



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

05/11/2015 - 102ª - Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Quero dar um bom-dia a todos!

Declaro aberta a 102ª Reunião, Extraordinária, da Comissão Permanente de Direitos Humanos e Legislação Participativa do Senado Federal da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura.

A presente reunião destina-se à realização de audiência pública, nos termos do Requerimento nº 165, de 2015, da CDH, de minha autoria e do Senador Paulo Paim, para debater sobre as estratégias e políticas públicas de prevenção ao suicídio e de promoção da vida.

Essa audiência pública será realizada em caráter interativo, com a possibilidade de participação popular. Por isso, as pessoas que têm interesse em participar com comentários ou perguntas podem fazê-lo por meio do Portal e-Cidadania, por meio do *link* www.senado.leg.br/ecidadania e do Alô Senado, através do número 0800 612211. Então, repetindo: as pessoas podem participar de forma interativa com comentários ou perguntas, podemos fazê-lo por meio do Portal e-Cidadania, cujo *link* é www.senado.leg.br/ecidadania, e do Alô Senado, através do número 0800 612211.

Vou chamar os nossos convidados para tomarem assento à Mesa: Sr. Lúcio Costa, Assessor de Saúde Mental da Secretaria Especial de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos.

Convido o Sr. Marcelo Tavares, Professor do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, UnB.

Convido a Srª Olga Oliveira, médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Secretaria de Estado de Saúde do DF.

Convido o Sr. Vitor Barros Rego, psicólogo e representante do Conselho Federal de Psicologia, CFP.

Tenho a honra, também, e o prazer de convidar o Dr. Mario Antônio Crispim, psiquiatra da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal - quem sabe, seja o nosso futuro Coordenador de Saúde Mental do DF. Esperamos que ele atenda esse apelo do GDF para nos ajudar nessa área.

Quero informar-lhes que hoje acontece um grande Congresso de Psiquiatria em Florianópolis, portanto na mesma data de nossa audiência pública. Lamentável coincidência, porque não tivemos como mudar a data de nossa audiência. Caso houvesse essa possibilidade, claro que a teríamos mudado, para que não houvesse coincidência com esse importante Congresso de Psiquiatria, essa importante discussão que acontece em Florianópolis, daí por que alguns convidados não puderam estar hoje aqui conosco, atendendo ao nosso convite.

Ano que vem, provavelmente no primeiro semestre, realizaremos outra audiência pública com o mesmo tema, oportunidade em que esperamos dar sequência ao debate que se inicia hoje. Consequentemente, estaremos contando com as presenças do Sr. Antônio Geraldo, Presidente da ABP; da Srª Eveni Meireles, representante do Setor de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde; a Srª Olga Oliveira está aqui. Então, há mais algumas ausências.

Por favor, eu queria que a Comissão me passasse os nomes das pessoas que haviam sido convidadas e não puderam vir, para que, no primeiro semestre de 2016, possamos dar sequência a esse trabalho que hoje iniciamos, pois alguns lamentaram muito, mas já haviam se comprometido com o convite como palestrantes em Florianópolis no dia de hoje.

Vamos então, aos convidados: Dr. Antônio Geraldo, eu já mencionei; Dr. Marcelo está aqui conosco; Dr^a Eveni não veio, mas foi convidada, representando o Setor de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde; o Dr. Lúcio Costa está aqui com a gente; o Dr. Volnei Garrafa também não pôde vir, mas veio o Marcelo; a Dr^a Olga já está aqui conosco; a Dr^a Alexandrina Maria Augusta da Silva Meleiro - até falei com ela; ela queria muito ter vindo, mas por causa desse compromisso em Florianópolis, ela não teve como desmarcar. E a Dr^a Ana Beatriz Barbosa, Psiquiatra, autora do livro *Mentes Perigosas*. Portanto, entraremos em contato com essas pessoas, ratificando o convite para uma outra audiência pública, no segundo semestre, sobre esse importante tema.

Eu gostaria de proferir algumas palavras nesta audiência. Antes disso, eu queria citar a presença do Helvécio, que é o Presidente do Conselho de Saúde do Distrito Federal, e agradecê-lo pela presença. Também agradeço a presença do nosso querido Carrusca, que é do Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal.

Quero dizer que, ao final de todo o trabalho - ainda devem chegar bastantes pessoas -, a gente abrirá a fala para até cinco intervenções, no máximo dez, dependendo da concorrência, para o público. Isso depois que cada palestrante fizer sua apresentação e depois de questionamentos de algum Parlamentar. Aí sim abriremos esse tempo de cinco minutos ou, no máximo, 10, para as interpelações. Depois, passaremos para as considerações finais. O.k.? O ritmo de trabalho aqui será esse, delimitado em cinco minutos.

O primeiro inscrito é o Dr. Edmar Carrusca. Caso outras pessoas queiram se inscrever, ainda há quatro oportunidades de inscrição. Basta procurar o Secretário da Comissão.

Vamos, então, à audiência pública sobre estratégias e políticas públicas de prevenção ao suicídio e de promoção da vida.

Quero, inicialmente, agradecer profundamente ao INASP - Instituto Nacional de Saúde Psíquica -, que cuida da saúde mental, pelo empenho de toda a diretoria do INASP, com relação a esse trabalho aqui no Distrito Federal. Quero agradecer à Dalzi, que é minha Assessora, e trabalha junto com o INASP, é fundadora do INASP, pelo empenho, dedicação, promoção, pelo trabalho nessa área tão importante que é a prevenção ao suicídio e promoção da vida.

Temos conhecimento de quantas pessoas são acometidas, até entre nossos familiares, nossos conhecidos dia a dia, por essa questão. Então, sabemos da importância capital sobre o que vamos tratar aqui, porque se mexe com a vida, com o dom maior que Deus nos deu: a vida.

As pessoas não podem dispor da vida pura e simplesmente, como tem ocorrido, por falta de perspectiva ou algumas outras questões que os técnicos, aqui, melhor abordarão para nós. Então, quero agradecer ao INASP e às outras pessoas que se empenharam para a realização desta importante audiência pública.

O que nos reúne hoje é um tópico da mais alta relevância para a saúde pública, paradoxalmente, porém, muito pouco discutido. Ainda nos dias de hoje o tema suicídio é objeto de grande repulsa. No entanto, essa aversão, infelizmente, somente reforça preconceitos variados que em nada contribuem para o aprimoramento do debate sobre as políticas de prevenção e de assistência às famílias.

Dados da Organização Mundial da Saúde mostram que, somente no Brasil, houve quase 12 mil suicídios em 2012. Isso significa que, a cada dia, 32 brasileiros ou brasileiras decidiram pôr fim às suas vidas. Vou repetir: a cada dia, 32 brasileiros ou brasileiras decidiram pôr fim às suas vidas. Doze mil suicídios em 2012 - isso é um número alarmante. O número já é preocupante em si, mas há tendência de agravamento. Entre 2000 e 2012, a quantidade de mortes voluntárias aumentou 10,4%. Nos últimos 20 anos, o suicídio cresceu 30% entre os brasileiros com idade de 15 a 29 anos, e virou a terceira maior causa de morte nesse grupo, atrás apenas dos acidentes e dos homicídios.

No mundo todo os dados também assustam: são mais de 800 mil suicídios por ano. Um a cada 40 segundos - um suicídio a cada 40 segundos. A OMS estima que haverá 1,5 milhão de mortes anuais por esse motivo até 2020. Muitos já falaram, mas é preciso repisar: vivemos uma epidemia silenciosa. Vivemos uma epidemia silenciosa. De fato, é uma epidemia que está afetando muita gente próxima da gente. Daí a importância de a gente estar aqui, conversando sobre o tema.

Senhoras e senhores, as peculiaridades do nosso País ajudam a recrudescer um cenário já desastroso. Faltam políticas públicas efetivas de prevenção ao suicídio. Apesar dos avanços recentes relacionados à expansão da Rede de Atenção à Saúde Mental, ainda não podemos dizer que estamos preparados para escolher os potenciais casos de risco de morte. Os profissionais não dispõem da estrutura necessária para tratar as pessoas com transtornos mentais, como os depressivos graves, os esquizofrênicos e os dependentes de droga - esses que representam boa parte daqueles que cometem suicídio e que, portanto, precisam ser amparados pelo Sistema de Saúde Pública no Brasil.

Para piorar, domina em nosso País uma cultura de silêncio em relação ao suicídio. Tabu, estigma, vergonha - tudo isso contribui para um contexto social que tende a penalizar aqueles que tiram suas próprias vidas. As pessoas se esquecem de que, para que alguém chegue a esse ponto, o nível de sofrimento psíquico alcançou o intolerável. Até esse momento decisivo, contudo, temos diversas oportunidades para salvar uma vida. É nelas que devemos focar nossos esforços.

Por esse motivo, alegro-me ao receber os debatedores e o público aqui presentes. Reduzir o suicídio, meus caros, é um desafio coletivo que precisa ser colocado em pauta. Hoje damos mais um passo nessa direção.

Bom debate a todos.

Passo a palavra, agora, ao nosso primeiro debatedor... Vamos fazer uma combinação aqui com eles próprios para vermos qual será a melhor sequência. *(Pausa.)*

Pessoal, dando sequência, então, vamos passar a palavra ao Dr. Lúcio Costa, no tempo de dez minutos. Eu avisarei V. S^a ao tempo de nove minutos, com um toque de campainha, Dr. Lúcio. Mas se V. S^a precisar de mais cinco minutos, nós os concederemos.

Concedo a palavra ao Sr. Lúcio Costa com a palavra, Assessor de Saúde Mental da Secretaria Especial de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos.

Por favor, Lúcio.

O SR. LÚCIO COSTA - Bom dia a todos e a todas!

Quero cumprimentar o Senador Hélio José, na pessoa de quem cumprimento toda a Mesa. Aproveito, Senador, para trazer os cumprimentos da nossa Ministra Nilma Lino e do nosso Secretário Especial de Direitos Humanos Rogério Sottili.

Bem, a fim de otimizar minha fala, eu vou focar em algumas reflexões que fiz e escrevi. Para explicar o contexto, eu estou na Secretaria de Direitos Humanos e, lá, sou responsável pela área de Coordenação de Direitos Humanos e Saúde Mental. Portanto, é desse lugar que eu falo, discutindo sobre a saúde mental na perspectiva dos direitos humanos.

Acho que discutir qualidade de vida, discutir atenção psicossocial, fundamentalmente, passa por uma das redes de grande relevância que nós temos e conquistamos no País, que é a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Então, quero fazer alguns comentários e pautar minha fala sobre essa Rede que nós temos hoje e o quanto essa Rede é potente para contribuir com a prevenção e com a promoção de saúde para as pessoas.

Peço licença para fazer uma leitura - embora farei alguns comentários - a fim de otimizar o tempo.

É importante que a gente tenha clareza que o discurso popular sobre as pessoas que cometem ou tentam cometer o suicídio ainda é de culpabilização da pessoa, adjetivando-a como fraca e incapaz de resolver as suas questões conflitivas. Em outras palavras, o suicídio é tratado como sendo de responsabilidade individual.

Um fator importante a ser considerado é que há pouco debate sobre o suicídio; há um tabu a ser quebrado sobre essas questões. De fato, para discutir suicídio... Hoje a sociedade tem medo de discutir suicídio porque ainda ronda a sombra, o fantasma de que falar em suicídio pode fazer com que seja estimulado o suicídio em determinadas populações, em determinadas condições. Isso é um mito que tem de ser quebrado e deve, portanto, ser superado.

Na maioria dos casos em que a imprensa cobre os episódios de suicídio, trata da questão de maneira superficial, em que o foco, de maneira predominante, destaca os problemas individuais daquela pessoa - seja o seu envolvimento com o uso de drogas, seja por conta de uma patologia adquirida por aquela pessoa, a exemplo da depressão -, e não contextualiza sobre as alternativas de prevenção que poderiam ter sido adotadas para a promoção de saúde, reforçando, portanto, as fraquezas daquela pessoa e, novamente, culpabilizando-a e atribuindo-lhe a responsabilidade de uma maneira individual.

Ainda sobre os veículos de comunicação, é impensável que o suicídio seja tratado de maneira desconectada das políticas de prevenção. O suicídio não pode ser tratado como uma notícia qualquer, que, em muitos casos - quando cometido, por exemplo, por uma celebridade -, é explorado com a finalidade de alcançar altos pontos de audiência. Vários são os casos em que, quando alguma celebridade, alguma pessoa do meio artístico comete suicídio, isso é tratado pela imprensa de maneira especulativa. Em muitos casos, ela não está associada a um debate mais profundo, uma reflexão mais profunda sobre essas questões.

É importante que a gente lembre que os veículos de comunicação, principalmente os televisivos, são uma concessão pública. Portanto, têm de tratar a questão com informações que subsidiem a reflexão daquele telespectador, daquela pessoa que, então, assiste àquele programa, àquele notícia.

Algumas questões não podem ser desconsideradas para a gente pensar em saúde mental, para gente pensar na prevenção do suicídio. E essa eu queria apontar aqui.

É importante que se destaque que nós vivemos em uma sociedade cada vez mais individualizada, com relações frágeis, onde as impotências são cada vez mais rechaçadas. Cada vez mais nos é cobrado que sejamos potentes, produtivos, imbatíveis e certos de rumos em que nos levam à felicidade plena. Vivemos em uma sociedade que formata os nossos desejos e que contrapõe à singularidade das pessoas.

Isso tem se refletido de maneira muito gritante em setores dentro do Congresso Nacional, na medida em que há grupos dentro do Parlamento que reivindicam por leis, que formatam, por exemplo, a maneira de como amor pode se manifestar, como se isso fosse possível, como se o sentimento tivesse um formato, uma lei ou regras predefinidas e somente as pessoas que seguirem aquelas leis predefinidas tivessem o direito de amar e de se relacionar afetivamente com outra pessoa.

Vivemos uma sociedade que não assume a existência do racismo e que, por consequência, não estabelece empatia com as pessoas vitimadas, a cada segundo, em nosso País com a sua prática desumanizadora. Incentivamos, cada vez mais, o conflito entre policiais e pessoas que, por algum motivo, cometeram um crime, dividindo, em uma perspectiva Poliana de sociedade, o herói e o vilão, sendo que, nesse conflito, o incentivo e a demanda que a sociedade traz hoje, para que a polícia mate mais e que bandido tem que morrer, aumenta o conflito e a tensão dessa sociedade na qual nós vivemos e que, portanto, desconserta a possível harmonia social.

Tanto a pessoa que, porventura ou por alguma condição, comete um tipo de crime quanto o policial que combate o crime estão em situações de vulnerabilidade. O perfil do policial hoje, que está na ponta, é um policial que geralmente é jovem, é negro e tem uma condição de vida muito frágil, tão quanto àquela pessoa que ele está, enfim, com a incumbência de enfrentar. E existe um clamor social muito grande para isso.

Vivemos em uma sociedade em que o consumo desenfreado está diretamente associado ao alcance da felicidade, sendo que aquele que não consome não acessa sentidos da chamada felicidade. O ter tem atravessado de maneira impiedosa a possibilidade do ser.

Resgatando aqui uma reflexão do Bauman, um sociólogo polonês, ele aponta que as nossas relações estão cada vez mais flexíveis. Em outras palavras, nos diz que as nossas relações estão líquidas, sem sustentabilidade, e a consequência disso é a ruptura com a possibilidade de desenvolvermos empatia com o outro. Somos conduzidos a desconsiderar o sofrimento, as tristezas, as fragilidades, a impotência. Somos induzidos a sobrepor os nossos problemas de maneira superficial, e os problemas sociais, sobre esses não nos é dado tempo para pensarmos.

Parafraseando Bauman, vivemos em uma multidão de solitários e temos acentuado o viver nesse sentido. Isso tem consequência: a diminuição da contratualidade social.

É importante que a gente frise, acho que eu estou dentro do meu tempo ainda...

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Posso te dar mais cinco minutos.

O SR. LÚCIO COSTA - Obrigado, Senador.

Então, eu vou explicar e refletir com vocês o que significa essa contratualidade social. Toda pessoa em sofrimento profundo, que desenvolve algum transtorno, por exemplo, não necessariamente que desenvolva algum transtorno, mas em sofrimento profundo ou que faz uso problemático drogas tende a reduzir a sua contratualidade social. Isso significa dizer que os laços sociais dessa pessoa tendem a diminuir. Então, ela tende a, por exemplo, perder o emprego, deixar de se relacionar afetivamente com quem se relacionava anteriormente, perder o seu círculo de amizades, portanto, a contratualidade social dessa pessoa tende a se reduzir.

Nós temos que pensar, então, em uma perspectiva de prevenção, de bem-estar e de promoção à saúde, cujo caminho é ampliar a contratualidade social dessa pessoa, desse indivíduo que está em situação de sofrimento profundo. E para isso, agora eu quero focar minha fala, há uma conquista, que é a Rede de Atenção Psicossocial no nosso País.

(Soa a campanha.)

O SR. LÚCIO COSTA - Para isso, é importante a gente reviver um passado que, para nós, é lamentável, mas que superamos em parte, mas ainda há resquícios desse passado. Por mais de 200 anos, no Brasil, de maneira hegemônica, nós vivemos uma forma opressiva e, por consequência, segregativa na forma como tratávamos as pessoas em experiência de sofrimento psíquico.

Na década de 80, por exemplo, tínhamos mais de 100 mil leitos em hospitais psiquiátricos. Até o final da década de 90, quando se pensava em ações para o cuidado em saúde mental, todo investimento feito era na figura do hospital psiquiátrico como sendo o espaço privilegiado para a promoção de saúde.

Só para você tenham uma ideia, em 1996, 93% dos recursos federais investidos na atenção à saúde eram destinadas aos manicômios. Partindo do entendimento de que o sofrimento fragiliza e diminui a contratualidade social das pessoas, não poderia ser possível pensar em políticas públicas que agravassem e diminuíssem ainda mais a contratualidade social do indivíduo, prática primária das instituições asilares.

Isso significa dizer que, hoje, num passado recente, nós tínhamos como ponto de atenção à saúde mental, única e exclusivamente, eram poucas as iniciativas no País que tratavam a saúde mental por outra perspectiva, mas a perspectiva predominante era o manicômio, era hospital psiquiátrico. Se nós falamos que a pessoa em sofrimento profundo, e sofrimento psíquico profundo tende a fragilizar a sua contratualidade social, o hospital psiquiátrico agravava mais esse cenário, uma vez que apartava esse indivíduo dos seus laços sociais e o excluía dentro de um manicômio.

Nesse sentido, pensar a saúde mental significa pensar, em primeiro lugar, a produção de cidadania, a produção de direitos. Sem cidadania e sem direitos não é possível ter saúde mental. Portanto, o maior desafio posto frente às políticas públicas, principalmente depois da Constituição de 1988, é o de pensar saúde de maneira intersetorial e não mais como um processo que se alcança com intervenções, sejam cirúrgicas ou medicamentosas no indivíduo.

O limite que nós trabalhávamos ou trabalhamos por mais de dois séculos no Brasil era de que o indivíduo apresentava um quadro distorcido e que uma intervenção, seja medicamentosa, de isolamento, faria com que aquele indivíduo recuperasse a sua razão, a sua condição de viver socialmente. Essa tese foi derrubada no País. É nessa direção que hoje temos uma Rede de Atenção Psicossocial, com premissas claras sobre a produção de saúde, sustentadas na garantia de direitos e na produção de cidadania.

Se antes, na lógica manicomial, tínhamos um *modus operandi* à exclusão da pessoa com transtorno mental, as diretrizes da RAPS, da Rede de Atenção Psicossocial, superam esse momento sombrio em que vivíamos no passado com os manicômios.

Eu tenho aqui a Portaria nº 3.088, mas eu não vou ler as diretrizes, porque senão vai tomar muito tempo, mas, para quem não conhece é importante que conheça a Portaria nº 3.088, de 2011 do Ministério da Saúde, que traz diretrizes sobre a superação desse modelo manicomial, colocando princípios claros de como a produção e as estratégias de saúde mental devem se desdobrar no País.

Então, sustentadas nessas premissas da Portaria nº 3.088 que o Brasil superou a lógica manicomial que ainda resiste em reivindicar retrocessos ao som de algumas organizações, grupos e empresários. É importante que se diga que grupos empresariais ganharam muito dinheiro com o sofrimento humano, com o isolamento de pessoas. A doença, principalmente a loucura, ela foi muito lucrativo no nosso País e, ainda hoje, há vozes que reivindicam o retorno desse passado já superado. É importante que a gente tenha claro isso, porque toda estratégia, toda política de prevenção e de promoção à saúde, deve se desenhar em premissas fundamentais, como o respeito aos direitos humanos e à produção de cidadania.

Se até o final da década de 80 tínhamos, de maneira insignificante, equipamentos de saúde mental para além dos hospitais psiquiátricos, atualmente essa não é mais a nossa realidade. Saímos de 148 CAPS, em 1998, por exemplo, para, aproximadamente, 2.300 CAPS em 2015.

Há uma classificação feita pelo Ministério da Saúde para dizer se a cobertura de CAPS principalmente é boa ou é ruim. Então, eles colocam que, abaixo de 0,20 CAPS para 100 mil habitantes é uma cobertura ruim; e de 0,70 para cima é uma cobertura muito boa. O Brasil, hoje, conta com a cobertura de CAPS de 0,86. Então, nós avançamos significativamente na substituição dos manicômios por uma rede ampla e comunitária de atenção à saúde mental, que tem como tem premissa a garantia de direitos e à produção de cidadania.

Em 2002, vou finalizar aqui, tinha mais algumas coisas para falar, mas acho que, no debate, talvez, a gente dê continuidade nisso, mas só para registrar, que, em 2002, o investimento nos CAPS era de aproximadamente R\$170 milhões. Até o final de 2014, o índice de investimentos nos CAPS, principalmente, chegou R\$950 milhões. Então nós tivemos um avanço significativo na cobertura dessa rede ampla e comunitária para pensar a saúde mental.

Para concluir, quero dizer que eu acho que é um esforço que nós temos que fazer como sociedade. Pensar no suicídio, inevitavelmente nós temos que pensar na produção do sofrimento. E pensar na produção sofrimento significa pensar sobre os nossos conflitos sociais.

Bom, acho que no debate a gente vai ter oportunidade de continuar um pouco mais essa reflexão. Eu queria agradecer, Senador, e seguir à disposição aqui para contribuir no debate.

Muito obrigado. (Palmas.)

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Agradeço ao Lúcio, ao tempo em que solicito, se possível, que V. S^a nos fornecesse cópia de sua fala para que possamos disponibilizá-la aos membros da Mesa. Para aqueles que também a quiserem, basta procurar a Secretaria.

Passo a palavra ao nosso querido Marcelo Tavares que terá, inicialmente, 10 minutos, mas se for preciso, daremos mais cinco. Marcelo é Professor do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB).

Antes, porém, eu queria registrar e agradecer a presença do nosso Senador José Medeiros, do Estado do Mato Grosso. Na hora em que V. Ex^a quiser falar, Senador, basta sinalizar, não tem problema algum, que eu lhe passarei a palavra para debater sobre esse importante tema que é o suicídio.

Passaram por esta Comissão a Senadora Maria do Carmo e outros Senadores também.

Seja bem-vindo, Senador! Muito obrigado.

Marcelo com a palavra.

O SR. MARCELO TAVARES - Muito obrigado, Senador Hélio José. Muito obrigado, também, Lúcio Costa, pelas palavras, com as quais concordo plenamente. Muito importante.

Um pouquinho da minha história para situar de onde venho e o lugar dessa fala que trago a vocês.

Eu participo de um grupo, no Brasil, hoje, que está trabalhando pela Fundação da Associação Brasileira de Prevenção do Suicídio. Como psicólogo, sou membro Conselho de Psicologia e, também, de associações internacionais, a Associação Americana de Prevenção do Suicídio, a Associação Internacional de Prevenção do Suicídio e a Associação Americana de Psicologia, como membro internacional.

Desde 1995, coordeno o Núcleo de Prevenção do Suicídio e o Núcleo de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB).

Em 2005, participei do grupo do Ministério Saúde que definiu as diretrizes nacionais de prevenção do suicídio, que foram publicadas em 2006 e, a partir de 2011, em parceria com Distrito Federal, com a direção, com a diretoria de Saúde do Distrito Federal, participei em vários trabalhos que culminaram na publicação este ano do Plano de Prevenção do Suicídio do Distrito Federal, Plano Distrital de Prevenção do Suicídio e, assim, o Distrito Federal se tornou a primeira unidade federativa brasileira a ter um plano de prevenção do suicídio oficialmente publicado em *Diário Oficial*.

Este breve cenário é para dizer que a prevenção do suicídio hoje, olhando para o cenário internacional, pode ser vista como uma ciência, com uma maturidade relativamente importante, em que vários conhecimentos importantes já foram estabelecidos. Um deles, por exemplo, envolve essa questão do tabu e da comunicação sobre a questão do suicídio.

Mas sabemos, também, que falar do suicídio, de qualquer modo, é, potencialmente, perigoso razão pela qual as grandes mídias fizeram a opção para não tocar nesse assunto, só quando, realmente, não tem como evitar, quando é, por exemplo, o suicídio de uma celebridade.

Existem mecanismos para determinar e instruir a maneira correta de se comunicar sobre suicídio. A prevenção de suicídio com jovens, por exemplo, não deve ser feita falando de suicídio, porque isso, já foi comprovado, induz risco. É muito mais importante que se aborde, na juventude, em termos preventivos, questões de como se lidar com problemas significativos da vida. Nós temos isso, hoje, desenvolvido, nessa área, com crianças e adolescentes, que são sobre a comunicação de habilidades sociais e emocionais, o desenvolvimento de habilidades emocionais, sociais.

Temos, em Sobradinho, acontecendo um projeto-piloto, um teste com uma associação que se chama Amigos do Zippy, com um programa que tem toda essa intenção de desenvolvimento dessas habilidades emocionais em jovens para o enfrentamento de problemas importantes da sociedade, e que eles terão na vida: separação, perdas, *bullying*, violência, agressão. Como lidar com conflitos com colegas, superar conflitos? Como fortalecer relações de amizades, por exemplo? Como lidar com perdas significativas?

Todos nós passaremos por esses vários desafios na vida ao longo do desenvolvimento e precisamos de recursos internos para o enfrentamento dessas situações.

Por que eu estou trazendo isso? Tipicamente, nós localizamos a questão do suicídio no sofrimento agudo, muito vinculado à questão do transtorno mental, como é o caso da depressão, por exemplo. Então, é claro, óbvio, que a melhoria da atenção em saúde mental é absolutamente fundamental, porque 95% das mortes por suicídio têm alguma história de problema de saúde mental.

Entretanto, se formos observar, por exemplo, no caso da depressão, a depressão crônica é um problema menor para o risco de suicídio do que a depressão aguda. Então, quando a gente vê lá estatística, 35% dos casos de suicídios estavam deprimidos, então, a gente diz: "Nossa, depressão é o grande problema. Temos que melhorar nossa atenção na saúde mental". É verdade. Mas o que acontece? A grande parte desses suicídios por depressão são situações de depressão aguda, e a maioria dessas pessoas não tiveram passagem pela saúde mental, ainda.

Então, nós temos uma grande dificuldade, um grande desafio de como alcançar essas pessoas nesses momentos de grande sofrimento. Nós tivemos um suicídio, recentemente, em Ribeirão, um rapaz, 34 anos, evangélico, querido na sua comunidade, que se matou por conta de uma separação de um relacionamento. Então, naquele momento... Quer dizer, uma pessoa ativa, produtiva, uma pessoa importante no seio familiar, em termos de estrutura familiar, uma pessoa com

muitos vínculos e relacionamentos importantes que, repentinamente, tira sua vida, sem uma grande história ou sem uma passagem pela saúde mental.

Esse desafio de como, realmente, alcançar todas essas pessoas, principalmente nesses momentos, requer, também, uma educação de toda sociedade para a percepção do risco, para aquelas falas, por exemplo, no momento do desespero.

Uma outra questão que está associada a isso é o controle de acesso a meios de autoextermínio, como, no caso dele, por meio de uma arma de fogo. Por exemplo, todas as forças armadas, policiais federais, policiais militares, policiais civis, os profissionais de segurança que trabalham com armas têm um risco cinco vezes maior do que a população em geral. E não são pessoas que, geralmente, a gente identifica como portadores de problemas de saúde mental. Então, os desafios nossos são muito grandes, e a gente pode correr o risco de ir com muita força naquilo que parece óbvio e mal arranhar a pontinha do *iceberg*.

O contexto da prevenção do suicídio é muito mais amplo, requer que a gente pense nas nossas crianças, nos nossos adolescentes, nos nossos idosos, nas profissões de risco e nas pessoas que podem ter experiências agudas de sofrimento, que pode levar que elas tenham algum comportamento, seja pelo desespero da hora, seja agravando alguma condição de vulnerabilidade que ela já tivesse, mas que, naquele momento, leva a um comportamento fatal, sem possibilidade de resgate.

(Soa a campanha.)

O SR. MARCELO TAVARES - Com relação à educação, eu estou falando de um processo complexo de educação de toda a sociedade, mas envolve, também, dirigir isso a determinados setores. Por exemplo, o exército militar, dos Estados Unidos, tem, na sua página de relações públicas, noticiadas questões de superação de risco de suicídio por militares, que fizeram ou que tiveram vivendo um processo de ideação grave, virem a público, na página institucional, na internet, de uma instituição forte, falar, abertamente, ao público, que está, ativamente, engajada na prevenção do suicídio com os seus membros.

Para vocês terem uma ideia, já morreram militares, nos Estados Unidos, por suicídio, mais do que em todos os conflitos armados do exército americano. Então suicídio mata mais militar do que a guerra. Isso não é muito diferente no Brasil; só que com as nossas estatísticas são muito ruins. Então, essa educação, nesse caso, passa, também, pela educação das nossas instituições, de quem são os dirigentes das nossas instituições. Os programas que tiveram maior sucesso pelo mundo afora, trabalhando com instituições de risco, envolvem educação, sempre, no sentido pirâmide, de cima para baixo. Então, trabalhando com comando, com os responsáveis pela instituição, pela conscientização dos responsáveis pela instituição e, depois, ir descendo os vários escalões.

A aeronáutica americana desenvolveu um programa em que ela conseguiu, deste modo, alcançar 95% do efetivo da força aérea americana. Isso é documentado e publicado. Então, de novo, há muito o que fazer. Com relação aos jovens, investimento nas escolas; aqui, no Distrito Federal, nós estamos trabalhando e precisando de apoio para efetivar esse projeto de Sobradinho, que tem o aval do MEC. Esse projeto é aprovado pelo MEC. Ele foi desenvolvido internacionalmente, existem estudos que comprovam a eficácia desse projeto e a ideia é conseguir financiamento para que isso que está sendo testado lá possa ser ampliado para todas as escolas e todos os jovens do Distrito Federal. A Beatriz está aí, talvez ela possa atualizar alguma notícia em relação a isso.

Em relação a outros jovens, principalmente pensando nos adolescentes - é importante pensar nos adolescentes com vulnerabilidade social -, a gente tem aqui discutido com a Dalzi e o Paulo sobre a possibilidade de desenvolvimento de avaliação precoce com jovens adolescente em conflito com a lei e desenvolver com eles alguma atividade preventiva no sentido do desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais.

Nós temos, hoje, uma tecnologia de avaliação por meio de questionário ou perguntas abertas que os jovens respondem e, com isso, a gente consegue identificar quem são aqueles mais vulneráveis nesses grupos para poder desenvolver alguma atividade preventiva que possa superar esse risco. De novo, a batalha, porque, na Academia, às vezes, a gente luta com recursos muito escassos. Nós estamos, agora, com esse trabalho que a gente vinha desenvolvendo com interesse no jovem adolescente. Esse trabalho está em risco, porque a gente não está conseguindo, nesse momento de verbas escassas, renovar nossa assinatura da base de dados, com a qual a gente vinha trabalhando, que é uma base de dados internacional.

(Soa a campanha.)

O SR. MARCELO TAVARES - Ela tem um custo e é o que poderia nos permitir continuar trabalhando no sentido de desenvolver essa tecnologia de identificação precoce do jovem em risco.

Então, só para fechar, finalizar, esse trabalho requer uma participação de vários setores da sociedade. Cada setor precisa entender qual é o seu papel e como ele pode contribuir e cada setor precisa se capacitar dentro das tecnologias e conhecer aquilo que, realmente, funciona e aquilo que não funciona, ou seja, o que poderia correr o risco de aumentar a gravidade do problema. Então, adotar estratégias comprovadas cientificamente; cada setor fazendo sua parte para que, então, tivéssemos um grande efeito na nossa cultura. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Agradeço ao Dr. Marcelo Tavares. Pela abordagem do Marcelo, percebe-se o quanto é importante essa audiência pública, assim como pela exposição do Lúcio Costa também.

Dando continuidade, vamos ouvir a Dr^a Olga Oliveira, médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, da Secretaria de Estado de Saúde (Samu).

A Dr^a Olga tem muito orgulho em sempre estar utilizando esse uniforme, que é um grande trabalho prestado. Nas três vezes em que vi a Dr^a Olga, ela estava com essa roupa, mostrando o orgulho que tem em usá-la.

Antes, porém, passo a palavra para o Senador Medeiros e, em seguida, concederei a palavra à Dr^a Olga.

O SR. JOSÉ MEDEIROS (Bloco Socialismo e Democracia/PPS - MT) - Sr. Presidente, na verdade, eu recebi um WhatsApp de um dos nossos telespectadores do meu Estado pedindo para eu perguntar qual a diferença entre depressão crônica e depressão aguda. É só isso.

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Daqui a pouco, Marcelo, você poderá responder, o.k.?

Concedo a palavra à Dr^a Olga Oliveira para fazer a sua exposição. Procederemos do mesmo modo, Dr^a Olga: serão 10 minutos iniciais e, se precisar, daremos mais 5 minutos.

A SR^a OLGA OLIVEIRA - Muito bom-dia a todos!

Estou feliz porque tem, realmente, um número considerável de presentes, e é uma luta que a gente tenta já há algum tempo. Não sou Psiquiatra, não sou Psicóloga, sou Pediatra, sou Neonatologista, sou cirurgiã pediatra.

Desde que a gente entrou no Samu, vimos a quantidade de pacientes de atendimento com alteração na saúde mental. Não é paciente psiquiátrico; é alteração na saúde mental. E, nós, dentro da Portaria nº 2.048 vimos que poderíamos montar a saúde mental no atendimento pré-hospitalar.

Então, começamos a ver nos outros Estados como é que funcionava. Nenhum Estado tem nada preparado. E o nosso atendimento, no dia a dia, quando nós começamos a avaliar, tinha quatro atendimentos de autoextermínio por dia, de tentativa. Nós fomos convidados a participar em um evento na Justiça, no Tribunal de Justiça, e nós fomos a esse simpósio, juntamente com o Dr. Augusto.

Quando o Dr. Augusto mostrou a estatística que era vista no Hospital de Base, que, durante um semestre, por falta de notificação, tinha três. Foi quando eu me levantei, eu estava com o nosso pessoal do Samu, e disse que não, a gente atendia quatro por dia, tentativa de autoextermínio; a média. Na segunda-feira, é maior, não é isso, João? No meio da semana, é menor, às vezes, nada.

Nós começamos, então, a trabalhar juntos. Nós fomos até à Diretoria de Saúde Mental e começamos a entrosar, fazendo a participação direta no simpósio de suicídio. Já fizemos quatro, um por ano, e resolvemos, realmente, estruturar a saúde mental do Samu, com muita dificuldade, porque a gente precisava de psicólogo, assistente social, psiquiatra e não tinha na rede. Então, à medida que foram aparecendo, nós pedimos duas Psicólogas, nós recebemos duas um ano depois, que foi a Luciana, pequenininha, que hoje já não está mais com a gente, e a Elaine. Depois, nós recebemos o João e nós começamos a ver que a gente estava tendo funcionário com tentativa de autoextermínio. Nós perdemos uma funcionária. E aí veio aquela responsabilidade, aquele chamado: nós temos que correr contra o tempo, nós temos que trabalhar as pessoas, porque a tentativa de autoextermínio é simplesmente uma gotinha que pode provocar em qualquer um de nós, porque o nosso emocional se torna frágil de acordo com a atual conjuntura da evolução mecanicista do mundo. E os problemas vão crescendo e nós não temos mais aquela reunião familiar mesmo, com um pão só para dividir. A gente pega o celular e fica no WhatsApp em uma mesa de jantar da família.

Então está todo mundo se transformando naquele eu só. E isso está provocando com o seu emocional fico mais lábil. E, na evolução do trabalho do Samu e com os funcionários, que, segundo a estatística, segundo estudos científicos, na LILACS, na Cochrane, todo funcionário da área de saúde, a partir do sétimo ano, em uma área fechada, começa a ter problema de estresse e de depressão crônica, e a tentativa de autoextermínio começa. Nós tivemos, exatamente, no oitavo ano, a perda de uma funcionária.

Dentro do Samu, nosso grupo, hoje, funciona com três Psicólogos, dois Psiquiatras, que ainda são residentes de psiquiatria, porém, são médicos concursados do Samu, e nós não podemos trabalhar 24 horas por dia por falta de pessoal. Por mais que a gente mostre para os gestores a necessidade, o problema e o gasto que se tem com autoextermínio de uma pessoa saem muito mais caro do que o preparo para evitar isso. Porque nesse evitar eu posso utilizar essas ONGs, essas associações de pessoas da comunidade.

Eu tenho que trabalhar o eu da pessoa no amor familiar, na religião, na importância de ele estar fazendo alguma coisa útil para ele, para o eu dele. É muito difícil a gente conseguir que as autoridades enxerguem isso. Então, nós começamos a pedir, a partir da hora que o número de pacientes que chegavam a óbito após a tentativa e, quando a gente chegava e não podia fazer nada, nós começamos a cobrar da Secretaria de Saúde o serviço de verificação de óbito, porque eu preciso saber quantas pessoas morreram. Se aqueles que conseguiram se salvar hoje eu já sei. Grande parte da pesquisa do Dr. Marcelo, daqueles que se salvaram, acidente de trabalho e acidente de carro foram tentativas de autoextermínio.

É uma coisa grave, que eu preciso trabalhar a política para criar uma lei para isso. Por isso, realmente, eu estou muito feliz, Dalzi, de você ter me convidado. Estou muito feliz, Senador!

Uma coisa que eu venho tentando, no nicho nosso, que é pequeno e que o índice está aumentando a cada dia que passa, mas nós, dentro do DF, não temos serviço de verificação de óbito. Existe um processo de formação, eu sei onde ele está, sou conselheira, represento o trabalhador e, dentro do Conselho, eu cobrei, por duas vezes, dessa referida pessoa que libere.

Eu preciso trabalhar a estatística para quê? Eu preciso fazer um estudo científico da saúde mental. Eu tenho que saber, por exemplo, quantos pacientes que não demonstram e que o colega do trabalho pode ver que ele está na intenção de. Mas eu preciso fazer um trabalho científico em cima disso. Onde? No órgão de trabalho de cada um, fazer uma prevenção no trabalhador, porque se eu não começar a prevenir o trabalhador, o usuário lá da ponta, o nosso trabalhador se fere, sequela ou morre e eu não posso chegar ao usuário. É uma cadeia muito complexa. E o trabalho do Dr. Marcelo, grande parte do que ele fez no Hospital de Base demonstra isso. Aquele trabalhador da construção civil caiu, aí chega a Justiça e julga e pune a empresa. Mas o cara estava com todos EPIs. O que aconteceu? Alguém se preocupou? Dr. Marcelo foi atrás. Ele soltou o gancho de segurança. Aí o Dr. Marcelo chega na família e começa a perguntar, porque o paciente está inconsciente, está internado e inconsciente: problema familiar, problema financeiro, problema de saúde, problema de relacionamento, a gota d'água que provocou aquilo. Se eu não fizer um trabalho científico a esse respeito, o nosso serviço de atendimento pré-hospitalar, que a gente já está formatando junto com a Comissão de Protocolos do Atendimento Pré-hospitalar do Ministério, que reúne Samu inteiro, um protocolo para atendimento dessas pessoas. Nesse protocolo, eu consegui levar todos os nossos funcionários - psicólogos, psiquiatras, assistente social para ajudar na formatação desse atendimento.

Se eu não me prevenir, se eu não cuidar disso, o índice de mortalidade, de suicídio vai aumentar. E a gente tem que ver o seguinte: o que eu preciso fazer com essa pessoa no seu trabalho, esse trabalhador da saúde ou fora, esse trabalhador no seu local de trabalho, que é um usuário, que é um cidadão? Um melhor acolhimento. A empresa que contrata tem que trabalhar num projeto terapêutico individual de cada um, fazendo uma organização interna, tendo o seu trabalho de psicólogo, de assistente social.

Quando me perguntaram para que eu queria assistente social no Samu, eu conto isso toda vez, nós temos uma e uma assistente de serviço social. Eu falei: para fazer festa! Gente, a pessoa está me perguntando para que eu preciso? Todos nós precisamos dos profissionais da saúde. Eu não tenho que estar catalogando. Se eu preciso de um assistente social em determinada ação de um suicida, a família está ali e o suicídio, como diz o João e o nosso psiquiatra Rafael Vinhal, é uma doença contagiosa, a assistente social tem que estar ali do lado, não é só o psicólogo.

Então, essa montagem de trabalho é uma coisa muito complexa, porque ela é uma cadeia de funcionários, de profissionais da área da saúde, que vão ajudar a construir algo para prevenir os gastos - os economistas ficam preocupados com isso -, os gastos que vão ter em implementar um trabalho desse. Ele não vê o gasto que ele vai ser com internação daquele paciente, com a paralisação familiar para cuidar daquele paciente e com a sequela. Se ele ficar sequelado, o Estado tem que cuidar dele, o Estado tem que mantê-lo vivo no que restou do seu corpo.

É uma coisa grave? É. E a gente precisa trabalhar com um projeto de lei desse efetivando a rede de saúde, fazendo reuniões com todos os trabalhadores de todos os locais de trabalho, com os usuários, com as associações e elaborar um mapa para melhor conhecer os trabalhadores de todos os lugares: o que lhe provoca alguma ação emocional? O que lhe causa depressão? É um assédio moral? Recentemente, nós tivemos uma palestra que a Dalzi Neres organizou na polícia especializada, e o Dr. Paulo César, que é da Justiça - ele estava aqui, não está, lá atrás -, o que provoca o assédio moral é exatamente o desalinho das pessoas no relacionamento. Só que esse assédio moral provoca suicídio, provoca sensação de "eu não sou amado". E por que a gente precisa trabalhar isso? Local de trabalho, associação das pessoas, reunião familiar, reunião social com todos trabalhadores e religião, minha gente. Dentro das religiões, a pessoa tem que se apegar a algo

que ele sabe que é um ser superior. Se ele é ateu, ele vai se apegar a alguma outra coisa, mas trabalhar sua cabeça de uma forma, seja escrevendo um livro, ou fazendo algum outro trabalho, para que cabeça dele não fique com muito peso por coisas que, para nós, são pequenas, mas que provocam um suicídio.

A gente tem que pensar na institucionalização de um processo de cuidando do cuidador da saúde para que ele possa cuidar e trabalhar junto aos trabalhadores de outros locais. A gente tem que fazer uma desconstrução de seus preconceitos, como já foi dito aqui, que acabam com todo mundo; preconceitos de toda e qualquer natureza. Nós temos que colocar as metas qualitativas de cada funcionário, de cada trabalho desse. Pedir verba, infelizmente, com toda essa situação do País, nós precisamos, por menor que seja, e pesquisas qualitativas em todos os trabalhos.

Os indicadores que nós vamos criar é que vão provocar a reinserção social de todo esse trabalhador. É uma coisa complexa? Muito. Mas nós precisamos sensibilizar todo mundo, e treinar os profissionais no atendimento dos pacientes de transtornos mentais, porque a criança também tem transtorno mental. Recentemente, uma criança autista surtou. Nós temos lei dos cadastrados na SES/HMIB, a criança surtou, o Samu ficou duas horas com criança dentro da viatura, porque se recusaram atender e, quando me ligaram, eu falei: "Estou ligando para o Tribunal de Justiça", receberam o menino. Sete dias na porta da enfermaria de emergência, na maca. Os pais tinham convênio e o convênio se recusara a atender o menino. Sete dias de sofrimento que essa mãe declarou em uma reunião da saúde mental da Secretaria. A mulher chorou durante todo o depoimento. Agora, gente, antes de tudo, nós temos que ter sensibilização de tudo para poder agir perante isso.

Essa lei é a coisa mais importante que todos nós aqui vamos ver no momento. E outra coisa: para a investigação científica, nós temos que criar um grupo, dentro dessa lei, Bia, da Disam, nas áreas da intervenção na assistência social, psicológica, do paciente em crise. Eu tenho que fazer com que o gestor desses hospitais que têm leitos cadastrados assumam que ele precisa dar condição para esse paciente. Eu não posso trancar essa criança dentro de uma viatura, que só segurava na perna do nosso pessoal, porque a criança ama esta roupa, Senador. A criança, surtada, segurava nas pernas do nosso pessoal. Era a segurança que ela tinha.

Finalizando, eu disse que a religião é uma coisa muito importante. Eu sou espírita, nascida e criada, graças a Deus dentro da doutrina, mas, dentro da doutrina a gente não cativa ninguém para ficar. Cada um segue seu caminho.

Eu recebi, ontem, no trabalho que eu faço na Comunhão Espírita, um documento do Código Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde, que está incluindo influência dos espíritos na doença psiquiátrica. A Medicina reconhece obsessão espiritual. Dr. Sérgio Felipe, de São Paulo, mandou isso para distribuir para gente.

Todas as religiões, igrejas, budista, evangélico, católico, espírita sabem que a gente tem espírito e que, quando morre, nem todo mundo vai para um lugar ou ruim demais porque não quer, ou mais ou menos, ou vai para o céu. Aquele que se perde por aqui, ele fica aqui perturbando, sim. Pastor tira, Padre tira, nós doutrinamos, na doutrina. Então, a Organização Mundial de Saúde acaba de lançar, no CID-10, o F44.3, que define o estado de transe e possessão, como a perda transitória da identidade, com manutenção de consciência de meio ambiente, fazendo a distinção entre os normais. Ou seja, os que acontecem por incorporação ou atuação de espíritos dos que são patológicos, provocados por doença.

Os casos em que a pessoa entra em transe durante cultos religiosos e sessões mediúnicas não são considerados doenças. São aquelas crises dentro de casa. Tudo bem? Então, para ver a importância disso, Senador, a Organização Mundial de Saúde nos dá mais um código, que a gente sabe que existe, que toda e qualquer religião sabe que existe, mas que era recusado. Hoje nós temos um código.

Obrigada. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - É tão capital essa questão. Por isso que já pedi, inclusive, para a gente aprovar, na próxima semana, a continuidade desse debate, no próximo ano, com os outros convidados que, hoje, não puderam estar aqui, pois estão em Florianópolis, no congresso internacional. Eu coloco o meu gabinete à disposição de todos os técnicos responsáveis aqui para qualquer lei de política pública que a gente possa encaminhar no Senado Federal, aqui na Casa, no Congresso, para podermos aperfeiçoar a legislação ou criar uma legislação que melhor atenda aos casos de suicídio para a gente poder encaminhar.

É muito dolorida essa questão. Ela vem das formas que os técnicos estão esclarecendo aqui. Então, se as providências não forem tomadas, vai chegar a sua porta. No próximo ano, nós teremos a data - a gente ainda vai definir a continuidade -, acho que está sendo muito importante a colocação de todos e enriquecedor, para que nós possamos fazer uma memória desse importante trabalho que todos estão aqui fazendo.

Nosso Senador Medeiros vai usar da palavra e, em seguida, vai ser o Vitor Barros Rego, psicólogo e representante do Conselho Federal de Psicologia.

Com a palavra o Senador Medeiros.

O SR. JOSÉ MEDEIROS (Bloco Socialismo e Democracia/PPS - MT) - Sr. Presidente, senhores convidados, todos que nos acompanham pela TV Senado, pela Rádio Senado e também pelos canais da e-Cidadania.

Em primeiro lugar, eu quero parabenizar V. Ex^a por trazer esse debate à tona. É um assunto que, no meio social, é jogado para baixo do tapete, não se fala muito disso. Eu fui professor, por cerca de sete anos, na rede pública de ensino e me lembro de uma professora, já antiga, que falava: "Olha, nós somos todos malucos". É lógico que ela falava em uma linguagem não técnica, mas ela justificava dizendo o seguinte, após trinta e poucos anos dando aula, ela dizia: "Olha, eu me sinto muito mais doente mentalmente do que debilitada fisicamente". E ela justificava aquilo que, depois fomos saber, porque ela, na verdade, estava falando do estresse crônico, daquela agonia que o professor passa neste País, que é preparar a aula, baixos salários e aquela coisa toda, perda de autonomia e isso vai impactando.

Alguns falam da chamada Síndrome de Burnout. Mas não só no meio do professorado em si, mas em outras funções públicas, também, a doutora falou aqui sobre o assédio moral, eu conheço bem o meio do serviço público e cansei de ver situações, principalmente nos organismos policiais, em que a gente sente que é. Você não precisa ser um psicólogo ou um psiquiatra para sentir que a sanidade daquele corpo, às vezes, está comprometida. É o caso, por exemplo, de a pessoa te dar bom dia e o outro responder: "Só se for para você!" Então, a gente sente que o clima está pesado. Mas é um assunto sobre o qual não se trata. Nós não falamos muito sobre sanidade policial. Nós damos armas para essas pessoas e elas vão trabalhar armadas. Isso é uma realidade que os palestrantes estão colocando aqui. Muitas vezes, essas pessoas usam essas armas para o suicídio. Eu mesmo conheci várias pessoas que acabaram se suicidando. De modo que, em um contexto geral, na sociedade não se fala muito disso. Esse tipo de debate que é raro. Não se fala muito de sanidade. As prefeituras, até por suas deficiências orçamentárias, acabam se deparando com que foi colocado aqui. Olhe-se pelo viés do econômico.

Agora, é bem verdade também que você prevenir, geralmente, sai mais barato. Recentemente, em uma missão do Senado, alguns Parlamentares foram à Universidade de Harvard, em que fora tratado um tema - esse não é o tema em questão aqui - também da área de saúde, relativo ao tema da primeiríssima infância. Eles chegaram, após estudos, ao resultado de que a formação do cérebro se daria dos 0 aos 6 anos e que a partir daí ficaria muito mais caro você investir em políticas públicas para esse ser, vamos dizer assim. Eles chegaram à conclusão de que era mais fácil você direcionar as políticas públicas para esse ser em formação do que gastar dinheiro, depois, na adolescência, ou na vida adulta, com as FEBEMs da vida ou com os outros programas. O que eu achei interessante é que em um dos estudos, porque eles pegaram dois grupos: um espaço amostral de uma comunidade em extrema vulnerabilidade, Senador Hélio José, e começaram a acompanhar, com as políticas públicas já existentes mesmo, mas, simplesmente, direcionaram aquelas políticas do Estado para acompanhar, porque os neurologistas chegaram à conclusão é que uma criança sob estresse crônico teria sua capacidade de aprendizado, dentre outros fatores, comprometida.

O fato é que eles pegaram um grupo de uma comunidade em vulnerabilidade e acompanharam parte dele e a outra parte, também, só observou. Umas eles acompanharam dando tudo o que eles achavam necessário tecnicamente para que aquela criança tivesse uma formação do 0 aos 6 anos sem obstáculos na sua formação. Pois bem, após 37 anos de acompanhamento, fizeram um gráfico que parecia uma boca de jacaré. As crianças que foram acompanhadas do 0 aos 6 anos tiveram o melhor aprendizado, menos índice de criminalidade, menos drogadição, uma série de fatores que levaram à conclusão de que compensava investir ali. E mais: provaram que, economicamente, era melhor para o Estado investir no 0 aos 6 anos. Por quê? Para cada dólar que eles gastaram com o grupo que eles fizeram acompanhamento, no outro grupo em que eles não fizeram acompanhamento, tiveram que gastar US\$7 - US\$1 por US\$7. Então, chegaram à conclusão de que se não por uma questão humanitária, o Estado devia fazer essa prevenção por uma questão econômica.

Eu creio que se amolda ao caso que estamos discutindo aqui porque eu, por exemplo, trabalhei 20 anos em rodovias, atendendo acidentes. E havia casos em que, no depoimento do outro, ele falava: "Olha, ele simplesmente jogou o carro na minha frente." Então você tem casos que não são diagnosticados, por exemplo, como suicídio, simplesmente como um acidente de trânsito, como foi falado aqui.

E isso sem falar em outras coisas que não se medem pela questão da sanidade, os conflitos, os dias de trabalho que se perdem. Então, eu creio que se pudesse mensurar isso, planilhar isso economicamente, justificaria pesado investimento, maciço investimento nessa questão que estamos debatendo aqui.

Outra coisa, eu penso que esse debate, Senador Hélio José, nós precisamos fazê-lo mais, conversarmos mais com esses profissionais que, às vezes, estão no meio acadêmico. E aqui talvez não fosse necessário, mas vou fazê-lo: às vezes, eu acho que a Academia tem muito a contribuir com a comunidade, mas que não sei se falta provocar ou se não é uma disposição da Academia brasileira no sentido de ir mais à comunidade, porque tem muito a trazer, para que também possamos evoluir, possamos construir uma melhor legislação. Eu acho que nós precisamos evoluir mais. Talvez falte uma

legislação federal, estadual que possa ver as três esferas no sentido de que avance. Temos alguns programas? Temos o CAPS. É o suficiente? Eu creio que vocês já responderam aqui que não é o suficiente.

Por isso essa minha fala é mais no sentido de parabenizar por esse início, esse embrião que se faz aqui. E espero que não morra esse debate, porque ele é muito, mas muito importante. Inclusive estamos falando aqui, nós vivemos nesta Casa, que é um caldeirão, com certeza. Às vezes nós temos problemas muito grandes que impactam toda vida do País, sabem por quê? Porque alguém que é responsável por formular políticas públicas estava num momento difícil. Eu não vou falar o nome aqui, mas vou contar o milagre. Há poucos dias nós fomos num debate de um importante segmento do núcleo duro do poder central do País em que a pessoa se descontrolou e começou a chorar no meio de um debate. Eu fiquei pensando: "Meu Deus, o País está na mão..." Então essa é uma questão muito séria, mas a gente fala pouco. Agora me lembro daquele livro intitulado *Precisamos falar sobre o Kevin*; precisamos falar sobre esse assunto.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Nosso Senador José Medeiros, do Mato Grosso, de Rondonópolis, essa grande cidade da soja, capital da soja, receba os nossos cumprimentos. Quero citar também o nosso Senador Dário Berger, de Santa Catarina, ex-Governador de Estado, ex-Prefeito, com larga experiência em um Estado importante do Brasil, que é Santa Catarina, que está aqui nos prestigiando nessa importante discussão sobre a questão do suicídio e prevenção. Senador Dário, no momento em que V. Ex^a quiser fazer qualquer intervenção, esteja à vontade.

Dando sequência, passamos a palavra para Vitor Barros Rego, psicólogo e representante do Conselho Federal de Psicologia (CFP). Em seguida, vamos ouvir o psiquiatra Dr. Antônio Crispim.

Então esses dois profissionais convivem no dia a dia com isso, além dos atendimentos normais como médicos, fraturas, os riscos, os suicidas, são dois profissionais requeridos de forma muito forte nessa situação.

É muito importante ouvi-lo, Vitor. Fique à vontade. O Vitor tem uma apresentação a fazer.

O SR. VITOR BARROS REGO - Bom dia a todos e todas!

É uma enorme honra estar aqui com vocês participando dessa Mesa e também uma honra estar até mesmo com uma pessoa com quem eu aprendi muito sobre esse assunto, que é o Prof. Marcelo Tavares. Foi meu orientador de estágio há alguns anos.

Eu trouxe um material para irmos acompanhando e vou tentar ser breve, até porque os colegas já trouxeram bastante coisa. Ainda assim, mesmo em 2015, temos que reforçar o fato de que o suicídio não é genético, não tem uma carga genética que vai falar que aquela pessoa é um potencial suicida só por um exame, pelo DNA dela.

Então, ainda assim a gente tem que defender essa questão, até mesmo porque o tema suicídio é muito delicado e envolve também uma mensagem sobre a nossa sociedade. Aquela família que tem um familiar, um ente querido que comete o suicídio, ela própria tem vergonha de assumir aquilo. E nessa vergonha até mesmo empurrar: "Será que não foi alguma questão externa da família?" Porque está passando essa mensagem de um desequilíbrio, de um desarranjo familiar.

Algumas outras estáticas: a cada 40 segundos uma pessoa suicida no mundo. Não são 40 minutos nem 40 dias, são 40 segundos. É a segunda maior causa de morte entre jovens entre 15 e 29 anos. Ou seja, numa fase em que a produtividade deles, a criatividade deles está no auge. E a gente perde essa força de pensamento e de trabalho, justamente por conta do suicídio. Mata mais que o HIV. O Brasil tem políticas em relação ao HIV que são renomadas no mundo. E por que não a gente falar sobre políticas públicas, sobre o suicídio, já que ele mata mais até que o HIV?

Então, é um problema social e é um problema de saúde pública. Setenta e cinco por cento dos suicídios acontecem em países com vulnerabilidade social. E o Brasil está inserido nisso, tanto é que o Brasil está em oitavo nesse *ranking* com o maior índice de suicídios.

O nosso País, por mais que tenha suas belezas naturais, tenha alegria, o samba, o carnaval, também tem uma vulnerabilidade social que os colegas já pontuaram aqui. Não dá para escondermos mais. Sim, existe racismo; sim, existe homofobia; sim, existe a tentativa de trancar um modelo de família que não acoberta o Brasil.

Então, a gente tem que parar com esse preconceito, tem que parar de fingir que não existe isso. Somos um país com vulnerabilidade social. Assumir isso não é nenhum pecado, assumir isso é um sinal de maturidade para gente promover, de fato, essas ações em políticas públicas.

O suicídio é multicausal, tem vários fatores envolvidos. Eu citei alguns deles aqui, vulnerabilidade social, sentimento de injustiça, má distribuição de renda, ausência do Estado e comportamentos de intolerância. Parece bastante. O Brasil, inclusive, se a gente tirar 30 minutos de Facebook, a gente consegue ver tudo isso aí em depoimentos, em comentários.

A violência física e/ou moral também está associada ao suicídio. As pessoas que convivem num contexto de violência física ou moral também tendem a entrar num estado de reclusão e de impotência, porque não conseguem lidar com aquela situação. Também o acesso aos métodos e, sendo bem polêmico, a gente tem acesso muito fácil a métodos aqui no Brasil. Como, por exemplo, a gente tem inclusive propagandas que passam em qualquer horário do dia sobre o uso de álcool. O álcool é uma droga, o álcool sobrecarrega o SUS, o alcoolismo é uma doença, não é simplesmente um costume de beber com os amigos. Isso é grave também. A gente tem acesso a isso, mas se a gente fala: "Olha, vamos restringir o acesso ao álcool", aí sim tem manifestação muito mais contundente aqui no Brasil.

Também tem a incidência de transtornos psíquicos como a depressão. E o professor Marcelo Tavares já até citou a diferenciação nessas depressões, como algo que interfere e facilita a tentativa de suicídio.

Eu trouxe algumas questões sobre as quais a gente precisa de fato conversar também sobre o suicídio. O suicídio por gêneros. Há divisões. As estatísticas do Ministério da Saúde trazem sobre isso. Os homens cometem mais suicídio do que as mulheres, apesar de que as mulheres tentam mais. Os homens são mais, digamos, objetivos na maneira de tentar o suicídio, com arma, enforcamento, e geralmente as mulheres por envenenamento. E até mesmo a doutora do Samu trouxe aqui essa preocupação sobre como é notificado isso aí. A pessoa faz uma *overdose* de remédios e quando é notificado no sistema de saúde é notificado como intoxicação.

Então a gente não tem dados tão precisos sobre isso, e a gente perde a possibilidade de analisar de fato o que chegou até aquele ponto. Por isso que precisamos debater bastante sobre isso aqui, e a rede de saúde está muito bem intrincada nesse assunto.

No caso das mulheres, a violência física, moral e/ou sexual é um fator preditivo para as ideias, planejamento e tentativa de suicídio. São violências conjugais ou intrafamiliares. Eu sou professor de uma faculdade em Brasília e em uma outra também em Formosa. E a gente tem percebido, por exemplo, em Formosa, vários suicídios de mulheres, adolescentes entre 15 e 25 anos na sua grande maioria. E todas elas, tanto em suicídio consumado quanto em tentativa de suicídio, tinham um histórico de violência sexual e violência intrafamiliar.

Essa é a família que a gente está querendo promover aqui no Brasil? Então temos que discutir também sobre família. Falar sobre suicídio também é discutir sobre família.

No caso das mulheres também tem a questão da submissão social. Não é feminismo, não é questão polêmica do Enem, não é nada disso. É um fato. Temos que conversar sobre isso. E exclusão também de direitos historicamente, que vêm conquistando, nos últimos anos, ainda bem.

E um fator protetivo tem sido a Lei Maria da Penha, mas que ainda assim temos as nossas dificuldades, justamente que é você denunciar alguém que cometeu uma violência contra você e ainda assim, mesmo tendo proteção policial, prevista em lei, a pessoa ainda assim não se sente segura o suficiente para poder fazer essas denúncias.

Outros recordes com que temos que nos preocupar: o suicídio na adolescência. Entre crianças e adolescentes, cresceu 40% nos últimos dez anos.

A gente também tem um culto a uma educação que não estimula criar, muito menos insere a família nessa educação. Na verdade, a gente terceiriza a criação das crianças. Joga a criança na escola e fala: "Cria meu filho aí, me devolve de noite, e se der, entrega ele cansado para ele chegar em casa e só dormir, para não me dar trabalho".

Então, que educação é essa, que modelo educacional é esse? Eu fico assustado com algumas escolas, do que eu conheço aqui em Brasília, já falando com crianças de 15 anos, desculpa, crianças não, adolescentes, de 15 anos, sobre concurso público, já falando sobre o que eles têm que estudar e o que eles têm que ler, pensando numa prova de concurso público. Isso é muito grave. Que adulto vai ser esse? Que recursos ele vai ter para falar sobre prazer no trabalho, por exemplo, sendo que ele está tendo que seguir o caminho que falaram para ele. Nada contra, mas já nessa idade falar dessa maneira e não dar recursos, isso é muito pesado. Que geração que a gente está criando com isso? Como vão ser esses que hoje estão com 15 anos quando tiverem com 30 anos de idade? O que será que eles vão encontrar na vida deles ou o que eles vão ser quando entenderem o que é a vida? Que modelo de família também que a gente está cultivando aqui?

Outro agravante: o suicídio entre índios. É uma parcela da população que não pode ser excluída aqui. Até porque a incidência de suicídio entre eles é 10 vezes maior que da população brasileira. Já é alto no Brasil. Entre índios é dez vezes maior, 93% dos suicídios aconteceram em locais de assentamentos de indígenas realocadas de suas terras de origem. Isso é fonte do Sesai e da Funai, não é nada inventado.

A gente tem o caso da tribo Guarani Kaiowá com 72 suicídios. Esses suicídios foram justamente porque estavam querendo tomar as terras deles.

A gente tem antropólogos, tem a etnopsiquiatria, tem uma série de ciências para falar sobre isso e debater sobre isso, e ainda assim são ignorados nas suas contribuições.

Falar da terra do índio é falar da mãe dele, da referência dele. Tirar o índio da terra dele é tirar a total referência. Muitos defendem o seguinte: "A gente tira eles de lá, bota em outra terra e dá um cartão do Bolsa Família". Você está tirando a referência e a identidade dele. Em muitas cidades ali próximas a aldeias indígenas eles falam: "Olha, esses índios aqui estão nas drogas, já estão começando a mexer com álcool". Enfim, perderam as referências.

O que a gente está fazendo com os nossos índios? A gente tem agora essa polêmica que foi da semana passada que não pode se evitar de falar, a PEC 215. Vai ser um fator catalizador de mais suicídios. Já tem tribos indígenas se mobilizando para ataques mais violentos, de declarar guerra. Não é simplesmente falar em fazer uma manifestação, de se reunirem, mas em declarar guerra.

Então, está ficando bem intensa essa discussão e, como mídia e como sociedade, a gente está ignorando falar sobre isso aqui. E também o suicídio no trabalho. O colega já falou aqui um pouco de como o Samu tem-se preocupado com isso. E acho muito digno levar adiante o assunto "cuidar de quem cuida". Porque são profissionais que têm índices de suicídio também muito altos. As estatísticas não são claras. Como coloquei para vocês, as pessoas que cometem suicídio, tentam suicídio e têm um fundo muito próximo à situação de trabalho não têm essa casuística também notificada.

Teve um caso que eu atendi, mas na verdade atendi a família de um bancário que cometeu suicídio. Ele comprou um galão de gasolina ali no Guará, atravessou, foi para o canteiro, jogou o galão de gasolina nele mesmo e pôs fogo. O frentista correu, tentou salvar e ainda conseguiu perguntar para ele quem tinha feito isso com ele. Ele falou que tinha sido ele mesmo. Quando chegou para atendimento, ele já chegou morto, foi notificado como uma tentativa de homicídio. E aí no banco foi falar sobre isso aí. Como isso foi tratado? "Ah, ele era uma pessoa frágil que estava sofrendo porque a família dele estava se desestruturando e ele acabou de passar por uma separação". Só que ninguém olha o histórico de trabalho dele. O cara estava há três anos sem tirar férias; estava trabalhando de 12 a 14 horas por dia. E ele fazendo desvio de função, acúmulo de função e ainda assim foi culpa de uma separação. A empresa não abre o seu arquivo. Ela não é obrigada a abrir seu arquivo. Ninguém também pede que ela abra o seu arquivo, mas ela exige avaliação de desempenho sistemática de seus funcionários. Por que essas avaliações de desempenho não podem aparecer na hora de julgar essa situação?

Então, temos que discutir sobre o suicídio no trabalho também. Alguns já colocaram aqui também que a categoria que é muito arriscada em relação a suicídio são policiais, bombeiros e militares, justamente por passarem um contexto de humilhações e ainda assim ter acesso ao método de se matarem com a própria arma.

Médicos e profissionais de enfermagem, sentimentos de incompetência, de impotência nos seus contextos de trabalho e ainda assim acesso aos métodos, como os remédios.

Entre os bancários - é uma estatística informal - é de que haja um suicídio a cada 10 dias só entre a categoria no Brasil. Isso também é muito alto. Eu estudei bancários por seis anos, escrevi um livro sobre o assunto, e o que se vê lá é um jogo de horror, é terrível e ainda assim é um ambiente superprotegido, ninguém pode falar sobre isso, afinal é o antro da economia no Brasil. Então ali é um contexto de muitas humilhações, sentimento de inutilidade, assédio moral ali é algo que é instituído, inclusive é falando, de certa maneira, assim: "Você tem que usar assédio moral, senão você não tem produtividade."

E também os professores, justamente pelo sentimento de incompetência e de impotência no seu contexto trabalho. Então você vê nessas categorias de saúde, segurança pública e educação: desamparados. E são aqueles que formam, que colocam a nossa noção de cidadania. Olha esses nossos profissionais como é que estão nesses contextos extremamente humilhantes.

Então a gente tem contexto de trabalho precário psicossocialmente de relações de violência, de relações de rivalidade instituída, inclusive colocado como algo motivacional. Olha que lindo, vamos colocar as pessoas para rivalizarem entre si porque isso vai melhorar a produtividade. E se eles adoecerem com isso é porque são fracos, e tem remédio para isso.

O assédio moral é preditivo para o suicídio no trabalho e fragilidades trabalhistas também. As terceirizações e quarteirizações correm soltas e isso flexibiliza para que as coisas aconteçam de qualquer jeito e ninguém se responsabilize.

Temos a PEC que discute sobre a terceirização, PEC 4.330, que vai fragilizar mais ainda o que a gente tem hoje de segurança trabalhista. Então, a coisa vai ficar cada vez pior e vai sobrecarregar os colegas do Samu. Porque, enfim, quem eles vão procurar? Até a Justiça eles não vão poder procurar porque a Justiça vai ficar sem amparo legal para poder defender aquela situação.

E a gente tem essas questões do desamparo legal e social do INSS. Uma perícia do INSS é geradora de ansiedade. Os pacientes que eu atendo que estão afastados por causa do trabalho, umas duas semanas antes da perícia, já começam a entrar no quadro de ansiedade, e alguns até desenvolvem um pânico por conta disso, porque vão fazer uma perícia. E é um servidor público que faz essa perícia. Esse servidor público, da maneira como ele conta, parece que chega lá com uma

arma, com máscaras para dar susto, em uma sala escondida, uma sala escura, e coloca a pessoa num ritmo de tortura. Porque, de fato, é torturante.

A pessoa que tem transtorno psíquico relacionado ao trabalho é atendida por um ginecologista. Nada contra o ginecologista, mas não é a especialidade dele. E ele chega lá e fala: "Você pode voltar ao trabalho." E a pessoa, tomando uma série de remédios, com indicativo até mesmo de aposentadoria por invalidez, por conta do estresse, e ainda assim é retornada ao trabalho.

As delegacias do trabalho também estão fragilizadas para fazer sua fiscalização, e o Ministério Público do Trabalho depende desses outros também e fica de mãos atadas. Então, a Rede não se comunica e a Rede também não consegue ser mais atuante.

Pensando em políticas no âmbito social.

Promover cidadania e não intolerância. A gente está promovendo a intolerância aqui em nosso país.

Diminuir a desigualdade social, diminuir a sensação de injustiça no âmbito da família. Essa família sabe lidar com frustrações, com a dor, com a morte? Qual o modelo de família que a gente está promovendo, ainda mais quando a opção sexual, a orientação sexual é algo que é um divisor de águas entre a exclusão e a inclusão social.

As escolas também, será que elas ensinam habilidades para lidar com frustrações ou simplesmente só jogam para as crianças e para os adolescentes: "Aprendam isso, façam uma prova e aprendam a fazer essa prova, mas não aprendam a lidar com a vida".

Valorização da vida e fortalecimento de identidade, não exclusão.

No âmbito da saúde, a saúde trabalhando mais em rede. A gente aprofundar esse tratamento, como a própria doutora falou. Analisar aquele CID, analisar aquela internação, analisar aquele procedimento no pronto socorro que precisou, por exemplo, do Samu.

Educar sobre sintomas também. Educar para não depender somente de remédio. A gente passa em qualquer rua aqui em Brasília e acha, no mínimo, uma farmácia. E farmácia não tem crise financeira, está tudo passando o ponto aí, mas você não vê nenhuma farmácia falando que passa o ponto. Na verdade, nasce outra farmácia.

Educar para tratamento também. O sistema de saúde consegue absorver. Ainda bem que tivemos investimentos, mas ainda precisa muito mais. Os CAPS, as Upas, os prontos-socorros, o Samu, tudo isso aí, e também engenheiro e arquitetos. A gente tem construções que não podem se tornar um ícone para o suicídio. Aqui em Brasília a gente teve a situação do *Shopping* Pátio Brasil, onde muitos adolescentes cometeram suicídio, a Ponte JK também tem sido um foco disso aí. E agora algo que é preocupante, é um bairro que foi criado em Brasília, chamado Águas Claras. Suspeita-se muito sobre como ele foi construído em algumas liberações, mas, em termos sociais, é um bairro também ainda muito fragilizado. E as pessoas têm acesso ao método, porque são prédios altos. E a maioria dos suicídios tem sido de pessoas pulando dos seus apartamentos. Então isso também é algo preocupante.

Algumas reflexões que eu pensei aqui para o debate hoje. Será que a gente precisa de mais leis sobre isso? Será que a gente já não tem amparo legal demais? A gente não precisa executar e fazer isso valer?

A gente tem um sistema de saúde que funciona no papel, mas na prática, não. Não temos gestores para isso. Temos ferramentas de gestão que de fato executam essas políticas? Há continuidade de equipes e programas de saúde no Governo, tanto no âmbito federal, estadual, distrital, municipal? O que a gente tem de problemáticas? Há transição de equipes ministeriais? E aí conseqüentemente vem uma nova prefeitura, um novo governo. Então vai oscilando demais e não há uma continuidade daquela equipe. Um trabalho que começou em um, dois anos depois tem que parar, porque vai ter que mudar a equipe. Mudou a gestão, mudou a equipe que estava trabalhando, enfim, não tem essa continuidade.

Que modelo de sociedade estamos cultivando para as próximas gerações? Estamos interessados em diminuir de fato as vulnerabilidades sociais?

Foi o que eu pensei para gente trabalhar aqui hoje, está certo? Agradeço o espaço e o tempo de vocês.

Muito obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Agradeço ao Dr. Vitor.

Quero esclarecer que a apresentação aqui colocada fica disponível no *site* do Senado Federal a todos os interessados. O Dr. Vitor Barros Rego é psicólogo, professor universitário.

Queria anunciar a presença da nossa Senadora Regina Sousa, que representa o nosso glorioso Estado do Piauí, cuja segunda maior cidade é o Distrito Federal. Por incrível que pareça, Berger, eu creio que a maior cidade do seu Estado é Joinville, com 600 mil habitantes mais ou menos, não é isso?

É uma das maiores, depois é Floripa, São José. E no Piauí nós temos Teresina, a capital, e Brasília, mais ou menos com 600 mil habitantes piauienses aqui na nossa cidade. A Senadora Regina é muito bem-vinda a esse debate importante sobre o suicídio, o Senador Berger também.

Aqui no Senado eu tenho como meta número um, como tenho certeza de que V. Ex^{as} também, defender os valores da família. E por isso que eu apresentei esses três temas para serem debatidos na Comissão de Direitos Humanos, que é a questão do suicídio, em sequência da depressão, depois do TDH.

E como no seu Estado, Senador Berger, está tendo um congresso internacional de Psicologia e Psiquiatria, tanto que algumas autoridades importantes que viriam também conversar conosco não puderam vir, por terem feito compromisso de estarem lá, vamos dar sequência ao trabalho, no próximo semestre, a uma outra audiência sobre suicídio, dando sequência ao que estamos comentando aqui hoje, da importância dessa política pública, dos trabalhos que nós podemos apresentar aqui no Senado Federal.

Passo a palavra para o Dr. Mário Antônio Crispim. É um médico psiquiatra, uma pessoa que tem atuado muito no Instituto Inasp, tem trabalhado a vida inteira na saúde pública do Distrito Federal, na Secretaria de Saúde, nessa área de cuidar da doença mental.

Saúde Mental é importante. Por isso até que uma das minhas emendas é para a saúde mental. Espero no ano que vem poder fazer um pouco maior a emenda, para podermos atender, com o pouco que cada um puder ajudar, essa área tão importante que é exatamente a que mexe com a vida, que muitas vezes bate a nossa porta, de nossos amigos, dos nossos conhecidos e a gente não entende porque a pessoa fez aquela situação.

Dr. Crispim, com a palavra, por favor.

O SR. MARIO ANTÔNIO CRISPIM - Agradeço pelo convite. Quero parabenizar a todos os membros da Mesa: Olga, Marcelo, outros colegas pelas falas aqui pronunciadas.

Para mim é uma satisfação estar aqui como psiquiatra para fazer alguns questionamentos, dando seguimento a esse evento.

Eu quero dizer que atuo como psiquiatra na rede pública e já estou há 32 anos nessa profissão de psiquiatra. Tive inúmeras oportunidades de atender pacientes com sofrimento psíquico, com inúmeras tentativas de suicídio. Tratei e continuo tratando pessoas que passaram pela tentativa de suicídio, pessoas depressivas, esquizofrênicas e outras patologias.

Eu queria fazer alguns questionamentos que eu acho pertinentes, como psiquiatra. Antes disso, quero lamentar a falta de um representante nesse evento de grande importância, um representante da ABP, um representante que seria muito importante, um psiquiatra da ABP nesse momento.

Como psiquiatra, tive muitas experiências e posso ter nesse momento a oportunidade de fazer alguns questionamentos. E questionamentos que podem se transformar em ideias para se transformar em leis.

Eu não concordo com a colocação dizendo que há muitas leis já sobre o assunto. Talvez existam leis talvez imperfeitas que não são seguidas, aplicáveis, e muitas portarias do Ministério da Saúde, leis municipais e estaduais, mas eu acho que ainda o Legislativo pode dar uma contribuição, tornando essas leis mais efetivas. Porque uma lei realmente não basta só no papel, ela tem que ser viável, ela tem que bater no ponto certo para ser cumprida.

Nós temos três aspectos, três situações importantes. Primeiro, a questão do suicídio; depois, a questão da tentativa do suicídio e a prevenção do suicídio.

O suicídio em si não é só uma estatística. A pessoa se suicidou, se matou não é uma questão de número, porque tem uma família, tem um contexto. E, na medida em que haja um suicídio, aquela família tem que ser de alguma forma priorizada. Porque há um aprendizado no suicídio. Então, se um pai se mata, um familiar se mata, as pessoas aprendem algo com aquilo de solução. Por isso que as famílias que tiveram alguém têm maior risco, porque não deixa de ser uma solução.

Então tem que ter uma legislação que considere alguma prioridade nesse sentido. Não é só uma questão de fazer estatística, de riscos, etc., profissão, tudo isso que já foi falado. Acho que a gente precisa de uma efetividade, em termos de lei, que contemple esse contexto, que não é o mesmo contexto mais, na medida em que houve um suicídio em uma família. Então há que se tomar providência em termos de políticas públicas para amparar em termos de serviços essas pessoas. Porque aí já não é só questão da pessoa que se suicidou.

As tentativas de suicídio. Existem portarias, existe legislação, e maior parte delas não são seguidas. Eu trabalhei num serviço de emergência psiquiátrica, conheço bem a Rede do Distrito Federal, que não deve ser diferente em nível nacional. Existem as portarias. Eu tenho 27 anos de Secretaria de Saúde e desconhecia, até pouco tempo, que existe protocolo, legislação, portaria que teria que seguir uma legislação, uma notificação compulsória por exemplo. São leis que infelizmente não estão sendo seguidas. Não sei se as leis são defeituosas.

Então, na medida em que a pessoa tentou suicídio, ela tem que ter uma prioridade, tem que ter uma prioridade em termos de tratamento, em termos de amparo social. E a legislação, se existe, ela não está fazendo o seu papel. É uma associação que é falha.

E um outro aspecto é a prevenção. Ouvi os palestrantes, eu até queria pegar a sua fala, Marcelo, em relação à percepção da situação de sofrimento psíquico com risco de suicídio. Isso todos nós podemos estar sujeitos no nosso contexto familiar, no contexto de trabalho. E a questão da prevenção, acho que ela partiria desse aumento da percepção dessa condição de sofrimento psíquico daquela pessoa que está naquele contexto com que você está convivendo.

Então, mais uma vez, a questão da educação é prioritária. E aí o questionamento: como aumentar essa percepção? Eu diria, e vocês com certeza vão dizer o mesmo, aumentando o conhecimento, rompendo com o tabu, porque o suicídio é um tabu. Mas não é só o suicídio que é tabu, a saúde mental, os transtornos mentais, o sofrimento psíquico também são um pouco tabu, não tanto quanto o suicídio.

Isso porque o suicídio está ligado à morte, que é algo que a gente não trabalha bem. A nossa cultura não trabalha a questão da morte como algo natural. A pessoa pode dizer que é natural, mas, no íntimo, não aceita como natural.

Então, o questionamento. Que leis podemos fazer, melhorar, no sentido de romper com essa cultura de tabu em relação a suicídio? As pessoas não discutem, não aprendem, não querem aprender, ou o Estado não favorece, não estimula conhecimentos em relação à saúde mental, à habilidade de lidar com a ansiedade, com o sofrimento.

Eu acho que é algo para pensarmos. Será que o nosso currículo escolar em nível secundário - eu não diria para crianças, mas para jovens - precisa ser melhorado? Porque o que se percebe é que a gente corre só com as coisas mais emergenciais. Por exemplo, as drogas. Hoje, fazem-se palestras nas escolas sobre drogas, sobre a questão da sexualidade. E sobre a questão da saúde mental, sobre a ansiedade, sobre a questão da depressão? Falta pensar - e não sou educador; quer dizer, no fundo a gente sempre é um educador - discutir também essa questão do currículo nas escolas, o currículo em relação à saúde mental. De que adianta você aprender se você não pode usar isso para seu benefício e para benefício da sua família e da sociedade? E a saúde psíquica é primordial. As pessoas têm que aumentar de alguma forma o conhecimento, para que possam perceber nas pessoas do seu convívio, na sua família, quando uma pessoa está em risco e precisa ser ajudada.

O que vai realmente evitar o suicídio é a ajuda; é estender a mão para levar aquela pessoa para um atendimento médico, para um atendimento psicológico, para uma igreja. Seja qual tipo de apoio, o que se tem na prática é que a ajuda das pessoas é que vai evitar que uma pessoa se suicide. É o detectar, é o perceber quando isso acontece para se tomar alguma providência.

Eu acredito que falem leis que estimulem a criação de serviços que vão melhorar a saúde mental. Não estou falando só da saúde mental curativa, de atendimento médico, de criar mais CAPs, mais prontos-socorros, mas de criar serviços que diminuam o sofrimento psíquico, porque todos nós estamos sujeitos ao sofrimento psíquico, em todos os momentos. Eu costumo dizer para os amigos e para meus pacientes que viver é administrar problemas, pequenos ou grandes. Se você os administra bem, você vive bem. Então é uma constante: nós nunca vamos nos livrar dos problemas; eles sempre vão existir. E alguns dão muito sofrimento psíquico. Às vezes, chega-se a um ponto em que esse sofrimento psíquico é tão grande que a pessoa busca o suicídio, ou pelo menos faz a tentativa de suicídio.

Então, eu acho que o caminho, como colaborador do Senador Hélio, é avaliar a legislação existente em nível municipal, as portarias do Ministério da Saúde, dar mais consistência ao que já existe e ampliar esse projeto de lei, as leis no sentido de estimular a prevenção, melhorar o serviço de saúde mental, inclusive dando prioridade a casos de tentativa de suicídio no âmbito da rede. Isso é muito importante, porque, se uma pessoa teve uma tentativa de suicídio ou várias, ela corre muito mais risco de reincidir e de cometer suicídio, não ficar só na tentativa. A gente vê isso na prática.

E, na prevenção, que é muito importante, estimular a criação de serviços; talvez sugerir, em nível da educação, também que haja no currículo a discussão da saúde psíquica, da saúde mental, não só a questão da dependência química, porque isso faz parte da vida das pessoas. E as pessoas precisam aumentar o conhecimento.

Aumentando-se o conhecimento, aumenta-se a percepção sobre o suicídio, e aí a pessoa tem mais condições de ajudar o próximo.

(Soa a campanha.)

O SR. MARIO ANTÔNIO CRISPIM - Eu acho que através da educação é que nós vamos romper com o tabu, porque o grande entrave ainda é o tabu. As pessoas não querem discutir esse tema, não querem ter contato com ele, não querem tomar conhecimento disso, porque é algo que está fora da nossa cultura. A nossa cultura não aceita bem a questão da morte e muito menos do suicídio.

Obrigado.

Eram os questionamentos que eu gostaria de trazer para vocês. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Eu concordo com V. S^a, Dr. Crispim. Inclusive, eu tive dificuldade no meu próprio gabinete para encaminhar a questão desse debate. As pessoas realmente não querem discutir isso. Por isso, nós vamos discutir, para contribuir com a política pública, pela importância do tema. Vamos tratar, com toda a responsabilidade possível, esse tema tão caro a todos nós, porque ele pode estar chegando à porta de cada um de nós sem percebermos.

Então, é necessário que se debata isso com muito cuidado e que a gente procure atuar da melhor forma possível.

Queria perguntar se a nossa Senadora Regina quer fazer o uso da palavra. *(Pausa.)*

Depois da nossa Senadora Regina, como prometi, alguns inscritos falarão pelo tempo máximo de três minutos. A campanha tocará após dois minutos, dispondo-se de mais um minuto para a conclusão.

A nossa Senadora Regina fique à vontade para fazer o uso da palavra pelo tempo que achar conveniente. Por favor.

A SR^a REGINA SOUSA (Bloco Apoio Governo/PT - PI) - Vou falar agora, porque sabem como é a nossa vida aqui. As coisas acontecem ao mesmo tempo. Eu queria ter estado aqui desde o começo, mas vamos para várias comissões. Precisamos resolver isso. Acho que poderíamos usar a segunda-feira para fazer algumas coisas que pressionam a terça, a quarta e a quinta.

É um tema a que eu queria ter assistido desde o começo porque me impressiona. O meu Estado, o Piauí, tem um índice muito alto de suicídio. E me impressiona a faixa etária, que é sempre jovem.

É sistema de saúde, mas como detectar? Tudo bem, quem já tentou deve ser acompanhado, mas existe aquele que não apresentava o menor sintoma, pelo menos aparentemente, e de repente faz isso.

O nosso sistema de saúde é curativo, é hospitalizante. Prevenção neste País não é... Não é que não haja; o Brasil tem um sistema de prevenção não nessa área, mas em outras, de doenças. É uma luta para se cumprir uma meta de vacinação das crianças! Existe a vacina disponível, mas é uma luta, e prorroga-se, prorroga-se, prorroga-se, porque a população não está educada a fazer prevenção.

Veja a luta nas campanhas de prevenção do câncer de mama, e 56 mil mulheres são detectadas todo ano com câncer de mama.

Quer dizer, a gente não tem essa tradição, essa prática da prevenção das doenças visíveis. Imaginem essa que é invisível.

Uma pergunta para os especialistas. Eu não entendo essa questão do segredo, até porque já convivi com pessoas muito próximas... Dizem que isso contagia, é muito sugestivo, que sugere outras pessoas. Que, quando há um suicídio, logo ocorre outro, justamente na família.

Eu presenciei três casos de suicídio na mesma família. Um irmão morreu, um jovem, e, no ano seguinte, no dia que completou um ano, outro também se suicidou. Essa família tinha que ter sido acompanhada. Não foi.

Agora, como prevenir? Como descobrir que uma pessoa tem tendência a suicídio?

Acho que o melhor lugar é a família, mas nós sabemos como estão as nossas famílias. A família é o melhor lugar para se perceber isso. Agora, dizer que a pessoa era normal, que nunca demonstrou e, de repente, fez isso.

Eu já vi dois casos em Teresina, um de uma pessoa muito próxima a mim, de adolescente, e depois se descobriu que foi por influência da internet. Quando abriram o celular deles, descobriram que o grupo só tratava dessas coisas, que a vida não valia a pena. O papo deles era muito para baixo, era muito depressivo. Mas quem acompanha um menino na internet? Um menino de 13 anos. No grupo deles, só se falava de coisas assim, de outra vida, que na outra vida seria melhor. Agora, pai não olha celular de filho, não sabe de que grupo ele está participando.

Estou levantando questões assim avulsas, porque realmente é um tema que eu acho intrigante. Não sei os profissionais que tratam a questão da saúde mental, se normalmente levam as pessoas só para tomar remédio também, para hospitalização? A pessoa dopada fica pior...

Existe essa história, para quem é profissional da área, de a pessoa ter tendência realmente ao suicídio? Ou ele é fruto do ambiente?

E, também, os profissionais não são formados para cuidar desse tipo de coisa. Aliás, anteontem na Comissão de Educação, falava-se disso. Nós reclamamos da aprendizagem, mas não se ensina o professor a ensinar na faculdade. Ele adquire conteúdos. Ele se forma em conteúdos, mas ele não aprende a ensinar. Como vai conseguir ensinar?

Então, da mesma forma. Um dia desses, discutindo saúde, sobre a questão do parto, da violência obstétrica, os médicos não têm lá uma disciplina em que discutam direitos humanos, em que eles discutam isso. Então, ele chega e se acha no direito de falar piadinhas para a mulher que está morrendo de dor para ter um filho, porque não é formado para isso.

Os profissionais têm que discutir esse assunto, mas é um assunto tabu. Eu nunca participei de um evento aberto para discutir suicídio. Este é o primeiro.

Fazemos seminário sobre tudo, mas não sobre essa questão.

Também queria saber se alguém sabe onde há experiências exitosas no sentido de diminuir o número de suicídios.

Obrigada. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Há duas perguntas de Senadores que eu quero passar para a Mesa responder; depois, teremos as outras falas abertas.

A pergunta do Senador José Medeiros foi sobre a diferença entre depressão crônica e depressão aguda e suas causas. E ainda há as perguntas da Senadora Regina Sousa.

Quem da Mesa...? Passo ao Marcelo para responder à pergunta do Senador Medeiros.

Em seguida, a Dr^a Olga vai responder à pergunta da Senadora Regina Sousa.

O SR. MARCELO TAVARES - Eu vou me permitir tocar nos dois assuntos, porque recentemente fizemos um levantamento em Teresina, com estudantes de Teresina, dentro de uma metodologia que chamamos de identificação precoce de risco. A ideia é identificar jovens em condições de vulnerabilidade ao risco de suicídio.

De certa forma, há algo que chamamos de vulnerabilidade e que pode ser entendido como uma tendência, mas, ao mesmo tempo, essa tendência é muitas vezes ativada por elementos do ambiente. Então não é só tendência, não é só ambiente. Muitas vezes, nós temos uma pessoa com vulnerabilidade que faz uma tentativa, por exemplo, diante de uma separação amorosa.

Naquele momento, ela tem então uma vivência muito aguda de sofrimento. Isso me ajuda a responder outra pergunta sobre a questão da depressão aguda ou crônica.

Na depressão crônica, há muito mais uma sensação de desesperança, que é uma falta de acreditar num futuro mais longínquo. A tristeza não é tão profunda. O prejuízo que uma pessoa com depressão crônica tem é mais voltado para a questão de motivação. Ela se sente desmotivada, desinteressada. Faz as coisas, mas sem aquela grande sensação de gosto.

A depressão aguda gera muito mais uma sensação de tristeza profunda, de angústia profunda e desespero. No desespero, a pessoa procura uma saída imediata, a qualquer preço, e é muitas vezes onde o risco de suicídio é mais grave.

Então, a pessoa com depressão crônica está relativamente mais protegida. Ela não está com zero risco, mas está relativamente mais protegida. O perigo dela é ela ter uma depressão crônica e ter um momento agudo. Aí, ela pode, pelo desespero, realmente tentar.

Mas o que achamos interessante com os estudantes em Teresina é que, ao final, nós fizemos perguntas de todo tipo, com vulnerabilidade: por exemplo, negligência parental; experiência de abuso físico, sexual, verbal; experiência com *bullying*; e uma série de outros fatores de risco que podem contribuir para que alguém em vulnerabilidade faça uma tentativa.

Ao final da entrevista, deixamos um espaço aberto para que eles pudessem dizer o que quisessem a respeito da experiência de ter respondido tantas questões sobre problemas tão graves da vida. E, para nossa surpresa, majoritariamente, o que eles colocaram foi uma sensação de gratidão, dizendo como foi importante para eles a nossa presença lá, questionando sobre essas experiências duras de vida, e que aquilo foi uma oportunidade de pensar a vida.

Então, interessante é que é uma metodologia de identificação precoce de risco, que no fundo leva o jovem à experiência de pensar sobre o que realmente importa na vida dele. Esse cenário é muito importante, porque não se faz prevenção do suicídio ou prevenção de drogas fazendo palestra sobre suicídio e drogas para jovens. Isso já foi verificado em pesquisa internacional e aumenta o risco. A prevenção tem que ser feita sobre como lidar com problemas importantes da vida; como dar ao jovem habilidades emocionais e sociais para enfrentamento daquilo que realmente importa naquilo que ele está vivendo.

A gente tem intenção de continuar o trabalho em Teresina. Nós temos um parceiro importante lá, que é o Dr. Carlos Aragão, mas seria um grande prazer, Senadora Regina, se pudéssemos conversar também, porque Teresina é uma entre as cinco capitais brasileiras com mais alto índice de suicídio.

Então, de fato, alguma coisa, alguma atenção a gente precisa dar para essa questão lá.

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Obrigado, Dr. Marcelo.

A Olga quer complementar?

A SRª OLGA OLIVEIRA - A prevenção de suicídio tem que ser feita em todos os níveis de atenção da saúde, em todos os níveis de escola, principalmente com aquilo que foi dito no trabalho a que o Senador se referiu. É o desenvolvimento fisiológico, morfológico, intelectual, emocional, de zero a seis anos de idade. O que faz isso crescer? Os estímulos, o amor e a atenção reduzem assustadoramente o perigo de alcançar um caminho indevido daquela pessoa com quem foi feito esse trabalho.

Todos os profissionais, tanto professores quanto os da saúde, têm que ser educados, têm que ser capacitados para poder atender, porque a depressão e o autoextermínio têm sinais no perfil da pessoa.

A primeira coisa seria desmistificar da sociedade o suicídio; que não se pode dizer que fulano teve três tentativas, que o filho do fulano, que é uma autoridade tal, de uma rede tal de mídia se suicidou. Por que não pode? Estimula? Estimula a família que estava próxima, mas a gente precisa saber a verdade do que está acontecendo para poder fazer a prevenção.

Nós temos de identificar e instruir os pacientes sobre a saúde mental deles, fazer a construção dessa saúde mental. Como? Com a educação continuada do profissional da educação e da saúde.

Os acadêmicos são importantes? São muito.

Como eu fiz um convite para o pessoal da Católica e da ESCS (Escola Superior de Ciências da Saúde) há duas semanas, não houve tempo de eles se adequarem. Os alunos do sexto ano estariam aqui, que são os internos que rodam conosco no Samu. Na próxima, Senador, teremos os acadêmicos aqui dentro.

Outra coisa: o Conselho Federal de Medicina tem uma cartilha de prevenção do suicídio. Há um monte de mitos, e algumas coisas são as verdades para tirar esses mitos. Todo mundo diz: "Ah,...". Aliás, o médico e o enfermeiro chegam no paciente e dizem: "Ele tentou, foi uma decisão dele; ele quis morrer".

Não é bem assim. Ele geralmente está passando por uma doença que altera a sua saúde mental de forma radical, e a percepção disso daí tem que ser feita por alguém próximo - um colega de trabalho, a família, um amigo, o marido, um filho, tudo. E isso tudo interfere no seu livre arbítrio; ele perde o senso por uma questão pequena.

O tratamento eficaz da saúde mental é a prevenção do suicídio.

Como eu faço isso? Como a Senadora disse, criando alguma forma de pegar essas crianças e fazer um trabalho, estimular um trabalho para essa criança, um esporte. Aquela menina que ganhou o concurso de redação era altamente deprimida, rebelde, revoltada. Ganhar aquele concurso de redação para ela mostrou... O que ela disse? "Eu descobri que eu posso."

Nós temos que dar oportunidade para que cada um descubra: "Eu posso".

E é isso que a gente tem que trabalhar.

Aquelas pessoas que ameaçam se matar estão só chamando a atenção? Não, isso é falso. A maioria delas avisa todo dia falando isso. Não é que ela esteja chamando a atenção, mas o seu perfil expressa que ela está com algum problema.

Isso acontece muito com o profissional de saúde, e o João, nosso psicólogo, sabe disso. Em determinadas situações, eu, médica, chega o profissional, e eu não consigo... E o que eu falo para as meninas? Chame o João. "Ah, doutora, hoje o João não está". "Chame o João, porque só ele vai dar conta, porque ele é especialista em saúde do trabalhador". E o João está em casa e vem, porque ele está tirando...

Ele já entrou em um carro no Eixo em que a moça estava tentando se suicidar. Ele esqueceu o risco dele e ganhou uma bronca minha: "Você não pode fazer isso". Mas ele tirou a moça do suicídio. Acreditam?

E é por aí que a gente vai.

Obrigada. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Queria anunciar a presença da minha companheira Edy, que está ali. A Edy e eu temos quatro filhos, cada um com sua forma diferente de viver, de 17 a 27 anos, e nós sabemos o quanto é importante este debate.

Vamos passar para o Edmar Carrusca de Oliveira, representante do Conselho Federal de Psicologia (CFP).

O SR. EDMAR CARRUSCA DE OLIVEIRA - Desculpe, não é Conselho Federal, é Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal.

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Perfeito, Edmar. Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal, não tão menos importante; é igual.

O SR. EDMAR CARRUSCA DE OLIVEIRA - Não, somos um sistema; trabalhamos...

Queria até, iniciando a minha fala, dar um abraço aqui no Vitor Barros Rego, prazer em conhecê-lo. Estamos aí na luta. Em primeiro lugar, Senador Hélio José, queria parabenizá-lo por este evento. É de uma tremenda importância este debate no Senado.

Gostaria de dar um abraço fraterno no meu querido Professor Marcelo Tavares, Lúcio Costa, Dr^a Olga, Dr. Mario Crispim. A minha pergunta é para o Marcelo.

Marcelo, eu acompanhei esse trajeto que você desenvolveu nos últimos anos. Lembro-me que quando você chegou à UnB, vindo de uma experiência nos Estados Unidos, um doutorado, acho - não é? Você tinha uma proposta de centros de intervenção em crise. E, hoje, você é responsável, junto com a Beatriz Montenegro - que está aqui com a gente, com várias outras pessoas e pesquisadores, não só de Brasília, mas da Católica e de outras áreas -, por um projeto de lei, um projeto de prevenção para discutir isso de uma forma diferenciada.

Você esteve, se não me engano, em Estocolmo - não é isso? E, a partir daí, você mudou a sua forma de atuação. O que mudou e qual a diferença entre esses dois momentos, por favor?

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - O nosso querido Dr. Marcelo vai responder, evidentemente, mas, agora, vou ter que continuar com as perguntas de todos, para ser feita uma resposta em bloco. Todos vão falar ao final, fazendo suas considerações finais, respondendo todos os questionamentos que virão. Então, anote aí, Marcelo.

A minha emoção, gente, foi porque quando a gente vê o filho do Alexandre Garcia se suicidando, o filho não sei de quem, o filho do Fábio Koff há pouco tempo atrás, há uns anos atrás, uma menina de 15 anos dar um tiro na cabeça, a gente vê tanta dificuldade. E isso acontece com tantas pessoas anônimas a toda hora, e está acontecendo a cada 14 segundos. A emoção é muito grande.

Lá em minha casa, por exemplo, eu tenho uma filha depressiva. Não sei por que ela é depressiva; ela tem uma depressão crônica.

Então, é importante a gente conversar sobre isso.

Helvécio Ferreira da Silva é Presidente do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

O SR. HELVÉCIO FERREIRA DA SILVA - Bom dia! É muito importante estar aqui.

É Helvécio Ferreira, piauiense, viu, Senador?

Cumprimento os ilustres membros da Mesa.

Mas, no Piauí, já no Vale do Gurgueia, na idade de buscar lenha para acender o fogão caipira, minha avó já dizia o seguinte: "As pessoas comem, bebem, vestem-se e se reproduzem. As pessoas têm desejos e necessidades. Precisam de satisfação e esperança".

São os pilares subjetivos que a gente aprende ao nascer.

A sociedade é estratificada, mas hoje é importante pensar que sociedade nós queremos e que sociedade nós estamos construindo.

Não existe desenvolvimento humano de humano com máquina, mas, sim, de humano com humano. O que nós estamos construindo hoje?

A velocidade com que a tecnologia evoluiu nos últimos anos, nos últimos 20 anos, é muito maior do que a evolução humana nos últimos 2.000 anos, mas não temos o tempo de assimilar essa evolução e esse conhecimento.

Para onde nós estamos indo? Qual é a perspectiva de vida para os nossos jovens adolescentes de 15 a 29? Que futuro os aguarda?

A estrutura organizacional do Estado hoje tem que ser revista; é preciso evoluir para se adequar às necessidades da população, da sociedade, a exemplo da saúde. Não se discute promoção da saúde, não se efetiva promoção à saúde. A prática hoje é na lógica do mercado privado, dos laboratórios e das indústrias. Tudo se resolve com medicação, com pílulas, com anabolizantes, com outros ingredientes artificiais.

Não há um antídoto melhor para os suicídios do que valorizar a vida, estabelecer o prazer de viver.

(Soa a campanha.)

O SR. HELVÉCIO FERREIRA DA SILVA - Na própria sociedade hoje, nós temos que pugnar pela estruturação das cidades saudáveis, a lógica das cidades saudáveis.

Nós temos um acúmulo de portarias e leis mortas, porque elas não foram concebidas, aprovadas, de acordo com a necessidade da própria população, porque a sociedade também precisa evoluir. Nós temos serviços públicos hoje que já foram excelentes no passado, mas a estrutura desses serviços precisa evoluir, a exemplo da saúde pública do Distrito Federal.

O índice de suicídio entre os profissionais da saúde é secreto, é um dos mais elevados do Brasil, o índice aqui do Distrito Federal, pela necessidade da intervenção no usuário, no paciente, e pela incapacidade, pela ausência da infraestrutura de serviços pertinentes a essa intervenção.

Você vive em um ambiente de extremos: do prazer, da felicidade do nascer, da realização, à impotência extrema de assistir à morte por falta de uma enzima para definir se uma pessoa está enfartando ou não. E esse é um ambiente de trabalho.

Não sou psicólogo nem psiquiatra, repito, sou piauiense... *(Risos.)*

Mas a gente aprende, desde o nascimento, quão importante é ter alguém para você amar, ter algo para chamar de seu e o prazer de viver irmanados em sociedade, uns com os outros, com solidariedade, com amor, com carinho, em uma evolução permanente. Hoje, nós temos uma sociedade que seleciona economicamente, socialmente, por grife e por *status quo* outros. E é isso que está matando a nossa juventude e deixando os nossos adultos e idosos também depressivos crônicos permanentemente. Como diz o Cristovam - saindo da lei e colocando viva -, nós temos o direito à felicidade e ao prazer de viver.

Obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Como diz um dos vários poetas brasileiros, o forte também chora. Por isso, a gente se emociona quando acontecem questões tão importantes quanto estas.

Paulo Vanzeto, analista judiciário do Tribunal Superior do Trabalho - TST, tem uma proposta muito interessante, inclusive, sobre essa questão de lidar com os jovens em situação de risco.

Por favor, Paulo.

O SR. PAULO CESAR DIAS VANZETO - Bom dia a todos.

Eu queria parabenizar o Senador por esta proposta de vanguarda. Fico imaginando como foi a reação de quem recebe essas propostas, de receber uma audiência pública de prevenção à depressão e ao suicídio.

É realmente uma coragem muito grande de V. Ex^a trazer a esta Casa uma proposta nesse sentido.

Eu já venho trabalhando há dez anos em relação ao assédio moral relacionado ao trabalho. Nesses dez anos, sempre tivemos o apoio da Dalzi Neres, que sempre me convida para palestras e propõe palestras em vários órgãos do Governo em relação a esse tema. Nessa discussão, como o mundo acadêmico nos fortalece a mente e nos remete a outros assuntos, do assédio moral, trabalhamos com o estresse e, do estresse, agora, estamos trabalhando com o suicídio. E eu, como novo membro, acho que o mais novo membro do Inasp (Instituto Nacional de Saúde Psíquica), dessa organização não governamental que vem trabalhando de maneira muito eficiente em relação à prevenção ao suicídio.

Bom, eu venho tratando deste tema em relação ao assédio moral nas relações do trabalho, e vejo a que leva o paciente a insistência, a permanência, esse assédio contumaz? A que isso leva esse trabalhador?

Hoje, é a segunda vez que eu venho a público, aqui no Senado, graças ao Senador Hélio José, e chego aqui com perguntas prontas, já formuladas e no andamento do trabalho vai se moldando o entendimento, porque as coisas vão se esclarecendo e surgindo mais dúvidas.

Bem, quanto ao meu estudo sobre estresse, quer dizer, essa reação não específica de um indivíduo que está submetido a uma situação, há vários estímulos, várias etapas. Até vou fazer essa pergunta ao Prof. Marcelo.

Dentre essas etapas, há o alarme, a resistência, o esgotamento e o esgotamento profundo. Na semana passada, conversamos sobre esse assunto na polícia civil, graças à iniciativa do Inasp, em nome de Dalzi, e lá foi discutido isso; quer dizer, o policial é assediado. E quando se fala em assédio não é aquele horizontal...

(Soa a campanha.)

O SR. PAULO CESAR DIAS VANZETO - ... nem aquele vertical, aquele assédio do chefe para o subalterno ou do colega para o colega. Trata-se do assédio da sociedade em relação a isso; quer dizer, o policial hoje recebe esse assédio.

Eu venho trabalhando nisso e concordo com todos os membros da Mesa que precisamos ter políticas públicas, uma atitude pública para evitar isso.

Então, eu procurei saber onde está o problema para se evitar o suicídio? Na base, na criança.

Então, hoje, eu tenho dois projetos. Um se chama Bola e trabalha com jovens em liberdade assistida; e, outro, em relação ao qual acabei de fazer uma parceria ontem, no Riacho Fundo, com a Promotora de Justiça Liz-Elainne, que é Chefe da Promotoria de Justiça do Riacho Fundo, é um trabalho chamado Atitude Mil, Crime Zero.

O que nós vamos fazer lá?

Trabalhar com esses jovens para que eles tenham a possibilidade de viver. Eu acho que o assédio vem quando um jovem não tem possibilidade de trabalhar com esportes - está na Constituição isso -, com lazer; uma parte da Medicina. A prevenção ao suicídio nada mais é do que trabalhar com a pessoa, desde pequena, para que ela tenha condições de sobreviver a esse assédio que existe.

Viver no mundo de hoje, competitivo, viver no mundo de hoje, como falou o Prof. Lúcio, se não me engano, sobre o ter, o comprometimento com os bens materiais, etc, isso nos assedia moralmente.

Eu costumo dizer, sem querer citar nomes, mas as Casas Bahia nos assediam todo dia quando colocam muitas propostas de bens materiais em 20, 30 vezes, pois nós comprometemos os nossos salários e ficamos em depressão por não podermos pagar as nossas contas.

Então, vejam bem: é interessante quanto se fala em prevenção a isso.

Eu estou fazendo um trabalho, agora, no Riacho, com essa parceria, para que esses jovens possam ter a chance de jogar bola no fim de semana; de fazer uma luta ou arte marcial no final de semana e durante a semana.

Nós conseguimos fechar uma parceria ontem com um professor de italiano que vai dar aula de italiano para essas crianças de maneira voluntária.

Então, essas políticas, as quais eu chamo de atitudes públicas, é que vão fazer diferença, quem sabe, daqui a dez anos.

Então, finalizando, a minha pergunta fica para o Prof. Marcelo. E, lamentavelmente, o Professor Marcelo pode ter que, no mês que vem, encerrar um trabalho excelente, em relação à prevenção ao suicídio, porque a sua ferramenta de trabalho vai ser fechada por falta de recursos financeiros. E quando eu falo em recursos, é muito menos, 1% ou muito menos, do que se gasta com muitos desses nossos meninos que estão sendo hoje apreendidos com problemas com a lei.

Então, a minha pergunta, Dr. Marcelo, seria nesse sentido, em relação ao que eu venho lendo atualmente, tentando entender, sobre o estresse. Qual o limite do estresse? Até quanto eu consigo assimilar o estresse? Quando vem a fase do alarme, da resistência, do esgotamento e do profundo esgotamento, qual o meu limite em relação a isso? Quer dizer, quando vem essa decisão do "Olha, não vale mais a pena viver"?

Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Agradeço, Dr. Paulo Vanzeto.

Passo a palavra para Ana Luíza de Oliveira Dias, funcionária da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

A SRª ANA LUÍZA DE OLIVEIRA DIAS - Bom dia, quero parabenizar, agradecendo-lhes pela oportunidade de estar aqui, o Senador Hélio e a Drª Olga, muito querida. Obrigada, Dalzi, pelo convite.

Bem, eu sou uma enlutada pelo suicídio e gostaria de ouvir de vocês um pouquinho sobre "pós-venção". Qual é o olhar da saúde mental, hoje, sobre esse tema?

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Obrigado pela objetividade, Ana Luíza. Assim, ajuda no tempo, mas é muito importante a sua pergunta. Eu acho que ela vai contribuir na colocação final dos nossos convidados.

Isa Souza, representante das donas de casa do Itapoã, que muito nos honra por estar aqui presente - terapia comunitária do Itapoã. Com a palavra, Isa.

A SRª ISA SOUZA - Bom dia, não estou representando as donas de casa do Itapoã.

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Está bem.

A SRª ISA SOUZA - Acho que houve um...

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Houve um equívoco com a outra Isa, que é diretora da associação lá. Agora que vi pela fisionomia.

A SRª ISA SOUZA - Na verdade é Ilza. Eu sou só Isa.

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Mas é tudo do Itapoã, uma comunidade maravilhosa, uma nova cidade no DF que precisa muito do nosso apoio, inclusive.

A SRª ISA SOUZA - Exatamente. Por isso, estou aqui.

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Isso.

A SRª ISA SOUZA - A minha pergunta, na verdade, já foi até contemplada. Vou aguardar a resposta.

Eu estou aqui representando a terapia comunitária integrativa. A terapia, pelo que eu ouvi aqui hoje, nas colocações, é uma roda de conversa onde partilhamos as nossas experiências. E eu acredito que seja uma das saídas para tudo o que foi falado aqui hoje. Se eu estou com um problema, e você já viveu o mesmo problema que eu, o que você fez ou está fazendo para sair desse problema?

Então, a partir do momento em que eu ouço a sua fala, compartilho a solução do seu problema, eu vou conseguir achar uma saída, não fazendo exatamente o que você está falando, mas eu vou descobrir os meus meios para que eu possa superar os meus problemas.

Eu gostaria também de ver qual é a possibilidade de, nessas políticas públicas, ser inserida a TCI (Terapia Comunitária Integrativa), já que ela vem crescendo significativamente no Brasil.

Eu estive em um Congresso de Terapia Comunitária em Ouro Preto, agora, em setembro, e eu fiquei, assim, assustada e muito feliz com o que eu vi lá: todo o País lá, e outros países sendo representados.

(Soa a campanha.)

A SRª ISA SOUZA - A terapia comunitária, então, vem crescendo gradualmente em todo o mundo.

Eu gostaria de ver qual a possibilidade de a gente implantar isso dentro do Distrito Federal.

Obrigada. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Quero passar a palavra para Juliana Alves Rodrigues, servidora desta Casa, do Gabinete do Senador Valdir Raupp.

A SRª JULIANA ALVES RODRIGUES - Oi, Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Pois não, Juliana, por favor.

A SRª JULIANA ALVES RODRIGUES - Obrigada.

Cumprimento a todos, e a minha pergunta é para o Presidente da CDH, Senador Hélio José, e para o Dr. Marcelo, professor da UnB.

Como foi dito aqui pela Drª Olga, médica-cirurgiã do Samu, eu gostaria de saber se há possibilidade de interagir com as instituições religiosas, no estímulo à prevenção, somando parcerias com esses entes através das políticas públicas.

Sabemos que é notório que as religiões têm um trabalho de suma importância no papel social das comunidades, não é, Senador?

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Ok, muito bom. Terminou, Juliana?

A SRª JULIANA ALVES RODRIGUES - Sim. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Obrigado, Juliana.

Quero passar a palavra para a penúltima inscrita, que é a Srª Mariana Rosa M. Santos.

Pois não, Mariana, por favor.

A SRª MARIANA ROSA M. SANTOS - Bom dia. Quero agradecer à Mesa, principalmente ao Senador, por esta audiência pública.

Bom, na verdade, é uma reflexão que posteriormente, se possível, o Senador poderia colocar para a gente.

Eu vou pegar aqui a fala da Srª Olga Oliveira, que foi exemplar, e que discorreu sobre a questão da religião como papel fundamental na prevenção contra os suicídios.

Eu achei, assim, muito boa, mas existe um parêntesis. E aí eu vou, também, pegar agora a fala do Sr. Vitor Barros com relação ao recorte da questão de gêneros.

Então, nós temos hoje, nesse cenário político em que vivemos, justamente essa problemática da intervenção religiosa. Alguns Parlamentares, inclusive, que são representantes de bases religiosas conservadoras intervêm e interferem bastante nas questões de gênero. E eu vou entrar na questão LGBT. Quantos e quantos adolescentes estão se suicidando por se assumirem LGBTs hoje em dia?

E aí eu entro no contexto político, Sr. Senador, porque hoje nós estamos discutindo algumas pautas nas Casas que justamente podem vir, no futuro, a piorar esses índices de suicídio.

E eu quero citar aqui um deles que é o Estatuto da Família, pois quando você determina um modelo de família e de valores familiares, quantas pessoas não se encaixam nesses modelos e podem, inclusive, se sentir à margem?

(Soa a campanha.)

A SRª MARIANA ROSA M. SANTOS - Coloco também aqui a questão que está sendo discutida, o PL nº 5.069, de 2013, que justamente penaliza as mulheres vítimas de estupro. Quantas mulheres podem vir a se suicidar por terem sido vítimas de abusos sexuais, de agressões sexuais?

E, para piorar, nós ainda estamos discutindo a questão do Estatuto do Desarmamento, e o professor colocou exatamente isto: que se potencializa cinco vezes mais nas pessoas que tenham autorização para utilizar arma. Imaginem se for liberado!

Então, sinceramente, eu, como sociedade civil, fico preocupada, porque há um grande potencial para se aumentarem esses índices de suicídio nos próximos anos caso essas leis passem pelas Casas.

Muito obrigada. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Muito importantes esses seus questionamentos, Mariana Rosa M. Santos.

Para finalizar, vamos passar a palavra para a nossa querida professora Andréa Barroso, da Secretaria de Educação do Distrito Federal.

Lembro que, amanhã, nós convidamos, para esta Casa, o Sr. Governador do Distrito Federal; o Sr. Ministro de Estado do Planejamento, responsável pelo fundo constitucional; o Sindicato dos Professores, o Sinpro; a CUT (Central Única dos Trabalhadores) e a CNBB, para um debate a respeito da crise vivida hoje no Distrito Federal e que é necessário superar.

Essa audiência pública será realizada aqui, amanhã, a partir das 9h da manhã.

E haverá uma segunda Mesa, com a presença do Secretário de Governo do Distrito Federal, responsável pelas negociações; do Sindate (Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Distrito Federal); do SindMédico (Sindicato dos Médicos do Distrito Federal); do Sindireta (Sindicato dos Trabalhadores da Administração Direta do Distrito Federal) e do Sindicato dos Auxiliares de Ensino de Educação, que são os sindicatos que estão encabeçando, principalmente, as greves que hoje estão acontecendo no Distrito Federal.

Estaremos, amanhã - todos são convidados -, a partir das 9 horas da manhã, aqui, nesta mesma Comissão.

Falei para o nosso Governador de Estado que, na minha visão, é a comissão mais nobre deste Senado Federal, já que mexe com todos os aspectos direcionados às relações e aos direitos humanos; ele é convidado, e esperamos contar com a presença de S. Exª o Governador de Estado, para discutir conosco saídas para as questões que são emergentes.

Soubemos do confronto entre a Polícia Militar e os professores. Eu estava até em uma viagem, e soltamos uma nota pública; este é o objetivo nesta questão. Sabemos que os policiais militares sofrem tanto quanto os professores dificuldades no dia a dia com relação à questão do trabalho. Estão aqui as pessoas falando dessas relações de trabalho.

Para os policiais militares, por exemplo, que ficam até 13, 14 anos sem ter nenhuma promoção, porque o interstício é enorme e impede a sua promoção, houve um compromisso do Governador de Estado de que iria diminuir o interstício e que iria fazer uma discussão sobre a progressão, sobre a recolocação, sobre o plano de cargos e salários da Polícia Militar. Sabemos que a dificuldade econômica hoje impede essa questão. Então, há um estresse muito grande na Corporação da Polícia Militar do Distrito Federal, que é uma das melhores do Brasil, na minha visão, e no Corpo de Bombeiros Militar, que precisam ter, minimamente, um norte.

E há um estresse com os servidores da saúde, da educação e os demais servidores da Administração Direta, pois foi feito um acordo coletivo, e o Governo não o está cumprindo ou está com dificuldades de cumpri-lo e não aponta uma solução mais razoável para que possa cumpri-lo.

Então, amanhã, o objetivo é tentar superar e ver como podemos chegar a um meio-termo nesta audiência pública que teremos amanhã.

Passo a palavra, então, para a nossa Profª Andréa Barroso, Secretaria de Educação do Distrito Federal (SEDF).

A SRª ANDRÉA BARROSO - Eu sou psicóloga e trabalho na Secretaria de Educação.

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Sem problema.

A SRª ANDRÉA BARROSO - Achei muito interessantes as palestras de todos vocês. Temos atendido alguns casos desse tipo, e são complicados, mas é preciso um acompanhamento desse tipo de comportamento. Faz-se necessária uma terapia, e que o paciente esteja em uma terapia semanal. Precisa, sim, haver continuidade na terapia, de se conversar não só com o paciente, mas, se possível, também com sua família. Então, é muito importante esse convívio com o paciente e não deixar que isso se agrave mais. A gente tem sempre que estar atento a tudo isso.

Bom dia.

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Agradeço à nossa querida Andréa Barroso, psicóloga da Secretaria de Educação, mas não menos nobre do que as professoras, que também são fundamentais para nós todos. Afinal, quem ensina o ABC merece, e a gente convive muito com os professores a vida inteira.

Amanhã teremos esta audiência, e foi bom a servidora da secretaria me lembrar de fazer um convite a todos aqui.

Normalmente, estipulamos o tempo de cinco minutos, mas fique à vontade, já que foram tantas perguntas. Portanto, têm de cinco a sete minutos para tentar fazer as considerações finais e apresentar as respostas.

Questiono à Mesa quem gostaria de falar primeiro?

Geralmente eu faço a ordem de trás para frente, mas alguém tem preferência? (*Pausa.*)

Então, vamos passar a palavra para o Lúcio Costa, para possa fazer as suas considerações já que ele foi o primeiro a se manifestar.

O SR. LÚCIO COSTA - Bom, eu fiz algumas anotações aqui e refletindo um pouco sobre o que todo mundo falou, fico pensando - a partir do questionamento levantado aqui pelo Vitor - se, de fato, a gente precisa de uma legislação específica para tratar desta questão.

Eu não sei, porque suicídio não é uma doença; é importante que a gente desvincule uma coisa da outra. Suicídio, em si, é um processo fim; não é algo que possa ser tratado. Suicídio é o final de um processo, do desdobramento de ações, de comportamentos, enfim.

São várias as políticas públicas que hoje existem e que atuam na prevenção e na promoção de saúde, ainda mais se a gente levar, se a gente entender saúde como a concepção da Organização Mundial de Saúde, em que saúde é um bem-estar físico, psíquico e social. Então, fundamentalmente, a gente tem que pensar para além da ausência de doença, mas nas condições em que aquela pessoa vive, aquela família, aquela comunidade vive. Isso é pensar saúde pública.

Portanto, trabalhar a perspectiva da prevenção e da promoção da saúde passa por todos os níveis de atenção. A gente não está falando que só o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é o equipamento que tem que dar conta de dialogar com essa problemática, com essas questões; ao contrário, da atenção básica até...

Não sei se o Dr. Marcelo... Salvo engano, Dr. Marcelo, eu ouvi... Ah, não, isso foi em outro documento...

Eu li a diretriz para a prevenção ao suicídio, mas estava vendo que a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde publicou, na semana passada - e se vocês por curiosidade quiserem entender como está a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no País vale a pena acessar -, um documento chamado Saúde Mental em Dados, nº 12. E, nos Municípios, que são grande parte do nosso País - salvo engano 3 mil Municípios em nosso País possuem uma população com menos de 15 mil habitantes -, a saúde mental é promovida pela atenção básica, pela unidade básica de saúde. O que estou querendo dizer com isso é que não é o CAPS o único equipamento responsável pela promoção da saúde e da saúde mental.

Então, nós temos a estratégia de saúde da família, os núcleos de atenção à saúde da família, agentes comunitários de saúde; quer dizer, nós temos um arranjo de políticas públicas que hoje promovem a saúde mental e com ela dialogam.

E aí, a partir da fala do Dr. Crispim, permita-me discordar quando o senhor menciona que nós precisamos criar serviços que diminuam o sofrimento psíquico. Sobre isso, eu tenho um entendimento diferenciado, porque esse desenho de criar equipamentos públicos para tratar de doenças era o que mais ou menos nós tínhamos com o hospital psiquiátrico. A proposta do hospital psiquiátrico era um espaço em uma instituição que tinha a figura ou o desenho de ser o grande responsável por cuidar da saúde mental. O que diminui o sofrimento psíquico não são os equipamentos, mas é o tear das relações, é o fortalecimento dos laços afetivos, dos laços sociais. E, aí, não há equipamento público que dê conta disso, porque nós precisamos ter como horizonte muito mais uma transformação cultural sobre as nossas relações; nós precisamos de uma transformação cultural.

(*Soa a campanha.*)

O SR. LÚCIO COSTA - Todo cidadão deveria discutir qual sociedade ele quer, mas, hoje, nem todo cidadão está preparado para discutir isso.

Nós pegamos aversão à política e, por consequência, às políticas públicas. O que é mais fácil para nós, como sociedade hoje, é rechaçar o Parlamento, é rechaçar o Executivo, é rechaçar o tear das políticas públicas, e isso, de fato, impede que nós fortaleçamos esse tipo de relação.

Temos uma preocupação significativa, no campo da reforma psiquiátrica e da saúde mental, sobre parcerias com instituições religiosas. Acho que cada indivíduo tem uma afinidade, tem uma crença ou não com determinados segmentos religiosos, e isso tem de ser respeitado ao cabo; tem que ser legitimado e garantido, pois o desenvolvimento da espiritualidade e a relação com a fé que aquele indivíduo tem devem ser preservados. Isso não significa que nós tenhamos de transportar a religião para a política pública. A política pública tem que fundamentalmente ser laica.

Hoje, algumas parcerias com determinados segmentos têm causado, ao contrário disso, perseguição a determinados segmentos religiosos. Há algumas comunidades terapêuticas que tratam de pessoas que fazem uso de drogas, e muitas vezes aquele indivíduo que é do Candomblé, por exemplo, sofre uma perseguição, se é que ele pode ficar nessas comunidades terapêuticas, pois a doutrina determinante em algumas delas é de uma perspectiva evangélica que não aceita o diálogo com outro tipo de identificação religiosa. Ou até mesmo com os ateus: uma pessoa atea que está em determinada comunidade terapêutica pode ter dificuldade de expressar a sua não crença.

Então, eu acho que as políticas públicas, pelo menos no campo da saúde mental hoje, priorizam o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Qual é a função do Projeto Terapêutico Singular? Respeitar a singularidade de cada indivíduo. Se o indivíduo vê a religião ou a expressão da sua fé como uma alternativa para adotar como respaldo para aquele momento difícil, isso tem que ser valorizado, isso tem que ser garantido.

Agora, transportar ou financiar determinadas religiões para as políticas públicas, isso, eu acho, pode funcionar inclusive de maneira contrária ao que se espera.

Acho que o debate é muito amplo e que o Senador acerta em trazer, como muitos aqui já o disseram, este debate à tona.

Eu queria, levando em consideração o curto espaço que temos para debater, colocar-me à disposição do Senador novamente; colocar a Secretaria de Direitos Humanos à disposição, não só do Senador. Eu acho que, para continuarmos este diálogo, caso surja alguma questão a ser levantada, vou passar o meu *e-mail* que é: lucio.costa@sdh.gov.br.

Agradeço mais uma vez, colocando-me à completa disposição para a gente, em outro momento, ou em outros momentos, continuar essa reflexão.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Agradecemos ao Lúcio Costa.

Passo a palavra ao nosso amigo Marcelo Tavares, professor do Instituto de Psicologia da UnB - Universidade de Brasília.

O SR. MARCELO TAVARES - Obrigado.

É até difícil, porque foram muitos comentários interessantes e muita vontade de falar sobre todos eles para dar a cada um a atenção que merece, mas eu vou tentar aqui fazer uma síntese.

A observação do colega Edmar Carrusca sobre a minha trajetória, que ele tem acompanhado, é bastante pertinente, porque a minha formação básica é intensamente clínica, com uma preocupação muito grande com o sofrimento psíquico grave e formas de tratamento ou atendimento de pessoas que estão em momentos, assim, emergenciais. Até mesmo o trabalho que desenvolvíamos antes no Hospital de Base era com as pessoas que fizeram a tentativa; atualmente, houve uma transferência, e estamos hoje no HRAN desenvolvendo esse trabalho.

Mas o meu contato com o Instituto Karolinska, em Estocolmo, trouxe para mim uma visão muito mais dirigida para a questão do problema da saúde pública em relação à prevenção ao suicídio.

É claro que este trabalho com pessoas com sofrimento grave precisa ser feito. São aquelas pessoas que estão naquele momento de vida em que alguma mudança radical precisa acontecer na vida delas para que ela continue valendo a pena. No entanto, é preciso compreender a trajetória - porque aquela pessoa não ficou daquele jeito de repente - que ela fez, de vida, para chegar àquele ponto, o que começa, muitas vezes, na infância.

Então, nos jovens que são expostos, crianças, a uma situação de violência, a abuso sexual, físico, violência doméstica, abuso verbal, *bullying* na escola, a todo tipo de contexto que no fundo é uma agressão à vida, tudo isso vai exercendo uma

espécie de peso para aquela pessoa, e, mais tarde, ao longo da vida, aquilo vai se tornar insustentável, que é o momento, então, da crise suicida.

Por isso, então, eu comecei a lançar o meu olhar para a preocupação com o que acontece nas escolas aos nossos jovens; e, também, nas instituições, como o Vitor trouxe muito bem, a questão do trabalho. A Dr^a Olga também falou dos profissionais de saúde. Então, esse meu olhar foi mudando nessa direção.

Sobre a questão de leis viáveis, eu acho muito mais preocupantes definições importantes - eu acho que esta Mesa confirma isso - de políticas públicas eficazes do que leis eficazes. Por exemplo, nós já temos uma determinação do Ministério da Saúde para notificação compulsória da tentativa de suicídio.

Esse trabalho que nós exercemos, dentro do hospital hoje, tenta fazer com que essa notificação se torne uma realidade.

A norma diz que todo e qualquer profissional de saúde tem essa obrigação. Então, aquele primeiro que entra em contato com o risco deveria notificar. O fato é que a notificação não é feita.

A Dr^a Olga deu o exemplo dela aqui, e eu tenho o meu no Hospital de Base, que é muito semelhante: a gente acolhia três, quatro novos casos de tentativa de suicídio por semana, e a estatística do hospital era de dois casos ao ano. Então, ela tem um dado um pouco diferente, de outro momento observado lá, mas isso é mais ou menos generalizado no País inteiro.

(Soa a campanha.)

O SR. MARCELO TAVARES - Então, como fazer essa política funcionar?

Isso depende de um trabalho de educação dos profissionais, de acompanhamento desses profissionais, de criação de meios internos nos hospitais que tornem isso possível.

Uma das coisas que estamos fazendo no HRAN é que o nosso grupo assumiu essa responsabilidade. Então, nós temos agora estagiários e profissionais recém-formados, em treinamento e em serviço, que estão acolhendo essa possibilidade de fazer isso.

Sobre a questão do limite: quanto estresse alguém aguenta? Isso varia de pessoa a pessoa em relação aos recursos internos que ela tem e também dos suportes externos no contexto, nas inter-relações que ela tem e que ela é capaz de acessar, mas o que é interessante é que, independente da capacidade de cada um no enfrentamento de situações estressantes, as respostas de riscos, quando elas chegam a um limite, são muito parecidas: a questão da desistência, o comportamento de desinvestimento, de isolamento, o sentimento de depressão, a sensação de desespero e a comunicação suicida, começando a dizer: "Assim não dá. Não aguento mais. Vontade de sumir. Quero acabar com tudo". Essas são formas de comunicar que se está vivendo um sofrimento, que é intenso demais para ela naquele momento e que é preciso parar e acreditar em alguma coisa.

O último comentário que eu vou fazer, sob pena de não responder a todas as questões, é sobre a questão da religião, porque ela é gravemente mal entendida em relação às pesquisas que existem sobre isso e à forma como a sociedade toma esse resultado das pesquisas.

A religião, em si, não pode ser imposta; é uma crença da pessoa. O que protege, na religião, de verdade, é ter fé, ter um senso de aceitação, sentir que o seu sofrimento pode ser ouvido, que tem alguém capaz de aceitar, compreender e validar a minha experiência.

Quer dizer, quando a religião é capaz de oferecer isso, e eu posso me sentir uma pessoa com uma existência validada, eu posso começar a transformar aquela experiência dolorosa que eu tenho, e a religião é um grande recurso.

Mas o que eu vejo, muitas vezes, é a compreensão por via da opressão e imposição da fé do tipo: "Vamos orar". Ou do comportamento compulsivo: "Você tem que ir ao culto. Você tem que fazer isso ou aquilo".

Então, olha que coisa curiosa. Nos grupos, quanto mais fundamentalista mais suicídio tem. Então, não é a religião, não é ter a religião; é o sentido daquela religião na vida daquela pessoa, como aquilo é integrado para a qualidade de vida, para dar sentido à vida. Isso porque, se a religião é mais uma opressão, então, ela deixa de ser um fator de proteção e torna-se um fator de risco.

Fui lembrado aqui de um tema, realmente, extremamente importante colocado pela nossa colega Ana Luíza sobre a pós-venção. A pós-venção é o termo que foi consagrado internacionalmente para se referir a ajuda às famílias enlutadas, as pessoas que perderam um ente querido por suicídio, que passam a estar em sofrimento. De todas as causas de morte, o suicídio é a mais difícil de ser assimilada na experiência de vida. De uma certa forma, o suicídio... Quem ama alguém que se mata vai ter que dar sentido à vida, porque já é difícil dar sentido à vida, não é? Quer dizer, quando a gente para e se pergunta: "Qual é o sentido da minha vida?" Inclusive filosoficamente, é um problema sério que tem ocupado os filósofos aí por milênios.

Agora, quando alguém se mata, aqueles familiares que estão mais próximos, aqueles amigos, inclusive colegas de trabalho, vão ter que ressignificar a própria vida e vão ter que dar um sentido àquele ato daquela pessoa que ela ama.

Esse é um processo extremamente doloroso, é um dos lutos mais difíceis de serem superados e é extremamente necessário que haja alguma ação dirigida para isso.

Eu estive em junho no Congresso Internacional da Sociedade Internacional de Prevenção do Suicídio, no Canadá, e uma das coisas que eu vi lá e que me pareceu, assim, mais promissora, mais interessante e estimulante foi a organização da sociedade civil de pessoas que viveram essa experiência. Eles chamam esse movimento de *lived experience*, ou seja, o movimento da experiência vivida.

De fato, não há nada mais poderoso do que a associação de pessoas que passaram por essa experiência, porque elas sabem do preconceito na sociedade, elas sabem o que elas ouviram das pessoas, o que ajuda e o que atrapalha.

Então, elas têm condição de formar uma rede social de suporte para outras pessoas que venham a passar por essa experiência muito mais forte e muito mais poderosa do que a terapia tradicional. Não que a terapia não seja importante porque ela será sempre importante em alguns casos, mas não nem todos. A palavra amiga de alguém que já passou por isso e pode dar para alguém que está começando a tentar compreender a perda, uma perda tão significativa, é absolutamente essencial.

Agora, uma das coisas que poderia ser feita em termos de política de saúde é que as nossas organizações de saúde abrissem espaços para que esses grupos se organizassem; criassem meios favoráveis para que esses grupos se organizassem.

Como em alguns lugares, por exemplo, têm uma linha telefônica ou têm algum espaço de divulgação, alguma coisa que dê suporte a essas iniciativas, porque é baixíssimo o custo: você está trabalhando com pessoas leigas, mas com uma experiência riquíssima de vida e que estão voluntariamente querendo ajudar alguém.

Então, essa é uma perspectiva extremamente interessante, que eu acho que a gente precisa assimilar aqui no Brasil também.

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Agradeço ao nosso Marcelo. (Palmas.)

Vamos dar todo o apoio - viu, Ana Luíza? - a esta questão da pós-venção, porque, pelo que ele esclarece, é muito importante. Vamos passar a palavra à Dr^a Olga Oliveira, médica do serviço de atendimento do Samu.

A SR^a OLGA OLIVEIRA - Bom, eu vou responder, mas não anotei o nome de algumas pessoas.

O fato de não podermos falar sobre o suicídio. Podemos sim. É falso não falar. Podemos falar sobre o suicídio e não vamos aumentar o risco. O risco está naquele nicho, no núcleo, de pessoas que se relacionavam com quem foi embora. Ali, a gente tem que trabalhar. Naquele núcleo, naquela família, nós temos que trabalhar, mas falar sobre o suicídio, conversar para ver a angústia de cada um e poder chegar ao âmago daqueles que estão sofrendo.

A mídia pode falar? Pode, mas criou-se, como é que eu digo, sei lá, uma lei, uma coisa de que falar é crime. Não é não. A mídia deveria falar. Não tem que esconder, porque se aquela pessoa se suicidou e eu posso de alguma forma trabalhar quem a cercava, para evitar um outro, porque há contaminação de quem está em volta, e aí vem a sequência. Não é genético; é porque ela conviveu com aquilo, e ela acha que vai conseguir o mesmo caminho, do mesmo jeito.

Então, a gente tem que abordar o tema, mas de forma adequada, claro. Isso não vai aumentar risco de quem está ouvindo querer se suicidar não.

Agora, a Ana Luíza, sobre como tratar as pessoas, familiares e amigos envolvidos naquela perda. Nós somos pré-hospitalares, e o nosso pessoal do Nusam (Núcleo de Saúde Mental) pode trabalhar com o paciente por até um mês. A partir daí, graças a Deus, que vem complementando 70% da rede, é a Dalzi, porque nós não temos como enviar por falta de estruturação dos nossos CAPS, essas pessoas familiares. Entendeu, Ana?

Então, nós e os meninos - o João, a Luciana e a Nice - encaminhamos para a Dalzi. Lá, esses voluntários - o Dr. Crispim é um deles - nos ajudam a cuidar dessas pessoas familiares que precisam e devem ser cuidados pelo Estado.

Por isso, eu falei sobre a religião, Juliana. Não é a religião como aquele ser condutor de alguma coisa, ditando normas não; é a religião a que a sua fé a leva, a sua fé... Da mesma forma é o trabalho que o Dr. Paulo, do Tribunal Superior do Trabalho, está fazendo com os meninos; é o mesmo formato de trabalho. Você está fazendo com que aquela cabeça, de alguma forma, enxergue uma luz para caminhar, enxergue um corrimão para se apoiar. Não é imperativo, como disse o Marcelo, mas o trabalho da religião, não como opressora, mas como aquele apoio funciona, e muito bem. Existem trabalhos ali que partem para o trabalho de artes manuais e a gente sabe disso.

Agora, em grande parte dos pacientes - aí eu vou falar como religiosa, claro -, a gente vê a parte espiritual. Se alguém está falando comigo, eu tenho um dom de ver e de sentir.

Então, se alguém que está falando não tem... Eu começo a...

(Soa a campanha.)

A SRª OLGA OLIVEIRA - Às vezes, até peço a Deus para me deixar fora, mas Ele não deixa. Há uma influência espiritual, porque nem todo...

O que é - como você falou da parte do homossexualismo, da rejeição que se tem. Essas pessoas se esquecem de que... O que nós temos de certo na vida? Nascer? Não! Pode vir um aborto antes: com três dias, com uma semana; nem corpo formado existe. O que é certo na vida? A morte! E isso aqui para a gente é temporário, é passageiro. O que a gente leva - para quem acredita que vai para algum lugar? Seus atos, seu comportamento. A mala do dinheiro que você tirou da Lava-Jato, do que é que foi, fica aqui, e o "Ricardão" vai gastar e rir da sua cara. Agora, você não vai achar uma porta para entrar. Você vai ficar aqui importunando quem é de carne ainda, quem está vestido, quem está vivo. Esse é o obsessivo que fica, porque ele não acha algum lugar para ir, porque a consciência dele não permitiu, pelos atos que fez. E o nosso corpo é temporário! A gente tem que cultivá-lo muito bem. Nós temos que cultivar esse santuário dado por Deus. E ter uma fé em alguma coisa e procurar fazer sempre algo produtivo.

Alguém citou aqui a Síndrome de *Burnout*. Eu tive *Burnout*. Eu estava chefe temporária da UTI Neonatal do HMIB. Um secretário de Saúde - recebi uma denúncia - estava comprando material usado de uma empresa recém-criada em Goiânia - material de UTI, de oito anos de idade - e queria jogar e terceirizar a UTI Neonatal. Ah, não prestou! Corri atrás de quem? Da lei! Bisol ficou sabendo. Mandeí fotografia. Engenheiro da Secretaria fotografou, mandou. Com dois dias, o cara me liga - eu estava no sindicato - porque na época eu era da direção. Eu cuidava do Cuidando do Cuidador. Eu cuidava do médico na sua saúde, dentro do sindicato. Ele ligou e falou horrores e horrores. Vou só contar o final, quando ele disse: "A doutora está esquecendo. A senhora está colocando o Ministério Público, o Pro-SUS nisso? Está esquecendo que eu sou o secretário de Saúde". Eu disse: "Quem está enganado é o senhor. O senhor não é o secretário de Saúde. Eu sou funcionária pública concursada, e o senhor está secretário de Saúde". Só que o meu ódio estava assim... Dois dias depois, eu descobri que eu não estava enxergando; meu olho arrebentou sozinho.

(Soa a campanha.)

A SRª OLGA OLIVEIRA - E eu fiz uma Síndrome de *Burnout*, eu fiz um derrame seroso. Hoje, eu não tenho foco no olho direito, porque eu deixei a raiva tomar conta, a cólera, e, depois, veio a depressão. Eu me agredi. Aí, eu aprendi que eu tinha que me controlar mais: e hoje eu me controlo mais. Estou engolindo um sapo danado atualmente e sei que vou engolir mais com algumas coisas que estão mudando diretamente ligadas a mim: e está mudando, Presidente. Vai sair no *Diário Oficial* hoje. Aí, eu abro a boca. Mas eu estou me controlando, porque a gente tem que tentar se controlar. O gatilho que faz uma pessoa ficar deprimida é uma ação dessas. Isso foi um assédio moral de um secretário de Saúde. Mas, como eu fui atrás do que me protege, que é uma lei, ele não montou a UTI, ele devolveu e desfez o negócio. Se responde a processo ou não, não me interessa, mas ele não prejudicou o trabalho que se fazia em uma UTI de 46 leitos. Deu para entender? A resposta de todo mundo?

Obrigada.

(Soa a campanha.) (Palmas.)

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Gostaria de agradecer ao nosso Dr. Lúcio Costa, que vai ter de se retirar porque tem uma reunião agora lá na Secretaria de Direitos Humanos e Igualdade Racial da Presidência da República. Quero agradecer-lhe pela brilhante apresentação, pelas respostas, e liberá-lo para esse compromisso na Presidência da República que é muito importante. Só faltam duas intervenções para a gente encerrar.

Vou fazer logo a minha intervenção nesta fala. Eu quero dizer que sou católico por convicção. Tenho mais de 30 anos de participação na Igreja Católica, no Encontro de Casais com Cristo, no Encontro do Diálogo, no Encontro do Ágape - o Amor Incondicional - e em outros eventos da Igreja Católica. Respeito todas as religiões e todas as posições, porque eu acho que o mais importante é ter fé e ter convicção de alguma coisa, porque nesta vida nós somos passageiros.

Então, eu creio que as manifestações religiosas, quando não tão fundamentalistas, ajudam e ajudam muito a pessoa a se encontrar, a ter algum eixo. E, com relação aos projetos nesta Casa, por exemplo, a questão de definição da questão da família, eu acho que isso é muito polêmico. Temos que debater com mais cuidado, para não levarmos a situações extremas - como foi aqui colocado - por causa da definição em lei de uma situação que está em formação, está em discussão.

Com relação à terceirização, temos uma posição clara: essa precarização só vai levar a uma situação mais degradante do trabalhador e, conseqüentemente, vai aumentar e muito o que já foi aqui dito pela nossa interlocutora que fez a pergunta.

Então, por isso, nós temos feito o debate. O nosso Presidente do Senado tem sido muito sensível. Esse projeto não será votado neste ano. Esse projeto deve ser debatido no tempo necessário. O nosso Presidente desta Comissão e todos os membros - eu, Senadora Regina, Senador José Medeiros, Senador Dário - temos feito vários debates com relação a esses temas aqui nesta Casa para evitar esse tipo de aprofundamento da crise.

Com relação aos indígenas, o que aqui fora colocado, nós temos discutido uma série de leis sobre essa situação, uma série de legislações, para tentar evitar esse extremo que tem ocorrido: realmente é muito alarmante o alto nível de suicídio nesse setor, porque a terra é tudo para o indígena. Então, nós temos de considerar as culturas; a cultura é fundamental para um povo.

Então, eu continuo aqui neste debate. Defendo a família incondicionalmente e, por isso, estamos fazendo esta questão aqui. E no que pudermos ajudar, respeitando todos os credos e religiões, nós o faremos, para que possamos fazer com que a vida prevaleça, porque eu acho que ela é mais importante para todos nós.

Então, a minha fala seria isso. Eu já considero falado. Ao final, vou só encerrar. Então, dando a minha resposta, libero aqui o Dr. Lúcio Costa, mandando um abraço à nossa Ministra.

Muito obrigado a você.

Vamos passar para o Vitor Barros Rego fazer a sua fala. (*Palmas.*)

O SR. VITOR BARROS REGO - Bem, vou buscar ser breve também. Acho que nós até passamos um pouco do tempo, não é?

Eu estruturei aqui algumas respostas, até mesmo assim algumas coisas que foram comentadas, sobre as quais acho que também seria importante dar um pouco do meu viés. Falou-se sobre o *burnout* e o estresse. Minha área mesmo é saúde mental no trabalho, o que já estudo há uns dez anos. Tenho estudado o suicídio no trabalho - inclusive, a convite do Senador Paim, estarei aqui no dia 12 de maio, se eu não me engano, sobre a terceirização, que é um projeto que eu estou fazendo na faculdade com os meus alunos, mapeando o estresse do teleoperador que, digamos assim, representa bem a categoria dos terceirizados no País. É uma categoria que tem muitos índices de afastamento, mas também uma fragilidade enorme trabalhista, porque qual é a proposta? Contratar pessoas no seu primeiro emprego, pegar essas pessoas que tocam tudo pelo emprego e sugar até a última gota de seu suor. Realmente, sugam até a última gota de suor, e muitos pedem demissão ainda adoecidos, em depressão, e até mesmo alguns já com tentativas de suicídio.

Então, nós temos mapeado isso e, até o final de fevereiro, vamos finalizar um documento para trazer aqui também. E eu acho que é muito válida a discussão sobre o estresse no trabalho também, até pela pergunta do Dr. Paulo, não é isso? Como o Prof. Marcelo falou, cada um tem o seu limite, mas o estresse pode levar a quadros, inclusive, de tentativa de suicídio: ideação e tentativa de suicídio. A Dr^a Olga trouxe aqui a experiência dela; eu também já sofri com *burnout*, que é o esgotamento profissional, é a fase em que o estresse já chega ao final mesmo.

É uma doença terrível, em que não se tem controle de nada do seu corpo. A sua cabeça está funcionando e ela quer fazer tudo. É como se fosse assim: a doença daquela pessoa que ama o trabalho, mas cujo corpo faz greve. Então, simplesmente não se consegue mais trabalhar.

E o que adoce mesmo nesse contexto de trabalho e que leva à tentativa de suicídio é essa dimensão política e ética no trabalho, que é ferida. Na Secretaria de Saúde e na Secretaria de Educação principalmente, porque você tem interferência política. Você não consegue fazer o seu trabalho como profissional de saúde, você não consegue fazer o seu trabalho como profissional de educação, porque tem interferência política. Não é simplesmente na destinação de recursos, mas também em decisões sobre como funciona em sala de aula. E acho que, quando falamos deste tema, suicídio, por ser tão delicado, vamos puxando esses fios e chegando a outras dimensões do social, chegando também a essa questão do trabalho.

A Mariana perguntou sobre a questão da religião, do gênero feminino e desse modelo de família. Como o próprio Senador trouxe aqui, é um tema polêmico que ainda está em formação. Eu, como cidadão, espero que não passe adiante. E eu, como profissional, também, porque isso só tende a intensificar a intolerância, só tende a intensificar também os riscos de suicídio. Ao promover uma lei que promove a exclusão, você está promovendo também um Estado segregador. Então, isso tem uma forte interferência na saúde mental das pessoas.

Uma outra questão aqui foi colocada, e o Lúcio a trouxe aqui para nós: justamente essas políticas públicas não têm oficialmente o aparelhamento de religiões porque elas, de fato, têm que ser laicas. Ainda somos um país intolerante para algumas religiões. E, principalmente, ter isso como um movimento da sociedade civil, isso é extremamente importante. O Marcelo trouxe aqui um exemplo interessante do Canadá.

(*Soa a campanha.*)

O SR. VITOR BARROS REGO - Aqui em Brasília, também temos. Recebi dados de uma aluna que mora em Águas Claras - e foi ela quem me informou sobre a quantidade enorme de suicídios que estão ocorrendo nesse bairro aqui em Brasília. Ela falou de um indicador de um pastor da Igreja Batista. Então, assim, não foi alguém formal, da área, algum profissional de saúde, algo do tipo ou alguém do serviço social que fez isso. Foi da igreja, não é? E falou que, no mês de outubro, houve oito ou nove suicídios só em Águas Claras, em um único bairro!

É uma medida deles. Pode ser que até seja mais do que isso, mas é um armamento civil em volta disso aí. Eles têm um grupo no Facebook chamado Mães Amigas de Águas Claras e Região. Eles se juntaram... Antes, era para falar sobre questões de buraco na pista, ou se alguém conhece alguém que tem uma empregada, coisas assim bem de classificados e de movimento civil comum. E, de repente, virou essa força política. Então, é preciso dar essa validade e também esse amparo, de como essas pessoas podem ter também o aparelhamento do governo para dar esse amparo.

Bem, creio que é isso. Agradeço por ter participado. Fico muito feliz mesmo por esse tema estar sendo debatido em uma Casa política, no Parlamento do Brasil. E espero que tenhamos mais e mais debates e também mais participações de outras partes da sociedade que tenham interesse também nesse assunto.

Obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Agradeço aqui ao nosso querido Vitor Barros Rego, colocando o nosso gabinete à disposição, Vitor, para discutir esses temas importantes que se discutem no DF. Agradeço a você e a todos aqui, para que nós possamos fazer a apresentação de algum projeto de lei, de alguma coisa, alguma discussão seja importante. Estamos às ordens.

Vamos passar aqui para o Dr. Mário Antônio Crispim, psiquiatra da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal, nosso último palestrante de hoje aqui a se pronunciar.

Antes de ele se pronunciar, esqueci-me de falar sobre o desarmamento. Então, eu tinha uma arma em casa. Livrei-me dessa arma, graças a Deus. Eu morava em uma chácara, inclusive. Naquela época, era a discussão da lei do desarmamento, o plebiscito. E não me faz falta alguma.

Então, eu creio que a população, quanto menos armada, melhor é. É justo alguns defenderem que, lá na fronteira, lá no meio do mato e coisa e tal, é necessária a defesa pessoal? Sim, tem justificativa! Então, temos de discutir as excepcionalidades e verificar como vamos levantar essa discussão, de que eu não tinha falado.

Então, acho que eu concluí as repostas a mim dirigidas.

Então, o Dr. Crispim para a sua intervenção, e, depois, o nosso encerramento.

Obrigado.

O SR. MARIO ANTÔNIO CRISPIM - Bem, eu achei bastante frutífera essa audiência. E fico contente com o avanço...

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Doutor, só um instante. Então, em homenagem ao nosso Conselho de Saúde, queria que ele participasse comigo aqui da sua última intervenção: que sentasse aqui ao nosso lado o Dr. Helvécio, nosso Presidente do Conselho de Saúde do DF, coordenador. Nós vamos ouvi-lo, e eu faço aqui a minha singela homenagem ao Conselho de Saúde do Distrito Federal, tão bem dirigido por este cidadão piauiense e brasiliense. Sente-se aqui, Helvécio.

Por favor, Dr. Crispim, pode voltar.

O SR. MARIO ANTÔNIO CRISPIM - Inicialmente, antes de voltar ao tema do suicídio, eu queria responder as colocações feitas pelo representante dos direitos humanos.

Eu acredito - e acho que os dados comprovam isso, até os dados colocados pela Olga - que a nossa Rede de Saúde Mental não está completa; ela é extremamente insuficiente do ponto de vista público e do ponto de vista privado. Não atende às necessidades da população.

Para se ter uma ideia, quando eu entrei na Secretaria de Saúde, havia dois serviços de emergência psiquiátrica na cidade, há 27 anos. Hoje, nós continuamos com os mesmos dois serviços, com o mesmo número de profissionais, sendo que o principal - que eu trabalhava até fevereiro - é o Hospital São Vicente de Paulo, que atende toda essa região. São cerca de três milhões de pessoas, porque não são só aqui do Distrito Federal; pessoas do Entorno também vêm para cá. E há tentativas de suicídio e doenças psiquiátricas várias. E, em estado grave, porque geralmente as pessoas só procuram o último dos serviços, que é a referência em emergência, que são os prontos-socorros psiquiátricos, inclusive passando, primeiro, pelos hospitais gerais. A maior parte das tentativas de suicídio se resolve nos próprios hospitais gerais.

Então, a rede não está concluída. Pela fala dele, a legislação não precisaria contemplar a necessidade. Pena que ele não está aqui para ouvir isso. Eu acho que não está completo. Precisamos, sim, defender o serviço público de saúde, a criação de novos serviços e sua ampliação, mesmo porque a população cresce - evidentemente, em nível curativo, em nível de tentativa de suicídio. Não defendo a criação de um serviço de atendimento especificamente para suicídio, mas um pronto-socorro para atender todos os casos psiquiátricos, dentro de uma hierarquia prevista pelo SUS, porque existe uma hierarquia de serviços; há o CAPS. E essa hierarquia de serviços, essa rede, é incompleta.

Hoje, por exemplo, no Distrito Federal, não há residência terapêutica. Está previsto isso no Plano Diretor. Há uma série de serviços públicos previstos em legislação e que não são existentes. De forma que, em relação à legislação, não teria sentido nós estarmos aqui discutindo hoje nesta Casa, que é uma Casa do Legislativo, a melhoria das leis - ou a ampliação das leis -, se estivesse tudo pronto. Claro que nós temos diversas portarias, e portarias ineficazes, que não são cumpridas. Por uma questão cultural ou não, essas portarias não são eficazes.

Então, cabe ao Legislativo, sim, discutir e melhorar as leis. Se estamos aqui dando esta contribuição, é porque essas leis precisam ser melhoradas.

Então, com a relação à questão do suicídio, com relação à questão do transtorno mental - porque o suicídio, embora não esteja somente dentro da questão do transtorno mental, mas, do ponto de vista epidemiológico,...

(Soa a campanha.)

O SR. MARIO ANTÔNIO CRISPIM - ... a incidência, a maior parte das pessoas sofre de algum transtorno.

Então, do ponto de vista curativo, sim, nós precisamos de serviços públicos.

Do ponto de vista de prevenção, eu acho que leis estimulando a sociedade a - principalmente na área da educação - aumentar essa percepção de risco de suicídio. E, na sociedade, por si só, através de diversas modalidades de serviços - religiosos, filantrópicos, terceiro setor, ONGs -, todos são responsáveis e devem de alguma forma ser estimulados e ter a oportunidade... Isso porque a legislação ajuda; é possível fazer leis estimulando determinados setores, e eu acho que, na prevenção, a educação é o ponto principal. A educação é que realmente vai aumentar essa habilidade da sociedade de cuidar e de prevenir, encontrando soluções para evitar que as pessoas tentem o suicídio ou se suicidem.

Obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Agradeço ao Dr. Crispim por sua brilhante apresentação. Quero anunciar que esteve aqui conosco o Genivaldo da Silva, que é Presidente da Associação dos Militares da Reserva, Reformados e Pensionistas das Forças Armadas. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Obrigado, Genivaldo, por sua presença.

O Sr. Helvécio, nosso Presidente do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Coordenador ou é Presidente, Helvécio?

O SR. HELVÉCIO FERREIRA DA SILVA *(Fora do microfone.)* - Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - O Presidente do Conselho de Saúde do Distrito Federal vai fazer uma breve entrega de um documento aqui na Comissão e, depois, eu vou encerrar os trabalhos.

Por favor, Helvécio.

O SR. HELVÉCIO FERREIRA DA SILVA - Muito bem, Senador Hélio José. Nesta oportunidade, o Conselho de Saúde do Distrito Federal entrega a V. Ex^a o relatório da 9ª Conferência de Saúde Pública do Distrito Federal, em que podemos afirmar, com certeza, que estão as diretrizes para a reforma e consolidação do SUS 100% público de qualidade no Distrito Federal. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Hélio José. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - DF) - Muito bacana, Helvécio.

Eu queria, em nome da Comissão de Direitos Humanos do Senado Federal, agradecer aqui o recebimento desse exemplar da 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal. Quero dizer que ele vai ser muito útil para nós todos como referência para as atitudes a serem tomadas de agora em diante, porque a participação foi grande, efetiva, de várias pessoas. Com certeza, é um documento de grande valia para nós todos.

Não tendo mais o que discutirmos, vou declarar encerrada a presente audiência pública. Agradeço a todos que aqui estiveram presentes, convidando-os para, amanhã, às 9h da manhã, uma audiência pública para discutir a crise no Distrito Federal.

Muito obrigado pessoal. *(Palmas.)*

(Iniciada às 9 horas e 31 minutos, a reunião é encerrada às 12 horas e 58 minutos.)