o nosso serviço e dizer que nós estamos aqui no interior e que nos faltam também recursos de profissional contratado especificamente para esse serviço. Estamos à disposição para trabalhar em conjunto com vocês no que a gente puder ser útil, no que a gente puder ajudar.

Agradeço novamente a oportunidade.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Dra. Vivian, muito obrigada, mas deixa-me fazer um registro. Eu conheço muito vocês. Eu sou de São Carlos e fui tia-mãe de uma criança que tinha Prader-Willi, e foi aí que eu encontrei um abraço, o acolhimento, o amor, o tratamento. E eu amo muito vocês todos, muito. Quanto eu devo a vocês!

A SRA. VIVIAN MARQUES MIGUEL SUEN (Por videoconferência.) - Obrigada!

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Meu bebê foi embora aos 12 anos de idade, e essa é uma síndrome a que eu estou provocando esta Comissão também a se dedicar, a esse tema. Muito obrigada por tudo que vocês aí fizeram por mim, pelo meu bebê, pela minha família.

Mas, Doutora, só uma pergunta, antes de passar para o Alexandre. Tem uma pergunta direcionada à senhora: "Como rastrear e prevenir os transtornos alimentares?". Na verdade, é o final da pergunta que nos interessa: "Qual a influência da fase de introdução alimentar no desenvolvimento desses transtornos?". E aí, claro, não querendo botar a culpa nas mães, especialmente nas mães de primeira viagem, mas eu entendi essa pergunta - muito oportuna -, trata da introdução alimentar, da correlação dela com o transtorno alimentar, Doutora.

A SRA. VIVIAN MARQUES MIGUEL SUEN (Por videoconferência.) - Então, sobre a introdução alimentar, eu não sei se eu saberia responder a essa pergunta tão bem quanto um psiquiatra ou um pediatra, mas eu penso que a introdução alimentar é uma fase muito importante, porque é quando a criança começa a ter contato com os alimentos. E a gente sabe que, muitas vezes, a forma como a mãe introduz esses alimentos pode influenciar a criança no sentido de comer demais, não é?

E aí eu vou aproveitar o gancho para falar o seguinte, que é muito frequente nós pegarmos aqui casos de crianças que tinham obesidade infantil ou sobrepeso, e essas crianças acabaram sofrendo *bullying* na escola e desenvolveram ou bulimia, ou anorexia nervosa. E por que eu falei isso? Porque a gente sabe que a alimentação, como o Dr. Táki já falou, tem alguma coisa de afeto também, não é? E é muito comum as mães quererem resolver o problema da criança oferecendo comida.

Então é mais ou menos assim que eu vejo, mas eu acho que os psiquiatras e os pediatras podem responder a isso melhor.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Obrigada, Dra. Vivian. Nós vamos agora para o nosso último expositor, que é o Dr. Alexandre.

Dr. Alexandre, nós estamos numa expectativa muito grande para ouvi-lo.

O Dr. Alexandre de Rezende Pinto é representante do Programa de Tratamento de Transtornos Alimentares do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Dr. Alexandre, eu já faço a pergunta que está direcionada ao senhor. É uma pergunta... O senhor fique bem à vontade, se quiser responder, tá? "[...] o aumento dos transtornos alimentares no Brasil [é] uma consequência do afrouxamento das leis [...] [sobre] agrotóxicos?" É uma pergunta bem complicada. Fique à vontade. Nós vamos ouvi-lo agora. E obrigada por trazer a apresentação também, vai ficar disponível para os nossos estudantes que estão acompanhando, os médicos que estão acompanhando.

Bem-vindo, Doutor. Dez minutos.

O SR. ALEXANDRE DE REZENDE PINTO (Para expor. *Por videoconferência.*) - Bom dia a todos.

Eu queria inicialmente cumprimentar a Senadora Damares; cumprimento também o Senador Humberto Costa, pela iniciativa de provocar esta apresentação sobre um tema que é tão importante, que são os transtornos alimentares.

Queria cumprimentar também todos os integrantes aqui da mesa, dizer da minha satisfação de estar dividindo esse espaço com professores de referência que eu respeito muito, o Prof. Táki e o Prof. Appolinário.

Quero dizer que eu sou médico psiquiatra, eu sou Professor da Faculdade de Medicina da Faculdade da Universidade Federal de Juiz de Fora, onde eu coordeno o Protal (Programa de Tratamento de Transtornos Alimentares do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora).

Bom, eu queria inicialmente, talvez, resgatar um pouco - acho que o Prof. Táki já disse tão bem sobre o conceito dos transtornos alimentares, que é essa questão de o indivíduo desenvolver uma relação disfuncional, uma relação anormal com a comida e com o corpo, seja restringindo a alimentação e perdendo peso, como a gente tem, por exemplo, anorexia nervosa, ou comendo demais em quantidades excessivas, como a gente tem no transtorno de compulsão alimentar, vindo muitas vezes, tendo como consequência o ganho de peso e colocando, logicamente, a sua saúde em risco, seja por um ou por outro aspecto. Mas isso vem também, como o Prof. Táki destacava, de uma relação ruim com o corpo, uma relação disfuncional com o corpo - e daí o tanto que a gente falou desse aspecto da valorização da magreza, do estabelecimento de um ideal de corpo, que normalmente passa por um corpo magro.

E, quando a gente discute aspectos de prevenção, é muito importante a gente pensar nos aspectos etiológicos, naquilo que causa o transtorno, e também nos fatores de risco e nos fatores eventualmente de proteção. Como todo transtorno mental, os transtornos alimentares também são multifatoriais, como também já foi dito; então existe um aglomerado de fatores, de variáveis que se interrelacionam para produzir esse resultado transtorno alimentar. Então, a gente tem aspectos socioculturais, e aí a gente falou tanto das questões dos padrões de beleza, a valorização do corpo magro, o quanto que isso vai impactar em crianças e adolescentes, que são tão vulneráveis a essas questões; aspectos psicológicos, sejam aspectos individuais, na forma como o indivíduo, ao longo do tempo, vai estabelecendo essa relação com o corpo, com a comida; questões familiares, a importância do ambiente familiar, que muitas vezes um ambiente que também valoriza essa questão da magreza; fatores genéticos; dietas muito restritivas, dietas muitas vezes não saudáveis e que vão ter um impacto também na forma como indivíduos se relacionam com o alimento e com o corpo.

Os principais fatores de risco que a gente poderia destacar para os transtornos alimentares. No sexo feminino, se a gente pensar, em torno de 90% dos casos de anorexia, de bulimia, incidem sobre mulheres; há problemas alimentares na infância - sobre essa pergunta que foi feita agora sobre a introdução alimentar, certamente a forma como a criança vai se relacionando, desde muito precocemente, desde a introdução alimentar lá atrás, a forma como ela se relaciona vai ter um impacto; a gente sabe que magreza influencia como fator de risco na infância e na adolescência obesidade - daqui a pouco eu vou trazer alguns dados do quanto a obesidade na infância e na adolescência também aumenta o risco; as preocupações com peso; autoavaliação negativa; história de abuso sexual; a presença de comorbidades psiquiátricas.

Quando a gente olha aqui esses principais fatores de risco, a gente começa a ter uma série de *insights* em termos de o que fazer para prevenção, quando a gente pensa em abuso sexual, quando a gente pensa na autoestima, na avaliação que o indivíduo faz sobre si mesmo - a gente falava agora pouco sobre o *bullying* -, nas preocupações com peso.

Aqui, gente, muito rapidamente, o Prof. Appolinário já trouxe um pouco sobre como a CID-11, a classificação do OMS, entende os transtornos alimentares, tendo esses três como os principais: a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno de compulsão alimentar, que é o TCA.

Falando muito rapidamente da anorexia, é aquele indivíduo que começa a ter um medo muito grande de engordar, junto com uma distorção da imagem. Então ele se vê sempre com volume maior, muito mais gordo do que normalmente ele é. Com isso, ele começa a ter comportamentos autoinduzidos de perda de peso.

A bulimia nervosa é caracterizada por episódios de compulsão alimentar, o indivíduo come grandes quantidades, com uma perda do controle sobre aquilo que é ingerido e adota comportamentos compensatórios - atividade física em excesso, jejum -, comportamentos purgativos - vômitos autoinduzidos com o objetivo de não ganhar peso.

E o transtorno de compulsão alimentar, que é caracterizado por esses episódios de compulsão, mais uma vez, em que o indivíduo come grandes quantidades, com a sensação clara de perda do controle, vindo a se sentir culpado, envergonhado, arrependido e sem os comportamentos compensatórios que a gente vê na bulimia nervosa.

Pois bem, quero trazer alguns dados aqui.

Esse foi um estudo publicado em 2023, uma revisão sistemática com uma metanálise de 32 estudos realizados em 16 países, reunindo 63.181 participantes, que colocam que, entre crianças e adolescentes, a gente tem cerca de 22,36% de comer, daquilo que a gente poderia chamar de comer transtornado ou de um comportamento alimentar disfuncional, que é uma relação ruim com a comida. Em crianças e adolescentes, 22,36%, quer dizer, quase um quarto de crianças e adolescentes tendo essa relação ruim com a comida. E esses dados mostram o quanto que esse comer transtornado é maior em meninas, mais uma vez as mulheres sendo mais acometidas, e o quanto esse comer transtornado, essa relação ruim com a comida aumenta com a idade e com índice de massa corporal, ou seja, quanto maior for o peso, o índice de massa corporal, que vai avaliar exatamente o peso, mais comer transtornado. Então a gente tem essa ideia e o quanto que foi falado aqui pelas colegas sobre a relação com obesidade.

De fato, o Prof. Táki destacava a obesidade não sendo um transtorno psiquiátrico, mas o quanto a obesidade pode se relacionar com os transtornos alimentares, sobretudo com TCA, mas também como que a obesidade se relaciona com essa relação disfuncional.

E esse foi um artigo, também publicado em 2021, que tenta traçar essa relação, entre crianças e adolescentes, da obesidade e os transtornos alimentares. Esse artigo coloca que essa relação é uma relação bidirecional. E eles colocam as estratégias da prevenção em crianças e adolescentes em relação à obesidade e transtornos alimentares: a perda de peso com controle nutricional adequado, então o quanto que a gente deve se preocupar com essa questão da obesidade em crianças e adolescentes; modificação do estilo de vida - falávamos daquela questão da prevenção, sobretudo em escolas, do quanto que a gente deve estimular modificação de estilo de vida e comportamentos mais saudáveis, como atividade física, a dedicação a outras atividades mais saudáveis -; e o tratamento das eventuais comorbidades psiquiátricas.

Trouxe alguns dados aqui dessa questão. Os transtornos alimentares, no mundo como um todo, estão aumentando? Eu trouxe alguns dados, observando a prevalência dos transtornos alimentares, mundo afora, em mulheres jovens e homens jovens e ao longo da vida. Na anorexia nervosa, a gente vai ter entre mulheres uma prevalência de 0,8% a 6,3%; em homens, de 0,1% a 0,3% - como eu disse, os homens são menos acometidos. Em bulimia nervosa, são estes dados, de 0,8% a 2,6% em mulheres; em homens, há essa menor prevalência. E há o transtorno de compulsão alimentar, mais uma vez, entre mulheres e homens, lembrando que o transtorno de compulsão alimentar tem uma prevalência maior do que anorexia e bulimia.

E aí vem essa discussão sobre se houve um aumento do transtorno alimentar durante e no pós-pandemia. Então, os dados apontam para um aumento dessa prevalência durante a pandemia e pós-pandemia. Esse estudo, por exemplo, fala de um aumento da prevalência, entre aqueles com menos de 30 anos, da ordem de 15% nos últimos anos, pelas questões óbvias trazidas pela pandemia: restrição e limitação das atividades diárias, isolamento, menor capacidade de proteção, falta de apoio social, barreiras ao tratamento.

E um dado importante. Falando de prevenção, um dos dados mais robustos que se coloca de prevenção é o envolvimento precoce no tratamento. Então, em relação ao desafio também da detecção precoce, muitas perguntas foram feitas, inclusive com aquela ideia do treinamento. Nós sabemos o quanto, na formação dos profissionais da saúde, na medida em que tratar transtorno alimentar exige uma equipe multiprofissional, há limitações. Então, acho que foi a Dra. Edna que falava um pouco sobre as linhas de cuidado, sobre o quanto é uma estratégia importante você treinar as equipes de atenção primária para identificação precoce não só dos casos de transtornos alimentares propriamente ditos, mas também de eventuais relações disfuncionais que o indivíduo tem com a comida e com o corpo.

Aqui há essa questão de cada vez indivíduos mais jovens, cada vez mais adolescentes tendo esse diagnóstico, diminuindo a idade de início de incidência dos transtornos alimentares. É claro que tem uma discussão: até que ponto, de fato, você está diminuindo a idade de início ou até que ponto - também tem essa discussão - a detecção não está sendo mais precoce, mas a gente tem esses dados mostrando idades de início cada vez mais precoces e o aumento global das médias de prevalência dos transtornos alimentares.

Aqui um dado que a gente falou muito, sobre a mortalidade da anorexia nervosa, a taxa de mortalidade. Essa é uma metanálise que foi publicada em 2011, com 36 estudos mostrando a taxa de mortalidade de 5,1 mortes por mil pessoas por ano da anorexia. Se a gente pensar naqueles indivíduos que têm uma desnutrição mais grave, que muitas vezes vão necessitar de internações hospitalares, como a gente também falava anteriormente, essa taxa vai aumentar para 15,9 mortes por mil pessoas por ano.

E aí uma questão que a gente também trazia sobre os transtornos alimentares e mídias sociais. Esse foi um estudo publicado no ano passado, em 2023. Foi um estudo transversal, que foi realizado com 350 participantes com idades entre 14 e 25 anos. E o objetivo do estudo era exatamente avaliar essa correlação entre comportamentos alimentares disfuncionais, e quicá transtornos alimentares, com o uso das mídias sociais, algo que a gente falou tanto. Não há como a gente realizar um enfrentamento dessa problemática dos transtornos alimentares se a gente não pensar nessa regulamentação das redes, da internet, da forma como isso é feito.

Então, só para mostrar, gente, foram aplicadas duas escalas, duas ferramentas: essa é de atitudes alimentares, e a outra avalia a escala de uso de rede social. E, só para mostrar, eu trouxe um dado ali, olhem só: desses indivíduos, desses 350 participantes, 90% fazem uso da internet para trabalho e educação. Trago esse dado de que - vejam só -, se a gente somar, quase 90% desses indivíduos usam algum tipo de rede social - YouTube, Instagram. E, do outro lado, nessa outra tabela, a gente vê que em torno de 40% - 41,7% - desses indivíduos tinham prováveis transtornos alimentares e em torno de 42% tinham algum tipo de disfunção em relação ao uso das mídias sociais - a gente fala de adição em relação às mídias sociais.

Esse estudo é claro que não vai estabelecer uma relação direta de causalidade de uso da mídia social levando ao transtorno alimentar, mas a importância de a gente pensar nessa correlação que existe entre transtornos alimentares e o uso das mídias sociais, lembrando, mais uma vez, a importância dessa discussão entre crianças e adolescentes.

E, só para dizer um pouco, esse foi um artigo, publicado em 2022, que faz uma análise... Foi feita uma força-tarefa, proposta uma força-tarefa, com algumas propostas de como gerar o enfrentamento dessa questão, dessa problemática dos transtornos alimentares. E esse estudo foi um estudo analisando essas medidas. Então, eles trabalham muito, eles discutem muito a importância da detecção precoce, inclusive falando, propondo instrumentos que devem ser, por exemplo, utilizados pelo profissional da atenção primária para investigar a presença de comportamentos e atitudes alimentares disfuncionais. Depois - esse que é o grande desafio -, uma vez se detectando esses comportamentos disfuncionais, há a questão do tratamento, a importância do tratamento. E nós estamos diante desse gargalo e desse desafio não só do tratamento ambulatorial, das equipes bem treinadas para o enfrentamento dessas questões, como também da necessidade da internação, como nós já bem dissemos, com a redução dos leitos psiquiátricos, com a ausência, Brasil afora, com exceção da enfermaria do Ambulim, de leitos para a internação desses pacientes, sobretudo os pacientes com anorexia nervosa. Então, este é um grande desafio: a detecção precoce é uma estratégia e, depois de feita essa detecção, como que nós vamos tratar esses pacientes.

Então, para finalizar a minha fala, a gente está diante de um aumento da prevalência dos transtornos alimentares, sobretudo entre os mais jovens, em que se questiona esta questão - se esse aumento estaria relacionado com uma detecção mais precoce -; a associação com a obesidade e a importância dos cuidados nutricionais também precoces em crianças e adolescentes; o grande cuidado com as mídias sociais, a necessidade de regulamentação; e, mais uma vez, a importância da detecção precoce pelos profissionais da saúde dessas questões, não só dos transtornos alimentares, como daqueles comportamentos disfuncionais de risco para os transtornos alimentares.

Mais uma vez, queria agradecer muito a oportunidade de estar aqui, mais uma vez cumprimentar a Senadora Damares pela iniciativa dessa discussão que é tão importante, e me coloco aí à disposição.

Obrigado, gente.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Obrigada, Dr. Alexandre, muito obrigada.

Nós vamos para o final da nossa audiência da seguinte forma: nós vamos passar para os expositores entre três e cinco minutos - nós estamos com o horário já vencendo aqui - para considerações finais, agradecimentos e, se quiserem, para

fazerem mais alguma indicação de encaminhamentos. No final, eu anuncio os encaminhamentos todos sugeridos durante a audiência.

Vamos começar pelo primeiro expositor, Dr. José Appolinário, de três a cinco minutos para considerações finais.

O SR. JOSÉ CARLOS BORGES APPOLINÁRIO (Para expor. *Por videoconferência.*) - Bom, primeiramente, quero agradecer de novo à Senadora Damares, agradecer também ao Senador Humberto e agradecer a todos os presentes, aos colegas. Foi maravilhoso podermos estar juntos, nós, que trabalhamos tanto com transtornos alimentares.

Eu queria trazer os três pontos que foram aqueles presentes no meu último eslaide. Eu acho que uma coisa importante seria, primeiro, na área de pesquisa: acho que a gente tem que continuar investigando a situação atual de transtornos alimentares no país e também temos que entender como a rede está lidando com isso. A gente precisa de verbas específicas para pesquisa em transtornos alimentares, já que é uma área que fica sempre - é o que a senhora falou - secundária, "ah, tem outras coisas mais importantes", e nunca são aprovadas as verbas específicas para essa área. Então, a gente precisa de uma linha específica para isso.

O segundo ponto é discutir políticas públicas e fazer já utilização de estruturas do próprio sistema de saúde, mas orientar como eles devem se comportar em relação aos transtornos alimentares. Eu acho que a gente pode oferecer um certo norte para o próprio sistema de saúde lidar com essas situações, tanto aproveitando isso, treinando as pessoas, como também desenvolvendo centros novos, mais distribuídos no território nacional, e não tão concentrados na Região Sudeste, como a gente vê muito frequentemente.

Outra coisa é que não adianta só desenvolver e treinar as pessoas; se a gente quer treinar, os casos novos vão aparecer e a gente tem que ter uma rede de suporte para tratar de casos mais graves. Então, nós temos que ter desenvolvimento de unidades especializadas e também de estruturas para eventuais casos gravíssimos, para possibilitar hospitalização eventual, tanto em hospital com internação completa como em hospital-dia.

E um terceiro ponto seria em relação a essa discussão, o que poderia ser feito de medidas protetivas - eu acho que, em vez de preventivas, até protetivas. Algumas medidas podem ser feitas, e talvez esse grupo possa ajudar a Câmara e o Senado a pensarem nessa área e em quais as estratégias. Eu acho que todos aqui estamos à disposição de vocês para ajudar nessa força-tarefa, digamos assim, e é muito bem-vinda a iniciativa de vocês.

Muito obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Obrigada, Doutor, obrigada.

Vamos ouvir agora a nossa segunda expositora, para considerações finais, Dra. Priscilla Gil.

A SRA. PRISCILLA GIL (Para expor.) - É emocionante para mim também participar disso aqui. Eu acho que a gente viu que, dos grandes centros à população ribeirinha, as questões são gigantes.

Quando a gente fala dos grandes centros, voltando ao Iede, eu ouvi que a senhora falou da sua sobrinha, filha, com Prader-Willi, uma síndrome gravíssima, com obesidade, que é protótipo de compulsão alimentar mais grave, de comer alimentos muitas vezes até crus, tamanha a compulsão, com uma obesidade muito grave, um retardo mental, além de outras questões endócrinas. E a gente tem no Iede um centro especializado no tratamento de Prader. Aproveitando a equipe de transtorno alimentar, a Dra. Sílvia Freitas, psiquiatra, criou há dez anos, lá dentro do Iede, o tratamento de referência de síndrome de Prader-Willi para o Estado do Rio de Janeiro - e a Associação Brasileira de Prader-Willi foi criada lá dentro.

Então, a equipe de transtorno alimentar também trata Prader-Willi - e é muito importante lembrar que tem obesidade que, se não for tratada, é realmente muito difícil de conduzir -, fazendo teste genético lá, recebendo GH por dispensação de medicação especial com LME e, futuramente, se Deus quiser e a política também, receberá o análogo ao GLP-1 para o tratamento da obesidade. Os pacientes não crescem mais com obesidade, hoje, com o tratamento - quanto mais morrer; se nem cresce com obesidade, ele não vai morrer com sete anos mais.

Sobre a capilarização, sobre estender nas áreas mais ribeirinhas... Meu irmão mora na tribo Tatuyo, no Amazonas, com uma indígena. Então, eu vejo na tribo a obesidade presente, mas lembrando que a gente teve a primeira médica indígena - primeira médica indígena - agora, neste ano, em 2024. Então, para alcançá-los, também vamos precisar aumentar essa formação.

Agora, retomando a questão da moda da magreza dos anos 2000, isso está voltando, o que junta com a moda coreana e nos traz todos esses riscos de transtornos alimentares, de vir de uma obesidade, entrar um transtorno alimentar no meio, precipitar uma anorexia nervosa. As coisas são transdiagnósticas, elas vão de um lado para o outro. Então, isso muito me preocupa, por eu ter o olhar duplo da obesidade e também do transtorno alimentar da pessoa com a desnutrição.

Obrigada, Dr. Táki, por ter falado da Sbem, que busca, como Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, regulamentar e proibir o uso dos anabolizantes e proibir a prescrição dos *chips*. Essa regulamentação tem sido muito importante e reforça a necessidade de as receitas dos análogos de GLP-1 serem regulamentadas também. E hoje, infelizmente, está se comprando em qualquer esquina, falsificando, enfim, tudo isso. Reforço isso.

A gente tem também tratamento específico para o transtorno de compulsão alimentar, que também não está chegando na população. Precisa também ser mais bem estudado como chegar o tratamento específico da compulsão.

E quero reforçar - terminando - que eu percebi que todos nós, de todas as áreas, em Ribeirão Preto, Juiz de Fora, São Paulo, Rio, grandes centros, trabalhamos todos com colaboradores não remunerados - para ficar claro - para transtorno alimentar, o que não é interessante também para o profissional de saúde. Então, ao ter empregos com cargos e salários, com atratividade, com capacitação, é possível seguir em frente com esse projeto, desse cadastro nacional de todos os centros, para poder acolher os pacientes e até voltando para as campanhas.

(Soa a campanha.)

A SRA. PRISCILLA GIL - Sem tratamento, a campanha fica prejudicada. Nas campanhas conjuntas, é preciso lembrar que precisamos unir forças para as campanhas. É Sbem (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia); SBD (Sociedade Brasileira de Diabetes); ABP, de Psiquiatria; Abeso, de Obesidade; e Ministério da Saúde. Senão, a gente não vai ter força para gerar uma campanha completa para atingir, por exemplo, a TV aberta, como a última não conseguiu atingir, atingiu apenas as mídias sociais.

Muito obrigada por estar aqui.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Obrigada, Dra. Priscilla, muito obrigada.

Na sequência, a nossa terceira expositora foi a Dra. Maria Edna de Melo.

Dra. Maria Edna, considerações finais. E já vou dizendo, Dra. Maria Edna, eu posso estar com excesso de otimismo, mas eu acho que hoje a gente instaura, aqui nesta Comissão, um dia histórico. A gente está num dia histórico em que a gente pode, quem sabe, a partir de hoje, instaurar um novo tempo para discutir, propor e dar as respostas para os transtornos alimentares no Brasil.

Desculpe meu excesso de otimismo, mas eu trabalho assim. Eu sou realmente uma sonhadora e persigo esses sonhos. Eu acho que hoje é um dia muito importante para todos nós.

Dra. Maria Edna.

A SRA. MARIA EDNA DE MELO (Para expor. *Por videoconferência.*) - Eu compreendo o seu otimismo, porque eu funciono do mesmo jeito, Senadora. Então, eu gosto de sempre falar: "Se for fácil, não me chame". Então, eu acho que os problemas que são maiores e mais desafiadores são os melhores para a gente se envolver e resolver, o que significa que eles são gigantes.

Compartilho a informação de que minha filha também é uma dorameira, é uma adolescente dorameira, e convivo com esse mundo "K", esse mundo coreano.

Voltando para o nosso tema aqui, fico grata pela indicação que a senhora fez ao Ministério da Saúde, e assim como a senhora está esperando a resposta até agora, a gente está tentando audiência com a Ministra e também a gente está esperando resposta. Então, acho que a devolutiva do Ministério às vezes deixa a desejar, e a gente vai cobrando.

Nesse tema, acredito que a regulamentação das redes é um ponto extremamente importante, porque alguém precisa ser responsabilizado quando numa rede social se expõem práticas que vão prejudicar o indivíduo e/ou o coletivo de uma forma geral. E nesse mesmo alinhamento, a gente também tem que ver a publicidade infantil. Então, a publicidade infantil de uma forma geral, se a senhora for ver, se for levantar, a primeira vez... Eu sou uma pessoa da Sociedade de Endocrinologia, da Sbem e da Abeso, sou a que mais vai a Brasília. A primeira vez que eu fui a Brasília foi em 2013, numa audiência pública sobre publicidade infantil. E de lá para cá, eu vi várias discussões e tudo vai para a gaveta, Senadora - tudo vai para a gaveta. Então, é algo que... O visual é muito impactante e é um diferencial no comportamento da criança, seja no comportamento alimentar ou mesmo em outros aspectos psicossociais.

Com relação à capacitação dos profissionais, eu acho que é preciso capacitar, é preciso estruturar os centros, mas é preciso também... Não adianta capacitar um profissional, porque eu acho que é o que acontece muitas vezes nos centros... Os centros capacitam os profissionais, e eles não vão para a rede pública, porque não existe valorização. E médico, nutricionista, psicólogo também têm conta para pagar, então, acabam ficando no setor privado.

É necessário que ocorra a valorização dos profissionais de saúde pública do SUS. E isso não só os com vínculo federal, mas também para o estadual, para o municipal. E a gente sabe da terceirização que ocorre nos serviços de saúde, que os estados e os municípios contratam as OSSs, e as OSSs... A gente vê que muitas vezes elas vão contratar os profissionais que acabaram de sair da faculdade, que aí é outra problemática de que eu falei no início, e que acaba influenciando diretamente nisso. Então, a gente precisa formar e ter política para manter aquele profissional que está bem formado ali, replicando a informação.

Pegando a palavra do final, só para o Alexandre, é muito importante que os pacientes que foram diagnosticados precocemente tenham atendimento. A Academia Americana de Pediatria, no ano passado, com a *guideline* de obesidade, mostra que a criança obesa, que está em tratamento, não vai desenvolver uma modificação, não vai desenvolver um comer transtornado. Ela tende a ter um comportamento alimentar melhor, ela tende a comer melhor. Então, o atendimento adequado dos pacientes com obesidade, principalmente na infância e na adolescência, vai promover uma alimentação mais saudável para esses pacientes.

Muito obrigada novamente, Senadora. Foi uma satisfação para mim estar aqui com a senhora e com todos esses colegas que eu também admiro muito; e aprendi muito aqui.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Obrigada, Dra. Maria Edna, muito obrigada.

O professor está aqui. E eu vou desafiá-lo, professor: assista a um dorama - assista a um dorama.

Professor.

O SR. TÁKI ATHANÁSSIOS CORDÁS (Para expor.) - Eu farei esse sacrifício. (*Risos.*)

Meus agradecimentos à Senadora Damares Alves e ao Senador Humberto Costa. Saúdo os colegas que estão à distância, são queridos colegas: Dra. Edna, Dra. Vivian, Dr. Alexandre. O Apolinário está à distância, mas ele nunca está distante; como ele está no nosso coração, ele está sempre perto da gente.

Eu queria - e acredito que falo em nome também do Prof. Apolinário - convidar o Dr. Alexandre e a Dra. Vivian - porque estamos tão perto e tão longe - para que a gente possa fazer talvez um consórcio, talvez uma discussão mais próxima dos centros universitários.

Quanto à força-tarefa, agradeço muito o entusiasmo da Senadora com essa semente e acho que além de profissionais de saúde, deveremos incluir nisso familiares e pacientes, bem como a Associação Brasileira de Transtornos Alimentares. A sociedade civil forte deve levar os Parlamentares às suas necessidades e às suas prioridades.

Como profissionais de saúde, nós nunca devemos nos colocar numa situação de vestais. Eu fecho os olhos e só falo de coisas técnicas. A gente tem que também botar o dedo no atual modelo econômico - ávido de lucro a qualquer custo, a qualquer preço -, porque mais recursos e melhor gerenciamento são necessários à saúde pública, ao SUS. E, se a gente não sabe como prevenir transtorno alimentar, a gente tem um enorme recurso, muito eficaz, para diminuir a prevalência de transtornos psiquiátricos: acabar com a pobreza e com a fome. Isso levará certamente à diminuição da frequência de transtornos psiquiátricos na população.

Muito obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Doutor, muito, muito obrigada!

Na sequência, a Dra. Vivian. (*Pausa.*)

A SRA. VIVIAN MARQUES MIGUEL SUEN (Para expor. *Por videoconferência.*) - Perdão, eu estava me embanando aqui com o microfone. Desculpa.

Eu gostaria novamente de agradecer esta oportunidade à Senadora Damares e ao Senador Humberto Costa, a todos os colegas presentes. Foi uma honra e um prazer participar desta audiência.

Principalmente a sensação... eu queria deixar aqui registrada a sensação de ser ouvida, de a Senadora estar com os olhos voltados para esse problema, que é um problema tão grave, e nós percebemos que a prevalência está aumentando - cada vez mais, as pessoas nos procuram aqui para atendimento de transtornos alimentares.

E eu concordo com tudo o que já foi falado pelos colegas em termos de treinamento dos profissionais, orientação desses profissionais, inclusive não só quanto ao tratamento, mas quanto à detecção precoce, aparecimento de sinais sugestivos de transtornos alimentares - eu acho que seria importante o pessoal aprender a ter esse olhar -; além de investimento em pesquisas nessa área.

Eu estou à disposição.

Gostei muito da sugestão do Dr. Táki de fazermos o consórcio. Aqui em Ribeirão Preto nós temos interesse. Eu represento a equipe, e estamos à disposição.

Muito obrigada, Senadora.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Obrigada, Dra. Vivian. Dê um abraço em toda a sua equipe, em toda essa equipe amada por mim aí no seu centro.

Por último, vamos ouvir o Dr. Alexandre Rezende Pinto para suas considerações finais.

O SR. ALEXANDRE DE REZENDE PINTO (Para expor. *Por videoconferência.*) - Bom, acho que o fato de ser o último a falar tem algumas vantagens.

Eu quero finalizar, concluir, dizendo que eu ratifico tudo aquilo que foi dito, tudo aquilo que foi proposto, inclusive dentro da ideia do Prof. Táki de podermos criar um consórcio de colaboração. Acho que o desafio está posto. Nós que atuamos nessa área, sobretudo no Sistema Único de Saúde, sabemos das dificuldades. Os desafios estão postos, mas a gente não deve fugir à luta.

Então, quero agradecer mais uma vez à Senadora Damares pela iniciativa, e ao Senador Humberto Costa. Mais uma vez, quero abraçar de forma fraterna todos os colegas da mesa e dizer da minha satisfação em compor a mesa e em participar deste evento. A gente espera que ele possa frutificar, que possa gerar consequências para o bem da nossa população.

Algum colega - acho que foi a Dra. Priscilla - disse do quanto ter um transtorno psiquiátrico, ter um transtorno alimentar gera sofrimento. Os nossos pacientes estão em sofrimento, muitas vezes com dificuldade de ter assistência, com dificuldade de ter acesso aos serviços de saúde. Então, nós temos essa grande responsabilidade de gerar conhecimento, de treinar os profissionais, de treinar aqueles alunos que estão sendo formados nas mais diversas áreas da saúde e da saúde mental. Nós temos uma grande responsabilidade, uma responsabilidade social. Então, acho que este momento é um momento importante. Repito: que possa gerar frutos.

Mais uma vez, muito obrigado pela oportunidade.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Obrigada, Dr. Alexandre.

E eu estou muito feliz de ter sido um instrumento para fazer ponte aqui hoje. Eu acho que eu consegui unir alguns profissionais em torno de um tema, além do convite de um para o outro para a criação de um consórcio... Eu estou muito feliz, muito feliz.

Eu queria chamar a atenção da nossa população. Eu acho que nós trouxemos para mesa hoje os melhores do Brasil, profissionais extremamente comprometidos com o tema - eu estou muito feliz, muito feliz - e que dedicaram uma manhã do seu tempo, tempo precioso. O tempo deles vale muito, muito, e o dedicaram a este debate.

Eu vou fazer um compromisso - por vocês terem aceitado o desafio, eu vou fazer um compromisso: eu ainda tenho seis anos e meio de mandato, e eu vou colocar esse tema na pauta todos os dias enquanto eu estiver aqui. Eu vou fazer o compromisso de que esta Casa não vai esquecer o tema. E eu preciso que vocês me ajudem - me ajudem a manter o foco, a caminhar nesse sentido, me provoquem. Vamos provocar a Casa, mas me provoquem, pois eu vou fazer esse compromisso com esses profissionais de tamanha excelência, pelo compromisso que vocês têm com a pauta.

Os encaminhamentos que eu consegui anotar aqui... Eu não acho que tem que ter uma audiência pública sem encaminhamento. Todas elas precisam terminar com encaminhamentos.

Primeiro, eu quero falar que nós estamos no Setembro Amarelo, a campanha dirigida pela ABP em todo o país. Parabéns, ABP! E vamos falar, sim, de prevenção do suicídio e da automutilação.

E aí, Dr. Appolinário, é um tema que eu trabalho há muito tempo, o senhor sabe disso. Eu tenho encontrado formas de automutilação que têm me preocupado muito: os meninos não estão se cortando só, Doutora; eles estão amarrando objetos em linha e cordão, engolindo, para puxar, para rasgar o estômago por dentro, porque aí a gente não vê a cicatriz. Mas eu me deparei com uma outra modalidade de automutilação, em que eles estão comendo muito para machucar o estômago por dentro. Então, tem tudo a ver com o que nós estamos conversando aqui.

E aí, pais que estão nos assistindo, o tempo todo os profissionais falaram também, dirigindo-se aos senhores, se estiver com uma criança, um adolescente ou jovem em casa que você identificou que está passando por um momento difícil, que está comendo demais para se machucar, ou que está desenvolvendo um transtorno alimentar, não castigue, por favor. Abrace, acolha e procure ajuda. Esse é o nosso recado.

E aí, os encaminhamentos, Doutores: a criação de um grupo de trabalho, uma força-tarefa aqui no Senado, trazendo Senadores da área da saúde. Já vou propor isso na próxima semana, como forma de requerimento.

Peço o envio, Secretaria, do material apresentado aqui para todos os gabinetes de todos os Senadores membros, mas eu quero que vá junto um texto. A minha assessora Irlane vai fazer esse texto - nós vamos fornecer aos senhores - em que eu vou chamar atenção de alguns pontos bem importantes discutidos aqui. Quanto ao acompanhamento das propostas legislativas, já vou conversar com a Câmara, mas vou encaminhar aos nossos expositores, Irlane, as propostas que estão tramitando aqui, para os senhores lerem, já comecem a acompanhar.

Eu gostaria... O Ministério da Saúde se fez ausente nesta audiência, foi convidado; não mandaram nenhum representante, nem justificaram a ausência. Então, eu quero um requerimento de informação para que o Ministério da Saúde mande, por escrito, as medidas, as providências, os programas e projetos desenvolvidos na área, e tão logo... Mas eu quero em forma de requerimento de informação, porque aí, segundo o art. 50 da Constituição, a Ministra tem 30 dias para me responder sob pena de crime. Eu quero! E a resposta do MS eu quero compartilhar com os nossos expositores. E o que a gente quer é ajudar o Ministério da Saúde a acertar nessa área, queremos muito! Nós temos uma Ministra da Saúde que é uma grande pensadora, é uma mulher muito, muito comprometida com o tema da saúde, mas eu quero, por meio desta Comissão, ajudá-la no norte, a acertar nas políticas públicas.

Orçamento. Não existem políticas públicas sem indicadores, Doutor, sem números. Não dá para a gente fazer políticas públicas em cima de achismo. E eu acho que dá para a gente trabalhar junto uma proposta no Orçamento, para uma grande, megapesquisa no Brasil. Há os institutos que estão trabalhando aí. Eu vi que o Dr. Alexandre trouxe resultado de pesquisas, mas a maioria, se não todas, são pesquisas que vieram de fora. A gente investir em pesquisa, já podemos começar no Orçamento da União, este ano, e, claro, também para o atendimento, o acolhimento, mas eu acho que dá para a gente trabalhar. Eu vou trabalhar uma emenda nesta Comissão, é um compromisso público que eu faço com os senhores. A minha proposta nesta Comissão é que a gente trabalhe uma emenda de Comissão para a área de transtornos alimentares.

Dr. Táki, o senhor falou uma coisa: estão colocando de uma forma secundária o assunto, estão priorizando outros temas. É possível que os outros temas que eles estão priorizando sejam temas que são sequelas e consequências do transtorno alimentar. Talvez seja necessário a gente começar a conversar com os nossos Parlamentares, se não estão priorizando talvez uma doença, um tratamento que é uma consequência do transtorno alimentar, trazê-los também para essa prioridade, para essa atenção primária.

Eu preciso também que a assessoria prepare um envio ao MEC de um requerimento de informação de todos os cursos de pós-graduação, especialização que estão acontecendo no Brasil, hoje, nessa área. Quero conhecer as universidades e faculdades que estão oferecendo. Quero também um requerimento de informação ao MEC sobre de que forma eles estão trabalhando com isso nas escolas, inclusive, Doutora, para a gente fazer uma avaliação do que está sendo feito no MEC. E eu vou compartilhar com os senhores o que o MEC vai nos enviar.

Por fim, os senhores falaram sobre as receitas de GLP-1, falaram das canetas, do uso excessivo de medicação, regulação da internet... Está aqui o projeto do nosso Davi Alcolumbre. E eu vou caminhar com todas essas propostas e vou compartilhando com os doutores. E uma coisa eu prometo, Dra. Vivian: não termos mais gaveta para guardar esse assunto aqui no Senado; a gente caminhar de verdade, num novo tempo, de uma discussão na pauta o tempo todo.

Doutores, muito obrigada. A todos que nos acompanharam à distância, muito obrigada.

Esta audiência vai ficar à disposição. Eu sei que os Senadores depois vão ficar em casa assistindo. Colegas Senadores, vamos dar uma atenção especial ao assunto.

E, aqui, me permitam - eu sei que o Estado é laico, mas me permitam - desejar a todos vocês profissionais bênçãos infinitas. Que Deus abençoe vocês, que lhes dê mais sabedoria, muita sabedoria para ficar lá na ponta. Eu sei que é desafiador fazer o que vocês fazem com voluntários, sem recurso, sem orçamento, mas que vocês tenham muita saúde para continuar o que vocês estão fazendo e para, a partir de agora, nos provocar aqui também, para nos cobrar aqui no Parlamento. Muito obrigada pela dedicação e pela vida de vocês com tanto compromisso com este tema. Obrigada por terem vindo, aceitado o convite. E não vai ficar nesta audiência. E, quando formarem o consórcio, me chamem para a festa de inauguração. Que Deus abençoe vocês. Muito obrigada.

Nada mais havendo a tratar, declaro encerrada a presente reunião.

(Iniciada às 10 horas e 02 minutos, a reunião é encerrada às 12 horas e 29 minutos.)