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

REUNIÃO
14/07/2026 - 10ª - Comissão de Esporte

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF. Fala da Presidência.) - Bom dia a todas e a todos.

Havendo número regimental, declaro aberta a 10ª Reunião da Comissão de Esporte da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 57ª Legislatura, que se realiza nesta data, 14 de julho de 2026.

Senhoras e senhores nossos convidados, representantes das entidades esportivas, profissionais da saúde, senhoras e senhores, muito obrigada e muito bom dia pela por todos estarem aqui.

Com grande satisfação, inicio mais uma reunião da nossa Comissão de Esporte aqui do Senado Federal. E, antes de iniciarmos os trabalhos, eu gostaria de fazer um registro muito especial.

No último dia 25 de junho, o Sindicato de Clubes e Entidades de Classe Promotoras de Lazer e Esportes (Sinlazer), aqui do DF, celebrou 30 anos de sua fundação. Eu quero cumprimentar, nas pessoas do seu Presidente, o Dr. Paulo D'Almeida, e toda a diretoria, os dirigentes dos clubes e os profissionais que, ao longo dessas três décadas, vêm dedicando o seu trabalho ao fortalecimento do segmento clubístico aqui do Distrito Federal.

O Sinlazer construiu uma trajetória marcada pela defesa dos interesses dos clubes, pela valorização do esporte e do lazer e pela representação das instituições que cumprem uma missão social de enorme relevância.

Os clubes são muito mais do que um espaço de recreação; são ambientes de convivência, de formação cidadã, de inclusão social, de promoção da saúde e, sobretudo, de descoberta e desenvolvimento de talentos que tantas vezes chegam ao esporte de alto rendimento e que representam o nosso país na maioria das competições do mundo.

Por isso, é justo reconhecer a contribuição do Sinlazer para o fortalecimento do esporte do Distrito Federal e desejar que essa história continue produzindo resultados pelos próximos anos.

Meus parabéns ao sindicato pelos seus 30 anos de dedicação ao esporte, ao lazer e à sociedade brasiliense.

Passando agora às notícias do nosso esporte brasileiro, é impossível, claro, não começar pela Copa do Mundo de Futebol.

Infelizmente, a Seleção Brasileira encerrou sua participação ainda nas oitavas de final. Como todos os brasileiros, lamentamos profundamente essa eliminação precoce. A história da nossa seleção sempre nos acostumou a disputar títulos, a conviver com vitórias e a ocupar um lugar de protagonismo no futebol mundial.

Ao mesmo tempo, o encerramento desse ciclo representa - e eu sei muito bem porque fui atleta quase 30 anos - o início de um ciclo, de uma nova caminhada rumo à Copa do Mundo de 2030. Fica uma lição importante: para que o Brasil volte a disputar o título à altura da sua tradição, será fundamental construir um projeto sólido, com organização, estabilidade, principalmente institucional, o que não aconteceu na CBF nesses últimos anos, e planejamento e continuidade de trabalho com a troca, eu falo, até de comando dos técnicos da Seleção Brasileira. Então, isso interfere. São visões de jogo, de mundo, enfim, que com certeza interferem na formação de um grupo vencedor.

O ciclo que antecedeu esta Copa foi marcado por sucessivas mudanças, indefinições e turbulências que certamente dificultaram a construção de uma equipe competitiva. O futebol brasileiro precisa recuperar sua identidade, sua excelência técnica e tática e sua capacidade de planejamento.

Temos talento de sobra, nós somos um país continental. O futebol sempre será... A gente tem lutado no esporte olímpico para mudar essa realidade, mas o futebol sempre será uma paixão do brasileiro, é o esporte do coração do brasileiro. Então, talento nós temos de sobra; o que precisamos é oferecer as condições para que esse talento floresça dentro e fora do campo.

Aí a minha insistência em falar no esporte de base no Brasil. Não adianta a gente querer resultados no alto rendimento se o Brasil ainda é muito fraco nessa questão do investimento, de priorização do esporte de base, porque é o esporte de base que alimenta as categorias. E é dali que vão surgir os grandes talentos. E a gente perde anualmente, com certeza, geração por geração, inúmeros talentos seja no futebol seja em outras modalidades.

Eu tenho a confiança de que, com um trabalho consistente ao longo dos próximos quatro anos, o Brasil chegará à Copa de 2030 em condições de voltar a sonhar pelo tão esperado hexacampeonato.

Mas se a Seleção Brasileira deixou a Copa do Mundo mais cedo, claro, do que esperávamos, o esporte brasileiro continua acumulando excelentes resultados nas mais diversas modalidades, o que eu gosto de reforçar aqui. Muitas vezes não chegam esses resultados. Seja no movimento olímpico, seja no movimento paraolímpico, tem atletas pelo mundo, atletas brasileiros competindo, levando a bandeira brasileira pelo mundo, e muitas vezes a gente não sabe muito, principalmente aqui nesta Casa, que define regulamentos, que define orçamentos. Então, é muito importante. Eu gosto muito de reforçar que existe resultado, que existem brasileiros fazendo seu papel através do esporte e que poucas vezes isso é mencionado, não só na mídia, mas também de forma institucional.

Então, vamos iniciar pelo basquete. Nossa seleção feminina conquistou o tricampeonato do Mundial Militar, disputado em Bourges, na França, reafirmando a tradição vencedora das mulheres brasileiras nas quadras.

Na canoagem de velocidade, o Brasil encerrou a etapa da Copa do Mundo de Montreal com duas medalhas. Ana Paula Vergutz conquistou a medalha de ouro no K1 500m, enquanto Isaquias Queiroz voltou novamente a competir e está no pódio internacional, conquistando uma medalha de prata, confirmando mais uma vez sua condição de um dos maiores nomes da história na modalidade.

Na ginástica rítmica, nossa seleção conquistou a medalha de prata na prova das cinco bolas na etapa da Copa do Mundo em Milão, resultado que demonstra a impressionante evolução da modalidade no nosso país.

Na vela, as jovens Joana Freitas e Antônia Gick escreveram seus nomes na história ao conquistarem o Campeonato Mundial Feminino da classe 420, resultado que reforça a qualidade da nova geração que está chegando aí na nossa vela brasileira.

No tênis, nós tivemos uma semana histórica em Wimbledon. O Guto Miguel conquistou o título juvenil de duplas masculinas, ao lado do norte-americano Jordan Lee, colocando novamente o Brasil entre os campeões do torneio mais tradicional do tênis mundial. Também fizeram uma campanha de enorme destaque as jovens brasileiras Naná Silva e Victória Barros, que chegaram à final das duplas juvenis femininas e encerraram a competição como vice-campeãs em Wimbledon. Nas duplas femininas profissionais, Luisa Stefani também brilhou, alcançando a decisão e ficando com o vice-campeonato, ao lado da canadense Gabriela Dabrowski. E, ainda, Laura Pigossi, jogando contra a francesa Elsa Jacquemot, foi vice-campeã das duplas da WTA 125, na França. São resultados que revelam a força do tênis brasileiro no presente e, ao mesmo tempo, mostram que uma nova geração, assim como na vela, está chegando; uma nova geração muito talentosa, que já começa a conquistar seu espaço nas principais competições internacionais.

No vôlei feminino, a nossa seleção feminina encerrou a primeira fase da Liga das Nações entre as três melhores equipes do mundo e agora inicia mais uma etapa na busca pelo título, porque agora a etapa vai ser no Japão e as oito principais equipes vão disputar entre si o pódio. E aí eu gostaria de desejar muita força à Julia Kudiess: quem acompanhou o último jogo dela contra os Estados Unidos viu que, no primeiro *set*, ela pisou no pé de uma companheira - acho que foi da Ana Cristina - e rompeu o LCA (ligamento cruzado anterior). E Julia é exemplo de superação, acabou essa primeira fase como a melhor bloqueadora da competição, e, enfim, aconteceu.

A gente que é do esporte sabe que esses acidentes acontecem, não é? Às vezes, o atleta se pergunta muito por que acontecem, mas, enfim, faz parte do ofício.

Eu sei que a Julia já teve uma lesão muito séria antes da última Olimpíada. Retornou, e retornou em grande estilo, superando grandes adversárias, sendo vice-campeã brasileira e também da Liga Mundial do ano passado - da Liga das Nações, desculpe, Liga Mundial era da minha época, gente -, da Liga das Nações. Ela foi a melhor bloqueadora. Com certeza, nessa fase agora, foi também, e vai voltar com tudo.

Nós vamos - olha, como é providencial falar isso, não é? -, hoje, fazer um debate justamente sobre medicina esportiva. E, enfim, as pessoas que vão falar aqui, os nossos expositores, convivem muito com esse dia a dia dos atletas. E acaba que

são até psicólogos. O médico fisioterapeuta muitas vezes faz até o papel de suporte emocional, dando essa garantia com todo profissionalismo, com todo comprometimento para trazer novamente esse atleta às competições.

Então, à Julia, toda a nossa solidariedade, a nossa força.

Tenho certeza de que você vai voltar com tudo, Julinha.

Bom, também quero destacar os excelentes resultados do esporte paralímpico brasileiro. No atletismo paralímpico, o Brasil conquistou um desempenho extraordinário, somando 11 medalhas de ouro, 6 de prata e cinco de bronze, além de 5 dobradinhas no pódio, demonstrando a força e a profundidade do nosso paratletismo. No futebol de cego, a seleção brasileira derrotou o Chile por 1x0 e manteve a sua invencibilidade na competição. No judô paralímpico, o Brasil também encerrou o Campeonato Pan-Americano da IBSA com 21 medalhas, reafirmando sua liderança continental. No paratriatlo, a Erica Rodrigues conquistou mais uma medalha de prata, dessa vez em Hamburgo, repetindo o excelente resultado obtido anteriormente em Montreal. E, na paracanoagem, nossos atletas voltaram a brilhar na Copa do Mundo, conquistando mais duas medalhas de ouro e mantendo o Brasil entre as grandes potências mundiais da paracanoagem.

Todos esses resultados demonstram que o esporte brasileiro continua produzindo talentos, formando campeões e levando o nome do nosso país aos lugares mais altos do pódio mundial, mas também nos lembram que nenhuma conquista acontece por acaso. Atrás de cada medalha, de cada título e de cada recorde, existe ciência, existe planejamento, preparação física, acompanhamento médico e uma rede de profissionais altamente qualificados. E é justamente sobre esse tema que nós vamos nos debruçar nesta audiência pública.

Hoje esta Comissão realiza um debate para discutir a importância e a amplitude do campo de atuação da medicina esportiva, especialidade indispensável para o desenvolvimento saudável do esporte brasileiro. A medicina esportiva acompanha atletas e praticantes de atividades física antes, durante e, claro, depois do exercício. Atua na prevenção de lesões, na reabilitação, na melhoria do desempenho, na promoção da saúde e, sobretudo, na garantia de que a prática esportiva aconteça de forma segura e, é claro, responsável.

Mais do que atender atletas de alto rendimento, ela beneficia milhões de brasileiros que encontram no esporte um instrumento de prevenção de doenças, de promoção de qualidade de vida e do envelhecimento saudável.

Em um país que busca ampliar a prática de atividade física, reduzir o sedentarismo e fortalecer as políticas públicas de saúde preventiva, discutir a estrutura da medicina esportiva significa discutir a qualidade de vida, eficiência do sistema de saúde e desenvolvimento esportivo. Tenho certeza de que a experiência dos nossos convidados, representantes da Federação Internacional de Medicina Esportiva, da Associação Médica Brasileira, da Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte, dos Ministérios da Saúde e do Esporte, contribuirá para que o debate seja extremamente qualificado sobre os desafios e as oportunidades desta área tão estratégica para o presente e para o futuro do esporte nacional.

Sejam todos muito bem-vindos, em especial os nossos expositores. E vamos para a nossa audiência. Muito obrigada.

Falei muito, né, gente? *(Risos.)*

Bom, objetivos e diretrizes da nossa reunião.

A presente reunião destina-se à realização de audiência pública com o objetivo de debater a importância e amplitude do campo de atuação da medicina esportiva. Ele atende ao Requerimento 43, de 2025, CEsp, de autoria desta Presidência.

Participam dessa audiência pública os seguintes convidados.

Eu convido o Sr. Fernando Torres, Presidente passado e membro do Conselho Construtivo da Sociedade Brasileira de Medicina, do Exercício e do Esporte *(Palmas.);* o Dr. Eduardo Henrique de Rose, Doutor em Medicina pela Universidade de Colônia, Alemanha, Especialista em Medicina do Esporte *(Palmas.);* o Dr. José Lazzoli, que é o Secretário-Geral da Federação Internacional de Medicina Esportiva *(Palmas.);* o Dr. Rômulo Capello Teixeira, Diretor Cultural da Associação Médica Brasileira (AMB) e Especialista em Medicina Esportiva *(Palmas.);* a Dra. Ana Paula Bonetti, que é Coordenadora-Geral de Educação da Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem *(Palmas.);* o Sr. Hugo Marques, Coordenador de Práticas Corporais e Atividades Físicas na Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde *(Palmas.) - muito bom -;* e o Dr. Moacir Silva Neto, Médico Especialista em Medicina Esportiva, Fisiatria e Concussão Cerebral *(Palmas.).*

Como temos sete convidados, nós dividiremos a audiência em duas mesas. Então, nós temos aqui os nossos primeiros expositores, já agradecendo a participação de todos vocês. Vamos fazer mais debates sobre isso aqui na nossa Comissão de Esporte. Precisamos trazer todo esse sistema, todo esse ecossistema, e é um prazer tê-los aqui conosco.

Eu convido, para fazer o uso da palavra, o Dr. Fernando Torres, que é o Presidente passado e membro do Conselho Consultivo da Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte. Seja bem-vindo, Doutor.

O SR. FERNANDO CARMELO TORRES (Para expor.) - Bom dia a todos. Com o microfone não ia dar, não, porque a minha voz, vocês já viram que não está nas dez mais.

Bom, primeiramente, quero agradecer a oportunidade de apresentar a nossa especialidade aqui no Senado da República e nesta Comissão, que, na verdade, gere todo o esporte nacional em termos de políticas públicas.

Na nossa apresentação, eu me propus a fazer uma apresentação introdutória da nossa especialidade. *(Pausa.)*

Apareceu lá?

E aí a gente vai falar justamente o que o requerimento da Senadora Leila propôs, que é expor a importância e a amplitude da atuação da nossa especialidade médica. *(Pausa.)*

Aí.

Bom, primeiramente, a medicina esportiva, como é reconhecida e denominada, é uma das 55 especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, que é o órgão que regula as especialidades médicas aqui no nosso país. São 54 sociedades médicas e são 55 especialidades médicas reconhecidas, sendo uma delas a medicina esportiva.

A Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte é a entidade representativa dessa especialidade aqui no país e é filiada à Associação Médica Brasileira (AMB), que inclusive está aqui representada pelo nosso colega Dr. Rômulo, como todas as outras especialidades também o são. E, em termos, internacionais, nós temos a Confederação Pan-Americana de Medicina do Esporte, como órgão representativo da nossa especialidade no nível continental, e, finalmente, a gente tem a Federação Internacional de Medicina Esportiva, em que aqui, inclusive, a gente tem dois representantes da entidade, o Dr. De Rose, que é um dos convidados, e o Dr. Kawazoe. Então, são todas essas entidades aí que fazem esse ecossistema da medicina esportiva do nível nacional ao nível internacional.

Para a medicina esportiva a gente considera que a melhor denominação seria medicina do exercício e do esporte, porque muitas vezes esse termo, embora seja consagrado internacionalmente, na maioria dos órgãos internacionais, como o Colégio Americano de Medicina Esportiva, a sociedade europeia, todos eles trazem essa denominação simplista, de medicina esportiva, mas ela enseja uma grande confusão não só na nossa área, como também principalmente para os leigos, porque, quando você fala medicina do esporte, parece que a gente só está tratando de atletas, do esporte do alto rendimento, o que é uma verdade, mas não é uma exclusividade.

Então, a nossa própria sociedade mudou de nome também, ela era chamada Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e passou a ser denominada, por decisão da assembleia geral, Medicina do Exercício e do Esporte, justamente porque a área de atuação é muito mais ampla do que o que o próprio nome simplista tenta traduzir. *(Pausa.)*

E por que essa denominação explica melhor o que essa especialidade faz? Bom, primeiro, é porque essa atuação direciona para que se avalie, se oriente, se acompanhe qualquer tipo de praticante de atividades físico-desportivas antes, durante e após essa prática, independentemente do tipo e do nível desse praticante. Por isso, esse atendimento vai incluir desde atletas de alto rendimento como também todo aquele que pratica exercício físico, muitas vezes de modo recreativo, muitas vezes até para manter o seu nível de saúde, para melhorar o seu nível de saúde e o seu próprio condicionamento físico, porque ambos estão atrelados, indo para o outro polo, saindo do alto rendimento num polo indo para o polo quase oposto, que é o polo das patologias, em que o exercício, sabidamente, sempre é recomendado tanto na prevenção quanto no tratamento de diversas doenças, como a gente sabe. *(Pausa.)*

Você quer mudar aí para mim, por favor? *(Pausa.)*

Opa, passou. *(Pausa.)*

Aí... Aí.

Um dos exemplos dessa amplitude e dessa ação é uma campanha que foi instituída pelo Colégio Americano de Medicina Esportiva em 2007, que fez uma iniciativa global de chamamento mundial e denominou essa iniciativa de "*Exercise is medicine*", que, no verdadeiro entendimento, é para mostrar que o exercício é remédio. Às vezes, com a palavra *medicine*, parece que exercício é medicina. Até outras áreas ficaram um pouco incomodadas com isso, porque parecia que o exercício era uma exclusividade da medicina, a gente teve até alguns embates com outras áreas, mas a intenção não era nem um pouco essa. A intenção, a tradução correta é "exercício é remédio". Por quê? Porque ele realmente previne e trata doenças.

E isso é uma das ações que ficam no outro polo em relação ao alto rendimento. Então, a gente consegue fazer um atendimento global em todos os níveis populacionais.

E aí, lembrando, o esporte de alto rendimento é a parte glamourosa da medicina esportiva. Então, todo mundo que fala da medicina esportiva sempre pergunta: "Poxa, você conheceu o fulano? Você conheceu o sicrano?". Eu tive o prazer de conhecer a Senadora Leila na época do vôlei, trabalhei com ela. As lembranças dela comigo não são tão boas assim, a gente brinca sempre, porque era eu que fazia as avaliações das equipes, e aí põe máscara, faz correr até não aguentar mais e tal. Então...

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF. *Fora do microfone*.) - Faz algumas vomitarem.

O SR. FERNANDO CARMELO TORRES - Isso. Os detalhes mórbidos, como algumas vomitarem e tal, eu omiti.

Mas, fora esse papel importante - e a gente vê como é importante por todas as notícias que a Senadora pôde trazer aqui hoje, dentro do esporte de alto rendimento - a gente tem que falar também não só do pico da pirâmide populacional, porque o esporte de alto rendimento está no pico de uma pirâmide populacional; a gente tem que falar da base dessa pirâmide, a gente tem que falar da população. O exercício físico e a medicina esportiva, como a especialidade que cuida, incentiva e orienta o exercício físico, têm um papel social muito importante.

Primeiro, porque combate o sedentarismo, que é altamente presente, uma prevalência enorme. A maioria das populações, da maioria dos países, ainda é predominantemente sedentária. Ao combater o sedentarismo, a gente também está combatendo todos os conhecidos malefícios que ele traz, e muitos deles, inclusive, graves. Fora isso, a gente pode lembrar, o sedentarismo está altamente ligado à hipertensão, ao diabetes, à obesidade, inclusive a diversos tipos de câncer já comprovadamente, entre outras patologias. Então, eu acho que isso é um papel importante que a gente desempenha ao incentivar essa prática.

Uma coisa importante, que, às vezes, não se fala, é que o exercício físico diminui as faltas, as ausências ao trabalho por doença, e não só doença física, como doença mental também, porque o exercício físico tem o seu aspecto de melhora tanto física quanto mental, e o absenteísmo, motivado por doenças, tanto físicas como mentais, não só do próprio trabalhador, mas, às vezes, porque alguém da família está acometido por doenças trazidas pelo sedentarismo, e ele precisa acompanhar, porque ele pode ser, às vezes, o único provedor. Eu acho que é um papel importante que a gente tem que sempre lembrar como política pública de saúde.

Opa, pulou aqui.

A redução de gastos públicos e privados - está com vida própria o negócio aqui - também é uma coisa que precisa ser lembrada. Por quê? Porque, ao se reduzirem os índices de morbidade, de presença de doenças, prevenindo essas doenças, e quando elas aparecem também fazendo parte do seu tratamento, isso reduz muito o impacto dessas doenças no serviço público e no serviço privado, tanto no nível ambulatorial, como no nível hospitalar, na demanda por equipamentos, por medicamentos, por profissionais, e acho que isso faz parte do papel social e de política pública que o exercício físico também pode trazer.

E, como um outro fator importante...

Ô, De Rose, ele quer mostrar você sempre. Você já notou ali, né?

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. FERNANDO CARMELO TORRES - É.. Então...

E o outro item é a inclusão social, e eu acho que a Senadora é craque nisso, pelos vários projetos que ela incentiva e que a gente tem acompanhado durante todo o mandato dela aí, seja na inclusão da pessoa portadora de deficiência - ela acabou de dar as notícias de mais uma brilhante atuação do esporte paralímpico nosso hoje aqui - e também como uma forma de tirar a criança da rua, uma forma de tirar as crianças da sedução daqueles traficantes, daqueles que vendem drogas e fazem essa cooptação desses menores. E o esporte tem sido uma válvula de escape dessas crianças, e eu acho que isso também é um importante papel que todos nós aqui, da área esportiva, desempenhamos.

E, para finalizar, eu só queria também dizer que a medicina esportiva brasileira é altamente reconhecida internacionalmente, e, aqui, a gente poder fazer uma palestra toda com os nomes de todas as pessoas que brilhantemente representam o nosso país na área da medicina esportiva no mundo... Mas eu gostaria de enfatizar dois convidados que estão aqui.

O Dr. De Rose é o nosso decano, e é decano porque ele começou bem cedo. *(Risos.)* Ele foi o primeiro não europeu Presidente da Federação Internacional de Medicina Esportiva, *(Palmas.)* que é o maior órgão representativo da nossa especialidade no mundo; e, pelo trabalho excelente que ele fez, ele foi também homenageado com o título de Presidente honorário da federação. Então, é um cargo vitalício que ele detém, em reconhecimento a todo o trabalho dele.

Ele também é o idealizador de importantes entidades médicas desportivas, como a Copamede e a Wada, da qual temos aqui como representante a Dra. Ana Paula, e a gente está vendo também a Profa. Adriana ali - muito honrado com sua presença -, a Presidente da ABCD, aqui nos acompanhando.

A Wada é a Agência Mundial de Controle de Doping, e o Dr. De Rose foi um dos alicerces, fundadores dessa importante instituição.

E o Dr. José Kawazoe Lazzoli, também um dos convidados presentes, que, atualmente, ocupa o cargo de Secretário-Geral da Fims. Esse é o segundo maior cargo da entidade, abaixo do Presidente da Fims. *(Palmas.)*

Também foi Presidente da Copamede e, hoje, chefia a Caut-ABCD, que é a Comissão de Autorização de Uso Terapêutico, que é a comissão que julga todos os casos que precisam dar algum medicamento, que, às vezes, está na lista de *antidoping*, mas, se for usado com indicação e por necessidade e não para ter vantagem naquele esporte, ele pode muito bem ser utilizado, e ele faz um brilhante trabalho até hoje nessas instituições.

E, finalizando, só para a gente poder sempre colocar aquelas entidades e instituições em que a gente está, de alguma forma, trabalhando ou com algum vínculo profissional, hoje representando especialmente a Sociedade Brasileira de Medicina de Esporte - só lembrando vocês, Senador -, esse mês a gente, inclusive, lançou o posicionamento da Copamede, junto com a Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e Esporte, a respeito da prevenção e atendimento de morte súbita, que são casos graves, são casos que comovem e são casos que, muitas vezes, embora raros, não justificam negligência na sua prevenção e no seu tratamento.

Raridade não justifica negligência, e a gente vê que isso faz muito mal para o esporte, faz muito mal para o exercício. Você ver uma pessoa, um atleta, ter um colapso e, muitas vezes, falecer, isso assusta a população e isso faz com que muita gente questione o papel saudável e importante que o exercício tem. Então, eu acho que esse posicionamento também é um posicionamento bastante importante.

Depois, se vocês puderem acessar e divulgar, eu agradeço.

Obrigado. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF) - Obrigada, Dr. Fernando Torres, prazer tê-lo aqui conosco.

Olhando para o senhor, eu relembrei de muita coisa, que eu tive de uma memória afetiva, inclusive. Obrigada pela exposição.

Gente, eu comunico que esta reunião - eu deixei de comunicar - é interativa, transmitida ao vivo e aberta à participação dos interessados, por meio do Portal e-Cidadania, na internet, no endereço senado.leg.br/ecidadania ou pelo telefone 0800 0612211.

E o relatório completo das manifestações que serão apresentadas aqui estará disponível no portal, assim como as apresentações que foram utilizadas pelos nossos expositores.

E também me esqueci de dizer que as exposições terão um tempo de 15 minutos. Desculpem-me.

Então, o Dr. Fernando teve um *plus* - mas não tem mais. É só para avisar aos demais.

Bom, eu vou passar a palavra agora para o nosso decano, o Dr. De Rose, que é Doutor em Medicina pela Universidade de Colônia, na Alemanha, especialista em Medicina do Esporte.

Dr. De Rose, é um prazer tê-lo aqui conosco. O senhor está com a palavra.

O SR. EDUARDO HENRIQUE DE ROSE (Para expor.) - Eu quero, inicialmente, agradecer o convite feito pela Senadora, pelo Fernando, para participar desta reunião com vocês. Quero reconhecer às entidades que estão aqui relacionadas com a nossa área e agradecer a presença delas. Quero, em especial, agradecer a presença forte da ABCD aqui conosco, com quem eu sempre tive uma excelente relação.

Como vocês viram na palestra do Fernando, a minha parte vai ser mais uma parte de história na divisão que nós fizemos.

O exercício para a medicina do esporte sempre foi uma coisa fundamental. Então, eu começo falando um pouco pelo exercício, como o exercício foi levando a uma medicina que ajudou desde a Idade Média.

Quatro mil anos antes de Cristo, na Era da Antiguidade, já focos na China, no Egito e na Índia trabalhavam muito intensamente nessa área do exercício. É impressionante como os antigos conheciam algumas doenças, talvez não com nossos nomes hoje, e tentavam, ao seu modo, resolver esses problemas.

Então, o primeiro exemplo que eu trago para vocês é da glicemia, a glicose no sangue, que é uma expressão da diabetes, o açúcar no sangue.

Os antigos não conheciam diabetes. Eles achavam que a glicosúria, que é o açúcar no sangue, era uma doença renal e eles tratavam de pensar alguma maneira de tratar essa doença.

No século XI, um médico indiano chamado Sushruta prescreveu o exercício para essa doença. E como é que ele chegou a essa conclusão? Primeiro, como é que ele conseguia ver que, numa urina, tinha açúcar ou não tinha açúcar, porque não tinha laboratório naquela época para medir glicose? E é incrível, eles viam com formigas. Se a formiga ia para a urina do indivíduo, o indivíduo tinha açúcar na urina. Então, ele já era caracterizado como um doente renal.

E o Sushruta era médico de um castelo, e, quando esse castelo foi atacado - era frequente; na Índia, havia guerra entre castelos -, ele notou, de repente, que os diabéticos sumiram todos. O castelo cercado, as pessoas fazendo muita atividade de defesa, atividade física, a comida raleou, porque não conseguia chegar ao castelo, e, de repente, a glicosúria sumiu. As formigas não iam mais para a urina. E ele pensou e disse: "Que barbaridade! O que está acontecendo?". Realmente, alguma coisa aqui está resolvendo a 'diabetes', entre aspas, que era a glicosúria. Então, ele começou a tratar aqueles diabéticos com exercício militar.

E o que é que eles faziam quando se defendiam? Lutavam. Então, ele usava a luta como uma forma de exercício para reduzir a glicosúria.

E o que é que eles mais tinham? Eles não podiam comer tudo. Eles comiam muito pouco e lutavam muito. Então, ele diminuiu a comida dos caras e disse: "Agora nós vamos fazer assim, vamos tratar vocês" - exercício de combate à redução de aporte calórico.

E ele resolveu a glicosúria, que ele não sabia que era um diabetes, e isso mostra como, já no século XI, o exercício já era usado, de alguma maneira, para controlar as patologias.

No período grego, lá por 1200 a.C, Galeno, que era um médico grego muito importante, construiu uma espécie de zona de saúde perto de Atenas, onde ele tinha um tremendo de um hospital, que atendia clínica e fazia algumas cirurgias.

Para tratar os pacientes, ele adicionou duas coisas: um anfiteatro, porque ele já entendia que a recuperação do paciente dependia da condição mental, de uma saúde mental melhor, e colocou um ginásio para os pacientes fazerem exercício.

Isso aí mostra também que o conceito de saúde para os gregos era uma harmonia de quatro compartimentos, que era muito bem resolvida pelo exercício.

Os jogos olímpicos da Antiguidade começaram em 76 a.C. Eles mostraram a orientação dos gregos já para um corpo saudável feito através do exercício.

No período romano, em 50 a.C., mais ou menos, tinha um médico, o Celsius, que sabia o que é que os gregos faziam, o que é que os antigos faziam. Ele tinha vários pacientes e usava exercício para treinar esses pacientes, mas ele não ficou satisfeito. Ele via que usava o exercício e para uns resolvia, para outros não acontecia nada, outros morriam... Então, ele disse: " Bom, tem algum problema no exercício". Então, ele chegou à conclusão de que não dá para ser exercício tipo farmácia genérica, tem que ser exercício muito bem orientado. E ele pensou: "O que é que eu vou fazer para prescrever o meu exercício?".

Evidentemente, ele não tinha laboratório, não tinha nada, mas saiu pela tangente, resolveu com o suor. Então, ele disse aos pacientes: "Vocês vão fazendo exercícios gradativamente maiores e, quando começarem a suar, parem e mantenham aquela intensidade".

Hoje, nos laboratórios, a gente faz isso e vê que, realmente, a intensidade que nós usamos é básica para tratar. São 4 mmol por aí, de 4 mmol a 6 mmol milimol de lactato para tratar as doenças degenerativas.

Da idade média a gente tem muito pouca informação, mas eu encontrei algumas peças do teatro alemão que recomendavam muito fazer exercícios. Recomendavam fazer exercício, mas recomendavam "depois descansem, deem uma pausa e depois façam o exercício de novo". Dessa maneira, na Idade Média, continuavam com esse problema, com esse fator do exercício.

Na Idade Moderna, no século XIX, vários fatores orientaram para a criação de uma medicina do esporte. A primeira foi a descoberta do cicloergômetro.

Um alemão chamado Speck criou o cicloergômetro lá por 1890, 1886, por aí. E o que o cicloergômetro facilitou para a medicina do exercício? Facilitou para nós encontrarmos a dose exata de trabalho necessária para o indivíduo, nem mais nem menos. Então, o cicloergômetro permitia uma dosificação do trabalho. A gente media o trabalho, media a quantidade de trabalho máximo e, dessa quantidade, a gente trabalhava 60%, 50%, e criava o diagnóstico da intensidade do exercício.

Outra coisa que favoreceu a criação da especialidade foi um médico sueco chamado Henschen, que resolveu um problema que era muito complicado para nós, porque a imagem médica daquele tempo era muito primária e só dava as dimensões

de volume. Então, se vocês mediam um remador, vocês viam um coração enorme. Aí vocês radiografavam um paciente cardíaco morrendo e ele tinha o mesmo coração enorme. Então, a gente dizia: "É, não dá para fazer exercício. Vocês vão morrer do coração", e era um impedimento para o trabalho do exercício. Então, ele, com palpação - só com palpação, porque não tinha outro instrumento melhor do que aquela imagem radiológica -, fez uma diferenciação entre o atleta, que tem aquele volume com uma parede muito grande do coração, e o paciente, que tem o mesmo volume com a parede muito fininha. Então, se resolveu o problema da restrição do exercício pela doença cardíaca.

Em 1912, foi criada a primeira sociedade de medicina do esporte na Alemanha. A Alemanha foi pioneira no avanço da nossa especialidade, e, já numa feira mundial de Dresden, nessa mesma época, se apresentou um laboratório de pesquisa do exercício, completo, como hoje, só talvez com instrumentos mais primários. E daí então, a medicina do esporte evolui.

Quando o Comitê Olímpico Internacional cria as Olimpíadas, no começo eram simples jogos, quase feiras internacionais, mas, à medida que foram se aprimorando e se especializando os atletas, surgiu a necessidade de médicos que fossem especialistas e acompanhassem aquele atleta. Então, o Comitê Olímpico Internacional, em 1928, convidou os médicos de esporte - que já existiam no mundo, em várias nações - a se reunirem e fundarem uma associação internacional de medicina do esporte. A FIMS foi fundada, então, nos segundos Jogos Olímpicos de Inverno, de Grenoble.

É interessante saber, como disse o Fernando, que são 52 as especialidades médicas no mundo, e a da medicina do esporte foi a quinta federação internacional a ser fundada. Vocês veem que, realmente, às vezes, a gente diz: "Medicina do esporte, coisa moderna!"; não, a medicina do esporte é muito antiga, já tinha uma conformação organizada desde 1928.

Há algumas coisas que, ainda no século 20, foram importantes para nós. Primeiro, o reconhecimento da OMS (Organização Mundial da Saúde) sobre o que é saúde. O que é saúde? A gente fala muito em saúde, mas raramente define saúde. E a organização mundial definiu como algo que fosse a plenitude física, mental e social de uma pessoa. Então, quando eles colocam a plenitude física, eles valorizam extremamente a nossa especialidade, porque somos nós que, fundamentalmente, temos que desenvolver essa potencialidade física.

E, uma última coisa que eu achei interessante foi que essa mesma Organização Mundial da Saúde, em 1996, criou uma ideia de cidade-saúde. O que é uma cidade-saúde? É uma cidade onde a Câmara dos Vereadores e a Prefeitura têm projetos para a área de saúde. E é interessante que, no Brasil, nós tivemos uma das primeiras cidades-saúde, que foi Vitória, no Espírito Santo.

Quem conhece Vitória sabe que tem uma orla muito grande, e o pessoal vive correndo em torno da orla. Então, o Dr. Luciano Rezende, que foi Vereador e Prefeito de Vitória, criou, com o SUS, áreas de exame dos pacientes. Então, mediam a pressão, faziam o diagnóstico de obesidade, examinavam o paciente e orientavam o paciente. E isso a Organização Mundial considerou como uma cidade-saúde importante. Eu agora passo da área geral internacional para a área do Brasil: como é que surgiu para nós a medicina do esporte?

A medicina do esporte vem de uma orientação militar. A EsEFEx, do Exército, em 1939, criou um ensino médico para os militares, que chamou de medicina especializada, que era feita por médicos para orientar a parte física do Exército e acompanhar a parte física do Exército. E permitiu que médicos civis se inscrevessem na formação de medicina especializada, que hoje é chamada de medicina do esporte.

E, em 1939, o Decreto-Lei 1.212 criou a Escola de Educação Física da Universidade do Brasil. E, no decreto, um dos objetivos da Universidade do Brasil era a criação de médicos de esporte. Esse curso foi dirigido pelo Prof. Arino e criou os primeiros médicos de esporte brasileiros.

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF. *Fora do microfone*.) - Sensacional.

O SR. EDUARDO HENRIQUE DE ROSE - Hein?

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF. *Fora do microfone*.) - Sensacional, desculpa... *(Risos.)*

O SR. EDUARDO HENRIQUE DE ROSE - Não, não, perguntei se eu não passei da hora.

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF. *Fora do microfone*.) - Não, não.

O SR. EDUARDO HENRIQUE DE ROSE - Não queria passar.

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF) - Olha, Dr. De Rose, o senhor é impressionante. Eu estava comentando, primeiro, a aula que o senhor deu aqui para nós de toda essa cronologia histórica da medicina do esporte.

Quero agradecer ao senhor, que é o nosso decano, enfim, conhece, já esteve com vários atletas. Inclusive, é um prazer tê-lo aqui conosco no Senado Federal. Muito obrigada, obrigada mesmo, por todo esse histórico incrível da medicina esportiva no mundo, como ela se fundou, como ela começou. Então, não é de hoje, estamos falando de uma medicina quase milenar.

O SR. EDUARDO HENRIQUE DE ROSE - É. Nós vamos fazer centenário da fundação no ano que vem.

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF) - Impressionante!

Assim, gente, por favor, uma salva de palmas, porque nós vamos... É de 1928, né? Isso aí. *(Palmas.)*

Bom, quero agradecer mais uma vez a presença aqui do Dr. De Rose.

E vou passar agora para o Dr. José Kawazoe, que é o Secretário-Geral da Federação Internacional de Medicina Esportiva.

É um prazer também.

Estou com todas essas lendas aqui, com todas essas referências conosco.

O SR. JOSÉ KAWAZOE LAZZOLI (Para expor.) - O prazer é nosso. Muito obrigado.

Gostaria de iniciar agradecendo a gentileza do convite à Senadora Leila Barros, ao Prof. Fernando Carmelo Torres. E eu gostaria também de expressar a minha alegria, a minha satisfação de estar aqui hoje com tantas pessoas que sempre trabalharam e continuam trabalhando pelo esporte e pela medicina, não só os palestrantes que me antecederam, mas os que me sucederão também.

E eu gostaria de também, se me permite, Senadora, registrar a presença da Profa. Adriana Taboza, que é a Presidente da ABCD (Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem), cuja equipe trabalha de uma forma incansável pelo conceito de esporte limpo.

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF. *Fora do microfone*.) - Uma salva de palmas também para a Adriana. *(Palmas.)*

Seja bem-vinda, Adriana.

O SR. JOSÉ KAWAZOE LAZZOLI - A medicina do exercício do esporte, como muitas especialidades médicas, tem várias subespecialidades e várias áreas em que o profissional pode atuar.

Os dois palestrantes que me antecederam, de forma muito brilhante, trouxeram muito o ponto do esporte de alto rendimento. O Prof. Fernando também falou do aspecto da medicina do exercício e do esporte, por isso que a gente sempre gosta de falar não só medicina do esporte, mas da medicina do exercício e do esporte. E talvez, pelo meu perfil clínico, vai caber a mim aqui falar um pouquinho mais, enfatizar um pouco mais os aspectos relacionados com o exercício como instrumento de prevenção, como instrumento de tratamento de doenças e como instrumento também de promoção da saúde, da saúde pública e da longevidade.

Esses números são impactantes, não é? De toda a população mundial, aproximadamente 216 milhões de pessoas no mundo inteiro são portadores de doenças cardiovasculares e as doenças cardiovasculares resultam em aproximadamente 23 milhões de mortes todos os anos.

Em 2012, por ocasião dos Jogos Olímpicos de Londres, foi publicado no periódico britânico *The Lancet* um suplemento todo com artigos voltados para exercício físico e atividade física. E um deles mostra este número, que é bastante impactante, uma estimativa conservadora, eu diria, de 5,3 milhões de mortes todos os anos que são atribuíveis ao sedentarismo, por isso alguns autores chamam o sedentarismo de uma verdadeira pandemia. O sedentarismo mata.

Não é necessariamente assim que a gente vê na mídia, mas o sedentarismo é uma característica física extremamente deletéria para a saúde das pessoas que gera também custos. Por ocasião dos Jogos Olímpicos Rio 2016, o mesmo periódico britânico *The Lancet* também elaborou um novo suplemento voltado para o exercício físico, com artigos voltados para atividade física, e foi feita uma estimativa também do custo mundial do sedentarismo, de aproximadamente US$67,5 bilhões por ano. E a parcela que cabia ao Brasil, foi feito um cálculo por país, a parcela que cabia ao Brasil ultrapassava R$10 bilhões na ocasião, na época. É o custo do sedentarismo, e não é um custo desprezível. Todos aqueles que pensam em políticas públicas de saúde têm que considerar isso sem dúvida alguma.

Eu gostaria de trazer para vocês um conceito que a gente usa muito na área clínica, que é o conceito de Mace. Mace é uma sigla em inglês que traduziram para o português e significa evento cardiovascular adverso grave. É um desfecho composto utilizado em artigos científicos e em pesquisa clínica para avaliar o risco de eventos cardiovasculares. O Mace, classicamente, o Mace de quatro pontos, é composto por morte cardiovascular, infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico e procedimentos de revascularização miocárdica: angioplastia ou cirurgia cardíaca.

Então, como clínico, eu gostaria de deixar claro para vocês que, quando a gente diz que uma determinada intervenção é capaz de reduzir o risco cardiovascular, a gente está dizendo que ela é capaz de reduzir mortalidade, que ela é capaz de reduzir infarto, AVE e procedimentos de revascularização miocárdica. E quando a gente pensa... Por exemplo, como clínico, meu objetivo é reduzir tudo que está ali na coluna da esquerda. E, quando eu utilizo, por exemplo, um determinado medicamento... Vou dar um exemplo aqui: uma estatina, que é um remédio para reduzir o colesterol. Para uma estatina ser aprovada para uso humano e para ela ser validada para uso clínico, não basta ela só reduzir o colesterol, ela tem que reduzir morte, infarto, AVC e procedimentos de revascularização miocárdica. Para um medicamento anti-hipertensivo, por exemplo, ser considerado para uso clínico, não basta ele reduzir a pressão, tem-se que demonstrar que quem usa aquele medicamento tem menor chance de morrer, tem menor chance de ter um infarto, tem menor chance de ter um AVC e tem menor chance de passar por uma cirurgia cardíaca. É isso que é o foco na maioria dos estudos clínicos que estão disponíveis para a gente. E não só as classes terapêuticas enumeradas na coluna da direita são capazes de fazer isso, mas o exercício físico também é capaz de fazer isso. Então, eu não vou usar o exercício só porque eu me sinto bem, isso é bacana, mas eu vou usar o exercício, vou prescrever o exercício, vou recomendar o exercício porque, além de fazer as pessoas se sentirem bem, ele é capaz de reduzir infarto, reduzir AVC, reduzir morte e reduzir a possibilidade de revascularização miocárdica.

Será que o exercício é capaz, de fato, de fazer isso? Eu diria para vocês enfaticamente que sim, e me permitam apresentar rapidamente de forma objetiva alguns pontos aqui importantes que deixam isso muito claro.

O primeiro ponto é o conceito de aptidão cardiorrespiratória. Aptidão cardiorrespiratória tem a ver com VO2 máximo, consumo máximo de oxigênio. O consumo máximo de oxigênio é um efeito fundamental da prática de exercícios, é uma consequência, é uma adaptação fisiológica. Isso evidentemente é muito importante quando a gente pensa no alto desempenho, no alto rendimento, é fundamental para um atleta, não é verdade, Senadora?

(Intervenção fora do microfone.) (Risos.)

O SR. JOSÉ KAWAZOE LAZZOLI - Mas me permitam dizer para vocês que, além de ser importante para os atletas, é também importante para reduzir risco cardiovascular, é fundamental para pessoas comuns, sejam crianças, sejam adultos jovens, sejam aqueles da terceira idade, porque todos aqueles que o praticarem regularmente com a correta orientação vão ter uma redução da possibilidade de desenvolver uma série de doenças.

Rapidamente, aqui, eu traria para vocês um *statement* da American Heart Association publicado em 2016 em que eles já deixavam muito claro que a avaliação da aptidão cardiorrespiratória é tão importante quanto avaliar um sinal vital, a pressão arterial, a frequência cardíaca, a frequência respiratória - aptidão cardiorrespiratória, muito importante de ser avaliada em todos os pacientes.

E por que isso? Vejam um trabalho clássico publicado na *Circulation* em 2008, em que para cada aumento de 1 MET na aptidão cardiorrespiratória... E, só trazendo aqui, 1 MET significa 3,5ml de oxigênio por quilo de peso por minuto de consumo de oxigênio, de capacidade de pegar o oxigênio, jogar para a corrente sanguínea e transportá-lo até a musculatura. Isso é uma capacidade que tem a ver com treinamento físico. Para cada aumento de 1 MET, redução de 13% na mortalidade geral.

Esse outro trabalho publicado em 2016 foi além: para cada 1 MET, redução de 31,5% no risco relativo de mortalidade geral, em outras palavras, na possibilidade de morrer por causa de doenças, retirados da estatística traumas, traumatismos evidentemente.

Então isso é muito expressivo.

Por exemplo, infarto agudo do miocárdio. Dados do Ministério da Saúde dão conta de que há quase 400 mil casos de infarto agudo do miocárdio todos os anos no Brasil, e uma média de 93 mil mortes anuais. Para cada MET a mais de aptidão cardiorrespiratória, vários trabalhos - e eu estou selecionando alguns evidentemente, publicados em grandes periódicos, esse por exemplo foi publicado no American Heart Journal, é um periódico muito conhecido na área cardiológica -, 7% de redução do risco de infarto.

Hipertensão arterial. Quase 30% da população adulta brasileira é portadora de hipertensão arterial. E, quando a gente vai para a faixa etária acima de 65 anos, a prevalência é acima de 60%. E é uma doença cuja prevalência está se tornando cada vez maior. Por exemplo, Estados Unidos, em 2030, previsão: 41% dos adultos serão hipertensos em 2030. E aí a gente vê o que acontece se você pratica exercícios e aumenta a sua aptidão cardiorrespiratória. A chance de se tornar hipertenso - você não é hipertenso ainda -, mas sua chance futura de desenvolver hipertensão diminui. Para cada MET a mais, há uma redução de 8% do risco de hipertensão.

Fibrilação atrial. É uma arritmia, muitas vezes crônica, e que está fortemente relacionada com AVE isquêmico ou AVC isquêmico - é uma importante causa, uma das causas mais frequentes. E aí a gente vai para esse trabalho que foi publicado

na *Circulation*, em 2015, mostrando que a turma que tem mais de 12 METs de aptidão cardiorrespiratória tem 62% menos possibilidade de desenvolver fibrilação atrial, que é uma arritmia típica de idoso e de, entre aspas, "doente", comparando com a turma com uma capacidade funcional mais baixa. E, quando você já tem fibrilação atrial, pensa naquele indivíduo idoso, 70, 80 anos, que é portador de fibrilação atrial permanente, fibrilação atrial crônica, para cada MET a mais de aptidão cardiorrespiratória, 12% menos possibilidade de mortalidade geral e 15% menos possibilidade de mortalidade cardiovascular.

Insuficiência cardíaca, um problema de saúde pública com uma prevalência crescente no mundo inteiro. Espera-se um aumento de aproximadamente 46% na incidência de insuficiência cardíaca até 2030. E aí um outro trabalho publicado na *American Heart Journal*, em 2017 mostra que, se você tem, você não tem IC (insuficiência cardíaca), mas você tem uma capacidade funcional, uma aptidão cardiorrespiratória acima de 12 METs, a tua chance de desenvolver futuramente insuficiência cardíaca é 81% menor do que se você compara com a turma de menos de 6 METs. E para cada MET a mais, a tua possibilidade de desenvolver insuficiência cardíaca no futuro é 16% menor.

Aqui esse trabalho é muito importante, muito interessante, porque ele pega aquele paciente clássico do *check-up*, que vem fazer um *check-up*, ele não tem doença cardiovascular nenhuma, ele tem apenas um colesterol alto. Eu não diria apenas, porque isso é um problema grave, mas ele tem uma dislipidemia, e aí o que acontece com esse indivíduo? Esse trabalho mostrou isso muito claramente. Três gráficos, três resultados e três impactos importantes. Para cada MET a mais de aptidão cardiorrespiratória, uma redução de mortalidade de 15,5% - de mortalidade, isso independe de sexo e independe se usa ou não estatinas. Uma redução de infarto agudo do miocárdio na casa de 10,3% para cada MET a mais de aptidão cardiorrespiratória. E uma redução do risco de se submeter a um procedimento de revascularização miocárdica de 10,8% para cada MET a mais de aptidão cardiorrespiratória.

Esse artigo foi publicado em 2022 no *Journal of the American College of Cardiology, o* JACC, um periódico muito conhecido na área de cardiologia, em que eles analisam a aptidão cardiorrespiratória e a mortalidade, o risco de mortalidade ao longo dos espectros de idade, etnia e sexo. É bem interessante. Vejam, numa amostra muito expressiva, 750 mil pessoas, mais de 750 mil indivíduos. E o resultado geral é interessante.

Muito obrigado. *(Risos.)*

Posso dobrar esse tempo, 120 segundos? *(Pausa.)*

Eu te agradeço a gentileza.

Então, o resultado geral é muito interessante. Para cada aumento de 1 MET na aptidão cardiorrespiratória, há uma redução de 14% na mortalidade geral. Mas vejam que isso se mantém ao longo dos espectros todos. Por exemplo: é igual para homens e para mulheres. É igual nos diferentes grupos etários. Isso significa o seguinte: nunca é cedo demais para se começar. Também nunca é tarde demais para se beneficiar.

Além disso, é consistente para os diferentes grupos étnicos. Como isso foi feito nos Estados Unidos, para caucasianos, da esquerda para a direita, para afro-americanos, para hispânicos e para americanos nativos, os indígenas. E eu realmente não vejo razão pela qual isso deveria ser diferente entre as diferentes etnias.

Então, todos se beneficiam. Todas as faixas etárias, independentemente de se é homem, se é mulher, independentemente da etnia. Todos se beneficiam. Todos têm menor possibilidade de morrer se tiverem uma aptidão cardiorrespiratória maior.

E, Senadora, esse é o último artigo que eu gostaria de trazer, com um número bastante expressivo. Vejam, essa é uma revisão sistemática de 26 meta-análises, envolvendo 199 estudos e representando mais de 20,9 milhões de participantes. E os resultados são muito, muito claros. Para cada MET a mais de aptidão cardiorrespiratória, uma redução de mortalidade geral de 11% a 17% e uma redução de mortalidade cardiovascular de 13% a 17%.

Aí a gente vai para as doenças. Para cada MET a mais, a incidência de hipertensão se reduz em 8%. A incidência de insuficiência cardíaca se reduz em 18%. A incidência de AVC se reduz em 3%, mais estatisticamente significativa a diferença. A incidência de fibrilação atrial se reduz em 9%. E a incidência de diabetes tipo 2 se reduz em 8%. E todas essas diferenças são estatisticamente significativas, ou seja, a aptidão cardiorrespiratória mais alta reduz a mortalidade e reduz a possibilidade de se desenvolver uma série de doenças.

Então, pensem em que tipo de repercussão isso teria em termos de saúde pública. Vamos pensar lá, num bairro. Vamos pensar num município, num Prefeito que possa investir nisso. Vamos pensar num estado da Federação, num Governador que tenha isso como política pública. E vamos pensar no macro, vamos pensar no nosso país, como isso pode beneficiar se mais pessoas estiverem fisicamente ativas.

Se você compara o tercio mais alto com o tercio mais baixo, risco relativo de mortalidade geral reduzido em 53%.

Para cada aumento de um MET na aptidão cardiorrespiratória, redução de 11% a 17% de mortalidade geral, deixando muito claro que os autores desse estudo encontraram evidências consistentes de que a aptidão cardiorrespiratória está fortemente associada com risco reduzido de mortalidade e de uma série de condições clínicas na população geral.

Então, eu gostaria de deixar algumas *take-home messages*, algumas mensagens para a gente levar para casa:

- Esses aumentos de aptidão cardiorrespiratória estão associados a uma menor mortalidade geral e cardiovascular, comparável ou superior à associada com os fatores de risco tradicionais. Se a gente for comparar com o tabagismo, por exemplo... Tem que extinguir o tabagismo da face da terra, mas a gente também tem que usar a mesma, digamos assim... Temos que ser incisivos para tentar extinguir o sedentarismo da face da terra, o que seria algo talvez utópico, mas altamente desejável.

- Aumentos de aptidão cardiorrespiratória estão associados a um menor risco cardiovascular e um melhor prognóstico.

- Os benefícios independem de sexo, idade, grupo étnico e várias outras variáveis.

- E nós profissionais de saúde - permitam-me usar a expressão "puxar a brasa para a sardinha da medicina do exercício e do esporte", e por isso que talvez seja tão importante esta audiência pública, que está sendo realizada por iniciativa da Senadora Leila - devemos estimular a prática regular de exercícios como estratégia para prolongar a vida e reduzir o risco cardiovascular, com importantes repercussões em termos de saúde pública.

Então, gostaria de me colocar à disposição para o debate que vai ocorrer depois, agradecendo a atenção de todos. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF. Para interpelar.) - Muito bom.

Doutor, só uma pergunta: quando o senhor fala da prática de exercícios regulares, qual é o tempo diário? O que seria satisfatório para você ter uma melhoria na sua aptidão cardiorrespiratória?

O SR. JOSÉ KAWAZOE LAZZOLI - Senadora, existem várias diretrizes internacionais falando sobre o assunto, mas isso depende muito. A gente costuma dizer que a prescrição de exercícios é muito individualizada. Então, para um atleta de alto rendimento de uma determinada modalidade, é uma coisa; para um indivíduo que apenas quer praticar exercícios para manutenção da saúde, é outra coisa.

E vamos para outro espectro - o atleta está aqui, e aqui está um indivíduo comum -, vamos para um indivíduo portador de uma doença cardiovascular grave e altamente incapacitante. Por exemplo, insuficiência cardíaca: ele se cansa para andar até o toalete. Então, a quantidade... A gente costuma dizer dose, mais ou menos como se fosse um medicamento: se eu tenho um paciente hipertenso, eu escolho um medicamento e determino uma dose para aquele paciente. Da mesma forma, o exercício físico deve ser dosado, deve ser prescrito. Para esse indivíduo atleta, a necessidade é uma. Para um indivíduo comum, que não é atleta, mas é saudável, a necessidade é outra. E, para o paciente, a necessidade vai ser totalmente diferente.

Então, realmente essa resposta ela vai depender...

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF) - É individualizada.

O SR. JOSÉ KAWAZOE LAZZOLI - Exatamente.

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF) - Perfeito.

E a questão do colesterol?

Desculpa, gente, eu tenho que aproveitar este momento com essas feras aqui.

Assim, a gente está falando do colesterol que é adquirido através da má alimentação e do sedentarismo. Mas tem aquele colesterol genético?

O SR. JOSÉ KAWAZOE LAZZOLI - Sim.

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF) - Então, como tratar? Dentro da medicina esportiva, como é que a gente consegue... Por exemplo, eu tenho colesterol alto, e o meu colesterol é genético, é um histórico familiar. Isso é desde quando eu era atleta, não é, Dr. Fernando? Eu sempre tive isso e, infelizmente, meu filho é a mesma coisa. Então, como que a gente trata isso? Só através da medicação ou a gente também pode, através da... Isso é bom porque tem brasileiros, um monte, que justificam o colesterol alto, "ah, é genético". É importante ouvir do senhor, um especialista, sobre isso.

O SR. JOSÉ KAWAZOE LAZZOLI - Então... Tanto a medicina do exercício e do esporte como a cardiologia têm diretrizes muito claras das metas de colesterol, e aí me permitam enfatizar o LDL. Tem um marcador novo que é a

lipoproteína A, mas o LDL é o marcador clássico, o que a gente chama de marcador de risco cardiovascular. Então, de acordo com o perfil de risco do paciente ou do indivíduo que você está avaliando, a meta de colesterol vai variar. Para o paciente de baixo risco, por exemplo, 100; para o paciente de altíssimo risco, 50; e para o paciente de risco extremo, 40. Então, vejam que existe uma diferença também de acordo com o perfil de cada um.

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF) - Perfeito.

O SR. JOSÉ KAWAZOE LAZZOLI - E aí vai se utilizar o que for necessário, medicamentos ou redução de peso ou aconselhamento em termos de alimentação e, sem dúvida nenhuma, a prática de exercícios físicos.

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF) - Perfeito.

Pois não, Dr. Fernando.

O SR. FERNANDO CARMELO TORRES (Para expor.) - É aqui que liga? Está ligado? *(Pausa.)*

Não, só fazer um complemento ao que o Dr. Kawazoe falou em termos do exercício regular, que você perguntou, a individualização da prescrição é uma coisa como é para um remédio. Tem dois hipertensos, uma toma a mesma medicação, mas um toma 40 miligramas e outra toma 80. Então, você tem que individualizar para cada caso. Mas se a gente, pelo menos, passar uma mensagem... O colégio americano, a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte, a Organização Mundial de Saúde, eles preconizam para o adulto saudável, sem nenhum tratamento, como ele citou - um paciente cardiopata e tal, a coisa é diferente -, um adulto aparentemente saudável, a prática de 150 a 300 minutos por semana de exercício moderado. Exercício moderado a gente pode classificar como aquele que vai até 76%, entre 64% e 76% da frequência cardíaca máxima daquele indivíduo. E, se for exercício vigoroso, aí são 75 a 150 minutos por semana do exercício vigoroso, que é aquele exercício a partir de 77% da frequência cardíaca máxima. Aí já pega uma grande parcela da nossa população.

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF) - Quer complementar, Doutor, para concluir?

O SR. JOSÉ KAWAZOE LAZZOLI - Não, depois do Prof. Fernando, acho que está muito bem dito.

Essas recomendações gerais são feitas por grandes instituições, por exemplo, American Heart Association, American College of Sports Medicine, a própria Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte têm suas diretrizes também. São diretrizes de orientação geral para a população geral. Isso é um documento que você publica para uma população. Recomendações gerais são importantes, mas, no dia a dia, como ele próprio disse, tem que individualizar. Tem que ver o indivíduo que está à sua frente, o paciente que está à sua frente e, para aquele indivíduo, qual é a necessidade dele. Da mesma forma que são os medicamentos, assim o é para o exercício físico.

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF) - Obrigada, Dr. Kawazoe.

Está sendo incrível este debate aqui, muito esclarecedor, uma pena, porque a gente está naquela semana já de pré-recesso na Casa, mas nós vamos ter que fazer outros debates desse aqui, porque eu quero que os Senadores também possam participar e estar aqui, porque é importante quando a gente trata de legislação.

Assim, nós estamos abertos a este debate e às sugestões de vocês, que são especialistas, do que a gente pode tratar, porque essa questão da medicina, da prática esportiva é um tema muito transversal com a saúde pública, com a saúde. Então, muitas vezes a gente debate muito aqui saúde pública, orçamento, quer dizer, só orçamento, os hospitais lotados de gente, e a gente não traz soluções. E a prevenção, a solução está aqui, neste debate aqui, tão rico.

Assim, gratidão mesmo pela participação. Olha, já vou avisando a vocês que vocês vão vir mais vezes aqui. Quando tiver debate de saúde, eu vou fazer questão de inseri-los nesse debate para tratar também. Olha, nós temos... Vamos tratar de saúde? Vamos, vamos tratar do exercício, da importância do exercício na prevenção e no combate ao sedentarismo no nosso país, porque os números que o senhor trouxe também são estarrecedores. Nós temos aí mais de 400 mil pessoas tendo infarto, AVC, e 93 mil pessoas morrem, porque não se cuidam, e aqui está a fórmula simples, trazida pelo Doutor.

Então muito obrigada, Dr. Kawazoe.

O SR. JOSÉ KAWAZOE LAZZOLI (*Fora do microfone.*) - Eu que agradeço.

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF) - Eu vou passar a palavra agora para o Dr. Rômulo Teixeira, que é o Diretor Cultural da Associação Médica Brasileira (AMB) e especialista em medicina esportiva. Seja muito bem-vindo, Dr. Rômulo!

O SR. RÔMULO CAPELLO TEIXEIRA (Para expor.) - Bom dia a todos, bom dia Senadora, bom dia aos colegas da mesa e também a quem está na audiência em casa aí vendo - é um prazer enorme poder falar com vocês.

Esse tema é de extrema importância, porque, dentro da medicina, desde quando nós fazemos medicina, nós aprendemos algumas coisas, entre elas é a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a recuperação. Então, quando nós falamos de medicina esportiva, nós estamos tratando de todas essas fases que elencam justamente a parte voltada para oferecermos saúde e minimizarmos os danos à saúde da população.

Como eu vou entrar um pouquinho na discussão anterior, quando foi falado em relação à prática do exercício, todo mundo escuta falar no tal do FIT, e, na verdade o que é FIT? FIT (Frequência, Intensidade e Tempo). Então, toda análise para a prescrição de um exercício físico, de uma medicação, e o acompanhamento, seja de uma pessoa da comunidade, normal, não atleta, ou de um atleta, é baseado na avaliação individual para que nós possamos fazer justamente a individualização do tratamento para aquele paciente, para aquele atleta ou para qualquer outra pessoa.

Aqui eu vou trazer uns dados nossos e aqui eu quero agradecer, Senadora, em nome do Dr. César Fernandes, que é o nosso Presidente da Associação Médica Brasileira, que estou aqui representando. Eu atuo como Presidente da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro, também estou como responsável pela Câmara Técnica de Medicina Esportiva do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Então, por isso que a prática da medicina esportiva é a minha especialidade, feita em 1986, com o Prof. Lídio Toledo, na PUC do Rio de Janeiro.

Então, o que me traz isso tudo para que a gente possa falar? Primeiro, a medicina esportiva, como bem o Dr. Fernando falou, é uma especialidade médica entre as 55 especialidades médicas reconhecidas pela AMB (Associação Médica Brasileira) e pelo Conselho Federal de Medicina. Dentro disso tudo ainda temos mais 61 áreas de atuação em medicina, que são especialidades dentro dessas especialidades. Então, o que nós temos é o cômpito de alguém que pode falar, que é um médico da medicina esportiva, um médico cardiologista, um médico ortopedista.

Mas vale, Senadora - e para todos - entender quem é que pode se dizer médico especialista em medicina esportiva, médico especialista em traumato-ortopedia. Esse profissional tem que fazer o padrão ouro de especialização médica, que é a residência médica - esse é o padrão ouro. Mas também nós temos a possibilidade de fazer as pós-graduações nas determinadas áreas, principalmente hoje, que nós temos as chamadas pós-graduações residências símiles que têm a mesma carga horária, a mesma matriz programática, da residência médica, com a parte de horas teóricas e horas práticas, que são homologadas pelas sociedades de especialidades. A partir daí, ele faz uma prova da sociedade de especialidade e vai para a Associação Médica Brasileira para o reconhecimento daquele título de especialista. Aí sim, um médico que tenha essas prerrogativas, poderá se denominar médico da especialidade de medicina esportiva, médico da especialidade de cardiologia e por aí afora. Então, isso é muito importante.

E quando nós, no nosso consultório, temos o nosso receituário e no receituário está lá escrito assim: "Rômulo Capello Teixeira - especialista em medicina esportiva", tem uma coisa do lado que tem que constar chamada RQE (Registro de Qualificação de Especialidade). Esse RQE se obtém mediante a apresentação do título de especialista, homologado pela AMB, no Conselho Regional de Medicina. Eu sou do Rio de Janeiro. Levei o meu título de especialista pela AMB, que foi reconhecido pelo Conselho Regional de Medicina, e aí eu tenho o Registro de Qualificação de Especialidade. Essa é a única maneira de o médico se colocar como médico cardiologista, médico da medicina do esporte. Qualquer coisa tem que ter, dessa forma, o RQE.

Eu trago isso aqui para a valorização do profissional, do especialista, porque senão nós teremos, amanhã, qualquer colega que não tenha conhecimento - como o Dr. Kawazoe nos apresentou aqui - podendo se dizer um especialista nessa área sem ter essas principais prerrogativas, o que é muito importante.

E aí o que eu trago para a senhora aqui - olhe que importante - tem a ver com toda a discussão política que nós temos. O chamado Enare (Exame Nacional de Residência)... Este aqui, todos sabem, é o Ministério da Educação que regulamenta, não só a residência em medicina como em todas as outras áreas.

Só para termos uma ideia... Tema sensacional neste momento. Nós tivemos o Enare, edição 2025-2026, e a área com o maior número de candidatos por vaga foi justamente medicina esportiva. Nós tivemos 56,7 candidatos por vaga. Claro, o mérito é que nós tivemos uma grande procura pela área, mas também nós temos uma necessidade que é política, que é a do aumento do número de programas de residência médica no Brasil.

Eu vou trazer um dado para a senhora aqui, agora. É o de que nós só temos, na residência em medicina esportiva, oito programas no Brasil como um todo, sendo cinco programas de residência médica em São Paulo; um no Rio de Janeiro, que começou no ano passado, que é no Instituto Nacional de Cardiologia, um em Minas Gerais e um no Rio Grande do Sul, ou seja - eu vou trazer um dado ainda pior que esse -, nós tivemos 63 vagas oferecidas, 47 delas ocupadas, com 74% de aproveitamento, porque estão desocupadas...

Então, mesmo nessas áreas restritas, nós ainda temos vagas que sobram em relação a isso. Mas nós precisamos aumentar, porque essas vagas que não estão ocupadas são as do segundo e do terceiro ano, porque a residência médica em medicina esportiva tem duração de três anos. É a área básica. O colega que se forma, tem o seu CRM no Conselho Regional de Medicina, o seu número. Ele pode, automaticamente, fazer prova, diretamente, para a especialidade de medicina esportiva.

Então, esse é um dado aqui que muitas pessoas, às vezes, não conhecem, não sabem dele.

E eu vou trazer um dado maior para a senhora, para todos aqui. Na demografia médica de 2025, a última que foi feita, nós temos que nós temos no Brasil 1.087 médicos registrados como médicos da medicina esportiva. Isso é muito pouco, é um percentual de 0,51% das especialidades, o.k.? Sendo que, desses médicos que têm a titulação, 60,5% estão na Região Sudeste, 18,1%, na Região Sul, 7,1%, na Região Centro-Oeste, 11,6%, no Nordeste, e 2,5%, no Norte.

Como nós somos um país continental, nós temos diversas situações diferentes e essa é mais uma que nós mostramos em que existe um déficit muito grande de profissionais especialistas em medicina esportiva no Brasil de uma forma geral. É um dado - a senhora sabe disso melhor do que qualquer um de nós - que é uma decisão muito política, e não é só na parte técnica.

Então, eu trouxe um dado aqui que é muito preocupante para todos nós.

Mas eu vou dar um outro dado para a senhora e para todos. Quais são as especialidades que ainda precisam de um incentivo para que as pessoas, os profissionais médicos que se formam ano a ano, tenham essa especialidade? Na que mais falta: genética médica. Nós só temos 376 médicos registrados como da medicina genética.

Em segundo - tem tudo a ver com a nossa área -, é a parte da medicina física e reabilitação. Vou dar um dado para a senhora aqui. Nós temos em torno de 780 médicos fisiatras no Brasil. Esse é um dado extremamente preocupante, porque também é uma parte da residência médica que é muito pouco procurada e a gente sabe que nós precisamos... *(Pausa.)*

Exatamente.

Então, nós estamos com uma população envelhecida, que está, cada vez mais, chegando lá e nós precisamos justamente desses profissionais, junto com a medicina esportiva, para que tenhamos um trabalho de eficiência e eficácia justamente em coisas que nos preocupam muito na medicina como um todo, mas na medicina esportiva mais ainda.

Todos falam muito da chamada osteoporose e da osteopenia, porque muda muito, principalmente, a característica do osso da mulher na pós-menopausa. Mas nós temos uma outra coisa que - para mim, que, além da medicina esportiva, faço clínica médica - me preocupa muito, a chamada sarcopenia, que é a diminuição da massa muscular.

A massa muscular é aquela que todos... Não sei... Quando vem alguma coisa que eles botam como que para nós rirmos, de um idoso caindo, o idoso tropeça e ele vai cair cerca de um metro e meio, dois metros depois. Por quê? Se empurrar um jovem, o jovem, no primeiro breque que der, ele vai parar, ele não vai continuar e não vai cair. O idoso procura justamente a força desse breque, e ele não tem. Então ele vai, vai, vai, cerca de um metro e meio, dois metros, e ele cai, fica cambaleando e cai. Aí vem uma fratura de colo de fêmur, vem uma fratura de coluna, vem uma fratura de diversos locais. Custou para o Sistema Único de Saúde, custou para a seguridade social, porque, às vezes, acontece uma inaptidão para o resto da vida.

Então, nós temos que pensar no que nós estamos falando: estamos falando de seguridade social.

E nós temos uma outra coisa: quem daqui faz atividade física? Por gentileza, levante a mão quem faz atividade física.

Muito obrigado.

Agora, quem faz exercício físico?

E quem faz esporte?

São três coisas diferentes, que as pessoas às vezes não entendem. Atividade física é aquilo: nós andamos até aqui, subimos uma escada, fazemos movimentos com as mãos e tudo; é uma coisa. Segundo é fazer um exercício físico: o exercício físico é aquele em que nós temos um tempo estipulado para praticarmos e que nesse exercício físico nós tenhamos dias em que nós nos dedicamos a praticar exercício físico. E o esporte é tudo aquilo que tem regra e pode ser, e deve ser, competitivo. Então, são três modalidades que, quando a gente, no consultório, pergunta: "O senhor faz algum exercício físico?". Ele fala: "Faço". Pergunto: "Qual é o tipo?". E ele fala: "Eu subo e desço escada". Então, ele faz atividade física, ele não faz exercício físico.

São conceitos diferentes, que mexem diretamente com o que o Dr. Kawazoe falou. Porque nós fazermos nossa atividade é muito bom para o aparelho osteomuscular articular; agora, para a atividade relacionada ao que o Dr. Kawazoe falou, na cardiologia, depende daqueles METs, e os METs a gente só vai conseguir com o exercício físico. Por isso que muitos senhores e senhoras, principalmente no Rio de Janeiro, com aquela orla - ou como o professor falou, da orla maravilhosa -, muitas mulheres e muitos homens vão: "Doutor, eu caminho a orla toda, do posto um ao posto seis, e não emagreço um

grama". Por quê? Porque provavelmente não atingiu a sua faixa aeróbica de atividade física capaz de consumir caloria para chegar àquela meta das perdas de que nós precisamos.

Então, verdadeiramente, aí entra justamente o que foi falado aqui: a medicina esportiva vai analisar, vai orientar e vai fazer com que os resultados esperados, não só para aquela prática daquela pessoa, como no geral, sejam alcançados. Isso tudo faz parte da medicina esportiva.

E temos uma outra coisa: a importância na comunidade geral do exame pré-participação, seja para um adolescente, seja para uma criança. Muitos diagnósticos, até mesmo de uma possível morte súbita, nós encontramos numa simples ausculta, Senadora! Com uma simples ausculta, nós identificamos um sopro numa criança, e aquilo ali pode ser uma aorta bicúspide, que é morte súbita.

Nós podemos encontrar uma outra alteração valvular, uma outra alteração genética que possa ter passado desapercebida, e um exame para uma pré-participação para jogar um vôlei, para nadar, para melhorar sua asma, encontra uma outra coisa.

Então, isto é importante para todos nós, o exame pré-participação.

No atleta nem se fala, em atleta a gente não pode... Nós estamos falando de medicina esportiva, mas eu vou falar da odontologia. Quantos com um foco dentário vão ter um mau resultado, lesões repetidas? Um clube às vezes fica sem aquele atleta por uma lesão odontológica.

Posso citar um caso aqui? Num clube em que eu trabalhei, um craque foi contratado, em um time de menor investimento, e esse craque usava aparelho odontológico.

Quando você usa aparelho odontológico, quer dizer diretamente: essa pessoa faz análise preventiva sempre, porque ela tem que ir lá para fazer a tal da manutenção.

Ele não rendia só nos treinos. Começou o campeonato; na primeira partida de alta intensidade, lesão. Lesão difícil de recuperar, e ele ali com o aparelho dele e tudo - difícil de recuperar. No segundo exame, nada de melhorar, até que eu falei: "Não, vamos sentar aqui, vamos conversar bastante". É a chamada anamnese e a história clínica.

Falei: "Cara, tu estás com esse aparelho no dente há quanto tempo?". Ele: "Ah, Doutor, isso aqui é para tirar onda. Eu botei lá onde eu moro e tal, e eu botei para tirar onda", porque era até colorido, da cor do time. Não, não é possível! Vamos para a avaliação odontológica.

Ele tinha 11 lesões cariosas! Quando ele passou pelo odontólogo, pelo dentista, ele simplesmente foi avaliado e, a partir do momento do tratamento desse atleta, ele se recuperou e teve o desempenho dele de volta.

Ou seja, nós temos que entender que a medicina esportiva, a prática do esporte, os resultados que foram mostrados aqui... Vale uma análise como um todo.

Para terminar, eu quero dizer o seguinte: nós temos, sim - e aí é plano político. Não é nosso. É plano político -, a colocação como a prática de esporte nas escolas, em todos os lugares, principalmente com um outro treinamento, os treinamentos voltados para os atendimentos de emergência.

Fora do Brasil, em vários países, esses treinamentos, essas informações são passadas na escola. São os atendimentos emergenciais, de um simples engasgo que mata a uma arritmia, a uma morte súbita, em que qualquer um de nós... E aqui eu observei muito bem - nós temos o DEA em vários lugares: é o treinamento do DEA, com o desfibrador automático.

Aquilo ali, o DEA, não é para o profissional médico ou profissional da área da saúde; o DEA é para qualquer cidadão que tenha o mínimo de treinamento em emergências, para que ele possa fazer uma desfibrilação que salva vidas.

Isso é o que nós vimos em relação, principalmente, ao futebol, mas também a outras especialidades de esporte, em que o atleta sofre uma lesão em campo, um mal súbito em campo, e ali a ambulância tem que estar pronta e ativa.

Eu sou do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, sou Coronel, já estou na reserva há dez anos, e eu aprendi o APH (Atendimento Pré-Hospitalar), e o atendimento pré-hospitalar, na minha concepção, Senador, deveria vir da escola e chegar até as universidades. Às vezes se ensina muita coisa que não é tão necessária assim, agora isso faz a diferença em salvar vidas.

Digo mais: às vezes, nós vamos para algumas pousadas, alguns lugares maravilhosos que não têm recurso nenhum ao redor. E hoje, com a população envelhecida, às vezes um DEA salva a vida de um parente, de um conhecido ou de alguém que esteja próximo a nós.

Eu teria muito, muito, muito a falar, mas eu vou parar aqui, entendendo que o que a senhora fez é um trabalho de uma casa política no Rio de Janeiro. Então, eu entendo que essas audiências públicas são feitas para que a gente possa transmitir ao máximo da população que está nos ouvindo aqui, de uma forma plena, em que a necessidade dessa... A senhora está falando aqui para a gente, dando oportunidade, nesta audiência pública, para nós criarmos um novo hábito: é o hábito

da emergência, é o hábito da prática esportiva e é o hábito de que as pessoas possam evoluir na sua vida com a melhor condição de saúde para sempre.

Envelhecer é muito bom, e uma coisa que eu sempre guardo é: o seguro morreu de velho, né? Então, é melhor prevenir do que remediar.

E também uma outra coisa: "medsaúde" não tem preço, mas medicina tem custo.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF) - Excelente.

Olha, nessa primeira mesa, nós tivemos uma aula aqui sobre medicina esportiva, sobre o atual quadro brasileiro e a nível mundial nessa questão do sedentarismo, o impacto do sedentarismo e da falta da prática esportiva nos orçamentos e também sobre essa questão política, do quanto a gente não está investindo em melhorar o quantitativo de especialistas nessas áreas, seja fisiatria, seja medicina esportiva...

Enfim, eu quero agradecer a essa primeira mesa, que foi uma mesa muito esclarecedora, muito didática, reforçando, mais uma vez, aos quatro primeiros expositores aqui: vocês irão retornar, porque nós vamos, se Deus quiser, provocar a Casa quando tratarmos de orçamento, quando falarmos de saúde.

Acho que é importante não só estar na Comissão de Esporte; nós precisamos realmente tratar isso com muita seriedade.

Quero agradecer a presença de todos vocês aqui e a minha gratidão e, acima de tudo, a admiração aqui desta Casa pelo trabalho e pela relevância que cada um de vocês representa para a medicina esportiva, para o esporte de alto rendimento e, acima de tudo, para a promoção de saúde e bem-estar da nossa população. Muito obrigada, gratidão.

Gente, nós vamos encerrar essa primeira mesa, mais uma vez agradecendo aos nossos expositores, e vamos chamar...

Alguém quer colocar, fazer alguma consideração final? Posso dar um minutinho, porque, passando para a segunda mesa, nós vamos...

Deseja, Dr. Fernando?

O SR. FERNANDO CARMELO TORRES (Para expor.) - Eu só queria comentar bem rapidinho: olha, o meu tempo estourou lá, porque parou no...

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF) - Então, agora você só tem um minuto, tá?

O SR. FERNANDO CARMELO TORRES - Não, vai ser menos.

Eu quero comentar que o esporte, realmente, o exercício também tem que ser praticado de maneira segura. Por isso que eu salientei esse documento, que é o posicionamento sobre a prevenção da morte súbita. Eu acho que é um documento importantíssimo.

A nossa sociedade tem um curso de certificação de atendimento pré-hospitalar em esporte, é o único que tem no mundo. Eu acho que essas coisas são importantes.

E, finalizando, dentro dessa importância toda aí, a gente também gostaria de ter a Senadora como madrinha deste pleito: que a gente pudesse ter, como outras especialidades já têm, o dia do médico de esporte aqui no Brasil.

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF) - Isso aí você não precisa nem pedir, Doutor. Nós vamos lutar por isso aqui na Casa. Já está aceito o desafio aqui, a missão, com certeza, de termos também um dia para celebrarmos a medicina esportiva, os profissionais da medicina esportiva, e também fazermos uma semana de debates.

Acho que é muito importante quando a gente tem um dia específico, uma data específica, porque a gente pode provocar a Casa no sentido de fazer esses debates. Então, quero agradecer.

Inclusive, o Dr. Fernando foi quem me provocou, no sentido de fazermos esta audiência.

Eu quero agradecer, Dr. Fernando, porque está sendo muito importante isso aqui, muito esclarecedor.

Como eu falei, vamos trazê-los mais vezes aqui para fazermos outros debates.

Dr. Kawazoe.

Obrigada, Dr. Fernando.

O SR. JOSÉ KAWAZOE LAZZOLI (Para expor.) - Um minuto.

Partindo do pressuposto de que atividade física, exercício físico e esporte são instrumentos de promoção da saúde, gostaria de enfatizar dois pontos.

Primeiro, a gente tem que copiar os bons exemplos que a gente vê. Então, para citar um exemplo, na Itália, a avaliação para participação esportiva, que foi citada pelo Rômulo, é obrigatória por lei federal desde 1982, e tem uma estatística clássica, que é fantástica: de 1982 até 2002, a incidência de morte súbita na Itália caiu 89% pela obrigatoriedade da avaliação pré-participação esportiva, para todos os níveis, não é só autorrendimento; para todos que estão engajados na prática regular de esporte competitivo.

E o segundo ponto: também partindo do pressuposto de que atividade física, mas sobretudo a prática de exercícios e de esportes, tem o foco em saúde, eu acho que nós temos que ter uma visão muito atenta a uma epidemia que a gente está vendo aqui no Brasil, que é o uso de substâncias proibidas, de substâncias ilícitas, de substâncias prejudiciais, definitivamente prejudiciais à saúde, por parte de praticantes de exercícios e também por parte de alguns atletas.

A ABCD sem dúvida está atenta a esse ponto, mas a gente sempre conversa que a nossa preocupação, enquanto médicos, é o atleta sim, mas é o contingente enorme de pessoas que praticam exercícios e, por razões estéticas, talvez, ou sei lá quais, recorrem a substâncias proibidas.

De vez em quando, a gente, infelizmente, vê alguns casos de morte súbita que estão relacionados com a utilização dessas substâncias. Isso é um problema de saúde pública que, aparentemente, está se agravando progressivamente.

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF. *Fora do microfone*.) - Pode falar.

O SR. RÔMULO CAPELLO TEIXEIRA (Para expor.) - Muito obrigado, Senadora.

Em nome da Associação Médica Brasileira, nós agradecemos o espaço para podermos estar aqui e lançarmos todas as colocações e, ao mesmo tempo, quero lembrar a todos que, ano que vem, nós teremos a Copa do Mundo Feminina no Brasil. Então, é uma data importante. Acho que é pegar os grandes eventos de que está todo mundo falando para fomentar como um debate, né?

Então, Associação Médica Brasileira agradece muito o convite e se sente honrada de estar aqui neste debate. Muito obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF) - Obrigada, Dr. Rômulo.

Gente, uma salva de palmas para os três. *(Palmas.)*

Muito obrigada, Dr. Kawazoe, Dr. Fernando Torres e Dr. Rômulo. Obrigada, de coração.

Gente, agora vamos para a formação.

Peço até desculpas pelo avançado da hora, mas foi muito interessante. Foi e continuará sendo muito interessante este debate, esta audiência pública aqui.

Eu gostaria de convidar para tomar o assento à nossa mesa os seguintes convidados: Dra. Ana Paula Bonetti, Coordenadora-Geral de Educação da Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem. *(Palmas.)*

Sr. Hugo Marques, Coordenador de Práticas Corporais e Atividades Físicas na Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde. *(Palmas.)*

E o Dr. Moacir Silva Neto, Médico Especialista em Medicina Esportiva, Fisiatria e Concussão Cerebral. *(Palmas.)*

Obrigada. Grata pela participação e presença de vocês.

Lembro que cada expositor vai ter 15 minutos para fazer o uso da palavra.

Eu vou passar a palavra aqui para a nossa primeira expositora, que é a Dra. Ana Paula Bonetti, Coordenadora-Geral de Educação da Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem.

Seja bem-vinda, Dra. Ana Paula.

A SRA. ANA PAULA BONETTI (Para expor.) - Muito obrigada.

Bom dia a todos.

O "doutora" eu dispenso, deixo para os médicos e especialistas.

Quero dizer que é uma honra estar aqui como representante do Ministério do Esporte, como Coordenadora-Geral de Educação Antidopagem, mas também como atleta. Claro que não no nível da Senadora, mas como atleta e como beneficiária do exercício da medicina esportiva, que pude experimentar quando fazia atividade física, depois, no exercício, e, finalmente, no esporte, especialmente quando me preparei para as competições, quando, com o auxílio e assistência de

profissionais médicos do esporte e do exercício, pude entender e inclusive me aprofundar no conhecimento do que era a VO2, como o Dr. Kawazoe explicou, fazer testes, como a ergoespirometria, que mede a nossa capacidade, entender muito, especialmente por ser mulher, sobre déficit energético e também entender a importância, como disse o Dr. Fernando, sobre a especialidade do médico com RQE, porque, como falamos aí, temos muitos médicos, atualmente, dizendo que são médicos do esporte, mas sem a devida especialidade e sem o devido registro.

Então, como atleta, agradeço a atuação dos médicos do esporte, a preocupação, e passo aqui à minha fala, um pouquinho como representante do Ministério do Esporte e também como Coordenadora-Geral.

Nós temos visto que o Brasil vive uma profunda transformação na prática esportiva. Nunca nós havíamos percebido, até pelas mídias, tantos brasileiros que incorporaram a atividade física no seu cotidiano, que participam de eventos esportivos nos mais variados níveis e que também passaram a enxergar o exercício ou o esporte como instrumento de promoção da saúde e da qualidade de vida.

Essa transformação social, que está longe do ideal, como os nossos palestrantes falaram, encontra respaldo no ordenamento jurídico brasileiro, partindo da Constituição, que determina que é dever do estado fomentar as práticas esportivas.

E, depois, essa diretriz constitucional é aprofundada pela Lei Geral do Esporte, que adotou uma concepção um pouco mais ampla do esporte, para além do que o Dr. Fernando falou, num conceito legal de compreender toda atividade predominantemente física voltada à recreação, à promoção da saúde, ao alto rendimento ou ao entretenimento.

Então, ao fazê-lo assim, reconheceu que o esporte transcende o ambiente competitivo e integra, sim, as políticas públicas de saúde, de educação e de desenvolvimento social.

A Lei Geral do Esporte também evidencia a atuação médica em todas as etapas da vida esportiva.

A Lei Geral do Esporte divide o esporte em níveis: em esporte de formação, em esporte de excelência e em esporte denominado "esporte para a vida toda".

Em todos esses níveis, há a previsão de assistência médica aos atletas. No esporte de formação é exatamente nestes termos: assistência médica aos atletas em desenvolvimento. No esporte de excelência, há uma determinação de realização de exames médicos e de avaliações clínicas dos atletas profissionais. E, já no nível do esporte para toda a vida, há o reconhecimento da atividade física como um instrumento de promoção de saúde, de prevenção de doença, de reabilitação física e mental, e melhoria da qualidade de vida.

Essa é a perspectiva normativa, e aí eu me valido de dados do Ministério da Saúde.

O dado do relatório Vigitel (Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) indicou que a prática da atividade física vem crescendo. Entre 2009 e 2023, o percentual dos adultos que atingiram a recomendação mínima - e a recomendação mínima é, dentro do que o Dr. Fernando falou, de 150 a 300 minutos moderados - passou de 30,3% a 40,6%, o índice registrado de pessoas praticantes. O crescimento aconteceu em todos os grupos populacionais, mas especialmente entre as mulheres. Em 2009, éramos 22% das mulheres, ou seja, 22% das mulheres atingiam níveis recomendados; e, em 2023, aumentamos para 36%, é o maior incremento observado entre os gêneros. Isso é longe do ideal, novamente, mas um registro significativo desse aumento.

Outro dado relevante é que a expansão da prática esportiva concentrou-se, segundo esse relatório Vigitel, entre adultos de 35 a 54 anos, que é justamente a faixa etária que tem a maior prevalência de hipertensão arterial, de diabetes, obesidade e doenças cardiovasculares. Isso demonstra que a atuação da medicina esportiva vai muito além do acompanhamento de jovens atletas. Hoje, esses profissionais acompanham milhões de brasileiros - embora em pequeno número ainda, não é mesmo, Dr. Fernando? - que buscam envelhecer com saúde, prevenir doenças, controlar enfermidades, recuperar-se de lesões e retornar com segurança à prática esportiva.

Há um crescimento também - e aí a questão até do que o Dr. Rômulo falou sobre o exame de pré-participação -, um aumento, nos eventos competitivos, eventos esportivos competitivos. Um levantamento realizado por uma empresa especializada em eventos, referente a 2025 até agora, início de 2026, analisou 2,9 milhões de inscrições em mais de 3,5 mil eventos e revelou que as mulheres, novamente, passaram a representar a maioria dos participantes de eventos esportivos competitivos. A idade média dos participantes é de 38 anos; houve aumento da participação da geração Z; e mais da metade dos atletas já se deslocou da sua residência para participar em evento competitivo em outro estado.

Assim, os dados revelam que o esporte brasileiro é um fenômeno social cada vez mais amplo, cada vez mais diverso e intergeracional. Então, também cresce a demanda por profissionais capacitados para orientar essa prática segura da atividade física, avaliar os riscos, acompanhar os tratamentos e promover a saúde.

Nesse cenário, a medicina do exercício e do esporte assume um papel estratégico, e aí eu entro em um tema que é o meu dever de casa - minha chefe está presente aqui -, que é o que se torna cada vez mais importante quando a gente analisa o sistema mundial antidopagem.

Tanto o Código Mundial quanto o Código Brasileiro Antidopagem estabelecem expressamente a promoção da saúde do atleta como um dos pilares éticos e regulatórios de todo o sistema internacional de combate à dopagem. Para esse sistema, ao contrário do que a primeira vista possa parecer, o atleta não é apenas o competidor olímpico - como a senhora - ou o competidor profissional. O conceito é amplo e abrange atletas internacionais, nacionais, regionais, locais e também os atletas recreativos. Trata-se de uma escolha institucional clara: proteger a saúde de todos aqueles que praticam e competem no esporte, independentemente do nível competitivo.

A própria existência das políticas antidopagem decorre deste compromisso. Seu objetivo não é apenas impedir fraudes ou que os resultados sejam manipulados, mas assegurar que os atletas possam desenvolver seu potencial sem recorrer ao uso de substâncias ou métodos capazes de comprometer a sua saúde, como bem expôs o Dr. Kawazoe. Não por acaso, o espírito esportivo, que é um conceito estruturante do Código Mundial Antidopagem, coloca a saúde como o primeiro dos valores fundamentais promovidos pelo e no esporte. O código define o espírito como "a busca ética da excelência humana por meio do compromisso de aperfeiçoamento dos talentos naturais de cada Atleta", qualificando-o como "a celebração do espírito humano, do corpo e da mente". E quando eu falo em atleta - em todas as minhas ações educacionais, eu faço questão de frisar, porque às vezes as pessoas esquecem -, o atleta é qualquer atleta, independentemente do nível.

A preocupação com a saúde do atleta também orienta a elaboração de lista, da lista de substâncias e métodos proibidos no esporte da Agência Mundial Antidopagem. Para que uma substância ou método seja incluído na lista proibida, ela tem que preencher dois de três critérios. E a gente costuma sempre vincular, a comunidade em geral vincula à necessidade de aumento ou de melhora de *performance*, mas um dos critérios desses três é justamente a existência de evidências médicas, científicas ou farmacológicas de que o uso daquela substância ou daquele método representa um risco real ou potencial à saúde do atleta.

No sistema mundial antidopagem - e aqui eu entro num ponto que devemos trabalhar -, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e demais profissionais da saúde são classificados como pessoal de apoio ao atleta. Essa condição independe da existência de vínculo empregatício ou contratual formal, bastando que o profissional preste assistência, tratamento ou orientação ao atleta, segundo um conceito definido no próprio Código Mundial Antidopagem. Em razão da posição que os médicos ocupam, esse profissional também assume relevantes deveres éticos e responsabilidades. Entre eles, eles devem conhecer e cumprir as regras antidopagem; devem colaborar com programas de controle de dopagem; devem orientar os atletas que são seus pacientes quanto ao uso seguro de medicamentos; e, obviamente, não devem prescrever, administrar ou possuir substâncias proibidas ou métodos sem uma justificativa ou sem autorização de uso terapêutico que é concedida pela equipe do Dr. Kawazoe. A razão é simples: a influência do médico pode proteger a saúde do atleta ou pode colocá-la em grave risco.

É por isso que o sistema mundial prevê sanções, inclusive, muito severas, a médicos e demais profissionais de saúde que administram, prescrevem ou traficam substâncias e métodos proibidos no esporte. Atualmente, as penalidades podem variar de 4 a 30 anos de suspensão, além da obrigatoriedade de comunicação dos fatos às autoridades administrativas e judiciais e aos conselhos profissionais que regulam a disciplina.

Como mecanismo adicional de proteção, inclusive em relação ao pessoal de apoio ao atleta, a Agência Mundial Antidopagem mantém uma lista global pública, atualizada trimestralmente, contendo profissionais que foram condenados, que foram suspensos e impedidos, definitivamente, de atuar com atletas. Atualmente, existem 213 profissionais suspensos em todo o mundo, sendo 16 profissionais brasileiros. No âmbito da ABCD, aqui no Brasil, nós temos 13 médicos suspensos, definitivamente, por terem administrado substâncias proibidas, enquanto outros quatro já foram suspensos em primeira instância e aguardam julgamento de recurso.

Esses dados demonstram que a medicina esportiva ultrapassa o cuidado individual com o atleta; ela constitui instrumento essencial para além da promoção da saúde e da prevenção de doença, mas também da preservação da ética profissional e a proteção da integridade esportiva. Por isso, valorizar, reconhecer e fortalecer a medicina do exercício e do esporte significa investir simultaneamente na saúde pública, na credibilidade das competições, na segurança também das competições e no desenvolvimento de um ambiente esportivo mais seguro, mais ético e sustentável.

Muito obrigada. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF) - Obrigada, Ana Paula Bonetti.

É muito esclarecedor também, enfim, todo o trabalho que é feito pela Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem. E, assim, os números... A gente que é do alto rendimento, a gente tem essa questão da performance e a gente vê especificamente algumas modalidades em que, de fato, se usam substâncias que... Até porque são modalidades que lidam com o tempo, então, assim, cada centésimo, cada milésimo importa muito, às vezes, numa classificação ou em ganhar ou não uma medalha e realmente é muito importante essa função, não só a função da proteção ao atleta, mas a questão da ética profissional, que, graças a Deus, com a vinda dessa entidade, dessa instituição, ela veio para fazer esse controle, essa fiscalização tão presente no dia a dia das entidades e daqueles que regem o esporte. Então, parabéns pelo trabalho.

Eu vou passar a palavra agora para o Sr. Hugo Braz Marques, que é o Coordenador de Práticas Corporais e Atividades Físicas na Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. Seja muito bem-vindo, Hugo. Boa tarde.

O SR. HUGO BRAZ MARQUES (Para expor.) - Primeiramente, meus cumprimentos aos Srs. e às Sras. Parlamentares, aos representantes e às representantes da sociedade civil, das instituições e aos telespectadores e às telespectadoras.

Eu, neste momento, estou representando a Coordenação de Práticas Corporais e Atividade Física, que compõe o Departamento de Promoção da Saúde dentro da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. É importante demarcar, porque...

Antes de mais nada, também é importante reconhecer a contribuição histórica, científica e assistencial da medicina do esporte, da ciência do esporte para o desenvolvimento tanto do esporte de participação, que inclui a população de modo geral, mas também para os atletas de alto rendimento, com relação ao cuidado aos atletas, à prevenção de lesões, à reabilitação, à avaliação funcional, ao manejo clínico, a tudo relacionado ao exercício físico.

No Sistema Único de Saúde, por um levantamento que foi feito, nós encontramos que essa categoria profissional está mais inserida na atenção terciária, tanto nos hospitais universitários quanto no Instituto de Traumatologia e Ortopedia, no Rio de Janeiro. De modo geral, dentro do âmbito da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, em que eu estou inserido, o SUS tem o desafio de garantir para milhões de brasileiros, para além da especialidade, que eles tenham o acesso a direitos fundamentais, direitos sociais fundamentais, como saúde, lazer e também esporte.

Na Atenção Primária à Saúde, existem diversas iniciativas para a promoção de práticas corporais e atividade física. Especificamente, nos últimos 15 anos, o Programa Academia da Saúde tem promovido esse tipo de atividade. A gente tem percebido nos últimos anos... No último ano, foi o ano com o maior número de registros de atividades coletivas voltadas para práticas corporais e atividade física, não só por meio desse programa, mas na Atenção Primária de modo geral. E aí a coordenação inclui tanto práticas corporais quanto atividade física, dentro desse contexto em que estamos inseridos.

E as práticas corporais envolvem aspectos históricos e culturais de manifestações do movimento corporal humano. E aí inclui práticas como jogos, danças e aventuras. E, no outro polo, tem as atividades físicas que podem ser ou não estruturadas ou sistematizadas, como foi bem explanado na mesa anterior. E aí a atividade física, quando inclui algo sistematizado, vem com aqueles exercícios aeróbicos, de força, de resistência... E tudo isso acaba sendo promovido também a partir da atenção primária à saúde. A distinção é importante, porque, nesse escopo de promoção à saúde, nós não nos limitamos à prescrição de exercícios ou aplicação de conhecimentos puramente biomédicos. Acabam sendo valorizadas questões como a própria cultura, a convivência, a cidadania, a autonomia, o prazer, a participação social e o alcance dos direitos à saúde, ao lazer e do direito à cidade também, que está bem envolvido intersetorialmente.

Especificamente, esse Programa Academia da Saúde também está pautado em outros eixos para além da promoção de práticas corporais e atividade física, pensando nos determinantes sociais, e a produção de cuidado e modos de vida saudáveis são considerados, como a promoção de alimentação adequada e saudável, práticas integrativas e complementares em saúde, práticas artísticas e culturais, educação em saúde, planejamento em gestão, mobilização da comunidade, práticas antirracistas, territórios saudáveis e envelhecimento ativo.

Então, nesse sentido, as ações que ficam no escopo da Atenção Primária à Saúde não têm como enfatizar um protagonismo exclusivo de uma categoria profissional; suscitam sempre a interdisciplinaridade e a intersetorialidade também.

Como foi bem apresentado pela Dra. Ana Paula, os resultados do Vigitel apontam para que, no período de 17 anos, em tempo recente, que foi de 2006 a 2023, houve um incremento nos níveis de atividade física pela população brasileira adulta nas capitais brasileiras. E, aí, a gente precisa considerar que a gente não está levando em conta outras localidades que não têm acesso, que podem enfrentar barreiras de acesso numa medida diferente do que é visto nas capitais brasileiras.

Um dos indicadores que está presente no Vigitel se refere à atividade física praticada no tempo livre. E, aí, o que é tempo livre? A gente entende que os determinantes sociais envolvem uma série de questões para além do setor saúde e que nem todo mundo está no mesmo patamar de igualdade para alcançar o acesso a esses direitos, à fruição dos direitos de lazer, saúde, esporte e os demais.

A gente vê que o acesso a ambientes, com relação às condições crônicas não transmissíveis, que estão previstas no inquérito do Vigitel e que também foram abordadas aqui na mesa anterior, os ambientes, tanto ambientes alimentares quanto ambientes naturais ou construídos para o exercício de práticas corporais e atividade física, o acesso a eles não vai ser igualitário para todas as pessoas e que as populações que estão em maior vulnerabilidade social ou pessoas que são mais marcadas por opressões na nossa sociedade - pessoas negras, mulheres, embora no Vigitel a gente tenha visto que as mulheres passaram a ter um incremento na atividade física, mas, na comparação com os homens, diante do patriarcado, não estão num patamar de igualdade, pessoas com deficiência e pessoas com obesidade também - enfrentam barreiras, sejam barreiras atitudinais ou barreiras físicas. Então, é importante levar isso em consideração. O escopo da promoção da saúde precisa também se voltar para essas questões mais amplas.

Também precisamos pensar no paradoxo da atividade física. Por vezes, as pessoas estão precarizadas no mundo do trabalho e aí acabam tendo um alto deslocamento ativo, também têm um alto nível de atividade física laboral, mas será que isso está sendo saudável para elas? Estudos não têm apontado para isso. Tem estudos que correlacionam altos níveis de atividade física laboral à demência e a outras questões de saúde.

Com isso, as ações intersetoriais são fundamentais para a promoção do bem-estar social, entendendo que mobilidade urbana, segurança pública, cultura e diversos outros segmentos estão envolvidos também na determinação social do acesso às práticas corporais e à atividade física.

A gente entende as condições crônicas de saúde como algo que se manifesta biologicamente. É uma corporificação biológica do que está na estrutura da sociedade. E, aí, determinantes políticos, sociais, ambientais e culturais vão afetar grupos de forma desproporcional.

Nós trouxemos essa ampliação para além do componente biomédico, que tem sua importância, mas, dentro do escopo da atenção primária à saúde, a interlocução com as ciências sociais em saúde e com os determinantes também é fundamental. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF) - Obrigada.

Eu entendo perfeitamente o que o Hugo está falando, porque a gente debate muito isso aqui. Na questão do exercício físico, da atividade, existe essa barreira porque nós estamos falando de trabalhadores que acordam cedo, que pegam o metrô, pegam horas no trânsito, para chegar ao seu trabalho, e nesse retorno também a mesma dificuldade, as mulheres que têm dupla e terceira jornada...

Então, são inúmeros desafios dos quais a gente faz esse debate aqui, e a gente entende essa tentativa de dar esse acesso, por exemplo, tratando dos territórios, dos equipamentos, aqueles ao ar livre, do quanto a gente está estimulando isso, seja uma quadra de esportes, porque tem governos e governos... Aqui vocês estão representando o Governo Federal, mas existem os governos estaduais e os municipais. Qual é a prioridade desses governos, quando se trata de ofertar a possibilidade de um exercício físico? Não é a atividade; é o exercício físico.

Então, são inúmeros desafios sociais, econômicos e sociais e culturais que nós enfrentamos e que são barreiras que a gente tem que continuar tratando aqui, conversando, para que a gente possa, de alguma forma, trazer soluções.

Eu quero agradecer a participação dos dois aqui, que estão representando: a Ana Paula, pela ABCD, e o Hugo, pelo Ministério do Esporte. E já agradecendo também, hoje o atual Ministro é o Padilha, que é maravilhoso - mande um superabraço para ele.

Bom, vou passar a palavra para o nosso último expositor, que é o Dr. Moacir Silva Neto, Médico Especialista em Medicina Esportiva, Fisiatria e Concussão Cerebral.

Seja muito bem-vindo, Dr. Moacir.

O SR. MOACIR SILVA NETO (Para expor.) - É um prazer estar aqui em meio a todos os profissionais da minha especialidade, em medicina esportiva.

Eu quero agradecer ao Senador Esperidião Amin pelo convite de estar participando desta mesa e à excelente iniciativa da Senadora Leila, eu diria até histórica, no fomento da medicina esportiva, na nossa especialidade, e também pela grande vitória na formação da Universidade Federal do Esporte, que vai ter sua sede inicial aqui em Brasília. É um prazer enorme estar presente aqui nesta mesa.

Eu vou, também, trazer um pouquinho de uma discussão científica sobre a nossa especialidade médica, a Medicina Esportiva, e também sobre algumas questões políticas.

A nossa sociedade foi fundada em 1962 e é reconhecida como especialidade médica pelo CFM e AMB desde 1963, como muito bem exposto pelos excelentes médicos anteriores.

Eu sou médico especialista em Medicina do Exercício e do Esporte e fisiatra. Tive o prazer e o privilégio de ter, na minha primeira especialização em Medicina Esportiva, em 2003, o Prof. Kawazoe e também o Prof. De Rose como meus professores, e estou extremamente honrado em participar desta mesa com vocês.

Ao longo desses 23 anos atuando nessa área, eu me especializei também na Universidade de Pittsburgh, nos Estados Unidos, na área de concussão cerebral, que é o trauma de cabeça nesses esportes, principalmente esportes de contato. Para vocês terem uma ideia, a segunda lesão mais comum na prática do futebol é a concussão cerebral.

Eu me especializei também em Neurologia Comportamental e Testagem Cognitiva Computadorizada na Universidade de Melbourne e fiz um programa de pós-doutorado em Fisiatria e Neuromodulação na Universidade de Harvard.

Tive o privilégio de participar como membro da delegação médica de equipes brasileiras para eventos nacionais e internacionais.

Fui o médico responsável pelo programa de trauma de cabeça do Comitê Olímpico Brasileiro nos Jogos Olímpicos do Rio de Janeiro, em 2016, e também, recentemente, num evento aqui em nossa cidade - da Marcha Atlética, o Campeonato Mundial -, tive o prazer de ser médico da delegação brasileira, junto com o nosso atleta olímpico Caio Bonfim.

O que é a medicina do exercício e do esporte? Isso foi muito bem exposto já pelos palestrantes anteriores.

Este é um trabalho que foi publicado no *Jornal Britânico de Medicina* sobre o que é a medicina do exercício. É uma especialidade médica que estuda a gestão dos problemas médicos de pessoas que se exercitam em todas as idades e todos os níveis de participação - atletas amadores e de alto rendimento -, a fisiopatologia, biomecânica e a otimização do desempenho humano. E, uma coisa que eu vou repetir também - de novo, já foi citado pelos vários expositores anteriores - é a especialidade médica também que estuda o exercício como modalidade terapêutica no tratamento e prevenção de doenças e a promoção de saúde e prevenção de doenças ou lesões em nível populacional.

A medicina do exercício e do esporte dentro e fora do esporte. Eu vou comentar um pouquinho sobre essas duas atuações diferentes.

Hipócrates, que é considerado o pai da medicina, 400 anos antes de Cristo, trouxe esta frase: "Se pudéssemos dar a cada indivíduo a quantidade certa de nutrição e exercício físico, nem tão pouca e não muita, teríamos encontrado o caminho mais seguro para a saúde".

Sobre essa frase, que foi feita 400 anos antes de Cristo, mesmo com toda evolução da medicina ao longo desses anos todos, nada ainda consegue superar essa questão da alimentação e dos exercícios físicos na prevenção, na longevidade e na promoção de saúde de uma forma integral.

O Dr. Kawazoe citou vários dados estatísticos sobre a importância da aptidão cardiorrespiratória. São dados da Organização Mundial de Saúde: 3,2 milhões de mortes anuais são atribuídas à atividade física insuficiente. Isso representa uma em cada dez causas de mortes.

Eu costumo dizer para os meus pacientes que a doença é diferente de *performance*. Eu costumo falar para eles que um coração normal, sem doença nenhuma, pode ser muito fraco ou pode ser muito forte, e isso é aptidão cardiorrespiratória, que foi muito bem exposta pelo Dr. Kawazoe.

Os dados estatísticos de inúmeros estudos apontam que um coração fraco, independentemente de ser doente ou não, ele aumenta em 42% o risco de AVC, de 35% a 50% a incidência de câncer de mama, próstata e outros tipos de câncer também.

Teve um estudo que analisou mulheres que tinham um condicionamento classificatório excelente em relação a mulheres que tinham um condicionamento fraco, e a incidência de câncer reduziu em 50% nas mulheres que tinham um condicionamento excelente. E é reduzido em torno de 50% o risco de terem infarto as pessoas que têm um coração forte.

As canetas emagrecedoras estão sendo muito estudadas atualmente, e os dados estatísticos de alguns estudos mostram que elas reduzem em torno de 26% a incidência de eventos cardiovasculares graves. Ser bem condicionado reduz em 50%.

Os usos das estatinas, que servem para reduzir o colesterol, elas reduzem em torno de 20% a 30% a incidência de problemas cardiovasculares mais graves, e ser bem condicionado reduz em 50%.

Isso é extremamente importante, e chamam muito a atenção essas estatísticas.

Queria também levantar a questão da saúde mental e neurológica, que é hoje uma das maiores pressões globais.

Igual ao que o Dr. Kawazoe falou sobre as questões financeiras, sobre o impacto financeiro das doenças cardiovasculares, os transtornos mentais representam até 4% do PIB em perdas financeiras nos países. O *burnout* já é oficialmente reconhecido como um fenômeno ocupacional, e afastamentos por estresse, ansiedade e depressão vêm crescendo de forma consistente nos últimos anos, principalmente após a pandemia.

A atividade física - e vários estudos apontam isto -, ela é 1,5 vezes mais efetiva do que medicamento para redução de sintomas de depressão. Então, isso quer dizer que eu posso não usar o medicamento? Não, é importante a indicação psiquiátrica de alguns medicamentos, mas parte fundamental de primeira linha no tratamento de ansiedade e depressão é a atividade física, quando feita da intensidade certa, do jeito correto. O exercício aeróbico intenso é mais efetivo para essas condições do que o moderado e leve, por exemplo.

A prevalência de Alzheimer no Brasil é muito intensa e até um pouco maior do que nas Américas. Com 80 anos de idade, 20% das pessoas vão ter um diagnóstico de doença de Alzheimer, e isso tem um impacto muito grande econômico e para a saúde das pessoas.

Um coração muito forte reduz em 33% a incidência da doença de Alzheimer. Poucas coisas, medicamentos, hormônios, nada tem esse efeito tão significativo assim.

Ser bem condicionado protege o cérebro; então, você tem estudos, múltiplos estudos, que mostram que, ao ter uma força muscular alta, que são exercícios diferentes dos exercícios cardiorrespiratórios, você reduz uma média de 40% a incidência dessas doenças degenerativas cerebrais; e, com um condicionamento cardiorrespiratório alto, você reduz também em torno de 40%, de forma independente. Então, se eu treino só o meu coração, eu vou ter, nos exercícios aeróbicos que são mais importantes para isso, uma redução significativa de doença de Alzheimer e de outras demências, doenças neurodegenerativas. E, se eu treino também o meu músculo, eu também vou ter isso. O ideal é treinar os dois.

O exercício é o medicamento mais seguro, mais barato e também muito efetivo, e ele é prescrito por todas as especialidades médicas. Então, cardiologia, geriatria, neurologia, oncologia, pneumologia, ortopedia, a própria fisiatria, pediatria, todos dizem que o paciente precisa fazer atividade física. Então, o hipertenso tem que fazer atividade física, o obeso tem que fazer atividade física, o idoso também.

Esses são alguns dados aqui de Brasília - eu sou médico aqui em Brasília -, e existem aí 15 a 20 grandes linhas assistenciais que usam atividade física. O Hugo citou bem estes programas: Academia da Saúde, programas ligados à hipertensão, a diabetes, a saúde mental, saúde do idoso e do trabalhador, só que, infelizmente - e eu não entendo tão bem ainda por quê -, a medicina do exercício e do esporte não participa desses programas na linha de frente. Ela pode até ter participado como formação da teoria, das questões relacionadas ao uso do exercício nisso, mas você não vê médicos de esporte, do exercício e do esporte, atuando nessas linhas.

Esse é um princípio muito importante, que eu acho também antigo: o que não se pode medir, não se pode melhorar, e isso é um princípio em todas as áreas da medicina. Então, eu não sei se eu estou com pressão alta, até porque ela é assintomática na maioria das vezes, se eu não meço minha pressão. Eu não sei se eu vou estar com colesterol alto ou não se eu não faço exame de sangue e não meço o meu colesterol. Da mesma forma, também, a gente discutiu muito esta questão da avaliação pré-participativa. Então, das pessoas abaixo de 35 anos, cuja causa mais comum de morte súbita são doenças congênitas cardíacas, quem tem essas doenças, só em torno de 2% a 5% vão ter qualquer sintoma. Então, é um atleta novo, sem sintoma nenhum e, às vezes, até o exame médico não tem nenhuma alteração, e ele tem a doença que pode gerar morte súbita. Se a gente não medir, a gente não tem como avaliar e tratar isso.

Então, a nossa especialidade médica, a medicina do exercício e do esporte, é a especialidade médica que estuda esse medicamento que é mais prescrito por todas as outras especialidades, e, com todo respeito a todas as outras especialidades, nenhuma delas tem como foco o estudo desse medicamento. Todas prescrevem de uma forma sem muito embasamento, sem muito conhecimento disso. Então, a especialidade médica que estuda isso é a medicina do esporte. A gente estuda o tipo de exercício, a frequência, a dose específica para melhorar o desempenho dos diversos esportes. Então, um atirador vai precisar fazer exercícios diferentes de um atleta de atletismo que vai correr uns 100m. Então, esse tipo de exercício para melhorar aquela *performance* e também prevenir as lesões que são mais comuns em cada esporte é uma especialidade que estuda isso. E também estuda o tipo do exercício, a frequência e a dose específica desse medicamento para o tratamento dos mais diversos problemas de saúde. Então, foi citada aqui a intensidade dos exercícios, que muda de uma pessoa para outra, e, para uma pessoa muito sedentária e idosa, às vezes uma caminhada já vai ser o suficiente para ela estar sinalizando no coração dela que ela precisa ficar mais forte, enquanto, para a maioria das pessoas, a caminhada não vai exercer esse efeito. Se eu quero melhorar o colesterol de um paciente, ele não vai fazer uma intensidade tão intensa, ele vai fazer, às vezes, uma dose mais baixa, que vai dar tempo para o organismo usar o colesterol para produzir energia, para o músculo contrair, e vai ter uma melhor resolução da parte mitocondrial, metabólica, do que um exercício muito intenso, enquanto para a saúde mental, por exemplo, o mais importante são exercícios mais intensos. Então, esse estudo desse medicamento específico é a especialidade que faz - esse tipo de monitoração, de exames e de recomendações. Ligando aí também essa questão da dipirona, a dipirona é um dos medicamentos mais prescritos no Brasil para dor, febre, etc. A dose habitual é 1.000mg, 1g de até seis em seis horas quando a pessoa tem dor ou febre, etc. Aí uma pergunta que eu faço: 1mg de dipirona teria algum efeito para controlar a febre de uma criança ou de um adulto, enquanto a dose preconizada é 1.000mg? É a

mesma questão o exercício físico: não adianta eu usar um exercício leve demais para uma condição em que a pessoa já até faz no dia dela - andar para o estacionamento, voltar para casa, para o trabalho... Se eu não tenho uma dose adequada, eu não vou ter o efeito desejado desse medicamento.

E eu acho que esbarra um pouco... Essa a falta da participação do médico do esporte nesses programas de fomento à atividade física eu acho que cai um pouquinho também nessa Classificação Brasileira de Ocupações. Existe um código para praticamente todas as especialidades médicas dentro da Classificação Brasileira de Ocupações. A lista é enorme. Existe, dentro dessa classificação, médico fisiatra, que é uma das minhas especialidades.

Eu tive a felicidade de ter essa especialidade também quando eu comecei a minha carreira médica em Brasília: 18 anos atrás, quando eu voltei das minhas especializações, eu comecei a praticar a medicina aqui em Brasília e eu consegui me inscrever num concurso público da Secretaria de Saúde do Distrito Federal como médico fisiatra. E atuei dez anos, no hospital de base e no HRAN, como médico fisiatra. E isso foi extremamente importante no começo da minha carreira médica e também pude contribuir muito na fisiatria, na rede pública.

Só que mesmo passando todos esses programas e todas especializadas, não existe, na Classificação Brasileira de Ocupações, nenhum código de ocupação para medicina do exercício do esporte. Então, eu vivo e trabalho aqui em Brasília já há 20 anos, e até hoje nunca tive oportunidade de fazer um concurso público para médico do esporte na Secretaria de Saúde, por exemplo.

Então, todos esses programas que são fomentados em nível federal e também aqui no Distrito Federal e no nível estadual, nenhum deles consegue às vezes... Às vezes nem é falta de interesse ou por não ver a medicina esportiva como algo importante; às vezes esbarra também nessa questão de simplesmente ter um código na Classificação Brasileira de Ocupações. Eu acho que seria extremamente importante para a nossa especialidade ter isso. Isso aumentaria muito a possibilidade da participação do médico do esporte; de o médico que fez a residência e está começando a sua carreira médica na área da medicina do exercício poder participar desses programas.

Então, a especialidade médica nossa, na medicina do exercício do esporte, vai estudar realmente a frequência, a intensidade e o tipo de exercício para todas as áreas da medicina. E ela precisa estar junto a esses programas que usam esse medicamento, mas que não têm ainda a especialidade médica que estuda isso.

Era isso que eu queria pontuar aqui. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTE (Leila Barros. Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) - DF) - Obrigada, Dr. Moacir Neto. Depois eu vou fazer uma consulta com você, inclusive, já que você é de Brasília. *(Risos.)*

E, olha, agradeço ao Esperidião. O Senador Esperidião Amin está sempre muito antenado, é muito participativo e sempre dá boas dicas de profissionais, de expositores, para as nossas audiências. Então, quero agradecer a ele e à equipe dele e a sua presença, sua participação aqui, Dr. Moacir.

Olha, a gente avançou um pouquinho o horário, eu quero pedir desculpas aos nossos expositores, aos que estão acompanhando a nossa audiência pública, assim como aos servidores da Casa.

Agradeço mais uma vez a participação, digamos, desse timaço que nós tivemos hoje aqui - vou falar assim, na linguagem do voleibol, tá? -, desses especialistas da nossa medicina, do exercício e do esporte. Quero agradecer a presença de vocês, agradecer também aos representantes aqui da ABCD e também do Ministério da Saúde, do Governo Federal.

E queria dizer que o debate se iniciou aqui, mas nós vamos ter outras oportunidades, certamente, como já falei, para tratar de orçamento, tratar dessas políticas realmente, de fato, voltadas à promoção da saúde, do bem-estar de toda a nossa população, desde a primeira infância até a faixa mais idosa, porque eu acho muito importante a gente trazer esses especialistas para conversar e tratar com muita responsabilidade isso.

Gente, eu vou, antes de encerrar, aprovar a nossa ata.

Eu submeto à deliberação do Plenário a dispensa da leitura e a aprovação das Atas das 8ª e 9ª Reuniões, realizadas respectivamente nos dias 10 e 23 de junho deste ano, 2026.

As Sras. Senadoras e os Srs. Senadores que aprovam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)*

As atas estão aprovadas e serão publicadas no *Diário do Senado Federal*.

Mais uma vez, eu quero agradecer a participação de todos nesta incrível audiência.

Nada mais havendo a tratar, eu agradeço a presença de todos e declaro encerrada a presente reunião.

Muito obrigada e boa tarde a todos. *(Palmas.)*

(Iniciada às 10 horas e 22 minutos, a reunião é encerrada às 12 horas e 54 minutos.)