



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

REUNIÃO

08/08/2017 - 24ª - Comissão de Educação e Cultura

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Havendo número regimental, declaro aberta a 24ª Reunião, Ordinária, da Comissão de Educação, Cultura e Esporte da 3ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura.

A presente reunião atende ao Requerimento nº 30, de 2017, de minha autoria e de autoria do Senador Cristovam Buarque, para a realização de audiência pública destinada a instruir o Projeto de Lei do Senado nº 163, de 2017, que dispõe sobre a Semana de Valorização da Vida.

Dando início à audiência pública, eu solicito ao Secretário da Comissão que acompanhe os convidados para tomarem assento à mesa. *(Pausa.)*

Informo que a audiência da TV Senado, da Agência Senado e do *Jornal do Senado* contará com os serviços de interatividade com o cidadão: Alô Senado, através do telefone 0800-612211; e e-Cidadania, por meio do portal www.senado.gov.br/ecidadania, que transmitirá ao vivo a presente reunião e possibilitará o recebimento de perguntas e comentários aos expositores via internet.

Antes de passar a palavra aos expositores, comunico que amanhã, dia 9 de agosto, às 18h30, na Biblioteca do Senado Federal, o Senador Pedro Chaves, Vice-Presidente desta Comissão, lançará a cartilha "Novo Ensino Médio: o que é importante saber?" E, desde já, convida as Senadoras, os Senadores e todos aqui presentes para o lançamento da referida cartilha.

Concedo a palavra agora ao primeiro expositor de hoje.

Temos quatro expositores: Cheila Marina de Lima, representante do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde do Ministério da Saúde; Humberto Corrêa, Presidente da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio; Felipe Felisbino, Coordenador-Geral de Educação Ambiental e Temas Transversais da Educação Básica do Ministério da Educação; e Quirino Cordeiro Júnior, Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

Passo a palavra à primeira oradora, Cheila Marina de Lima, do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos do Ministério da Saúde.

Cada expositor terá 15 minutos, com possibilidades depois fazermos nossas questões e ampliarmos esse espaço no debate.

A SRª CHEILA MARINA DE LIMA - Bom dia a todos e a todas!

Em nome da Secretaria de Vigilância e Saúde, eu gostaria de agradecer o convite para a gente dialogar sobre um problema de saúde pública que é grave, que é complexo de enfrentar, de vigiar, de prevenir, para atender e promover saúde, considerando os condicionantes e determinantes a esse respeito. Acho que, para a gente poder enfrentar, prevenir e estabelecer políticas públicas que reduzam esse cenário epidemiológico do suicídio, a gente precisa conhecer o perfil epidemiológico desse suicídio, as tentativas e conhecer as suas magnitudes: quem são as pessoas que estão se suicidando, que estão tentando o suicídio, onde elas moram, que idade têm, qual é o fator social e econômico, que aspectos estão relacionados nessa abordagem, para depois subsidiar as intervenções. Então, é um pouco disso que vamos trazer desse cenário epidemiológico do suicídio no País.

Hoje, nós temos que as causas externas, as violências e os acidentes, na mortalidade geral do País, são a terceira causa de morte. Mas, se a gente for considerar por faixa etária, na faixa etária jovem, de 1 a 49 anos, a primeira causa de morte no País são as violências e os acidentes. O grupo mais atingido, então, são os jovens e, dentro das causas externas, que a gente chama de intencionais e não intencionais... Quando a gente fala de não intencionais, são os acidentes de uma maneira geral, são os acidentes de transporte, outros acidentes, os afogamentos, as quedas, as queimaduras. E, quando falamos de violências intencionais, são aquelas que têm a intenção de ocorrer, que podem ser as agressões, os homicídios, as autoagressões, os suicídios e suas tentativas.

O suicídio, dentro de causas externas, é a quarta causa de morte no País, e isso nos aponta que a gente tem que realmente priorizar e colocar nas nossas agendas o seu enfrentamento. No mundo, em 2012, houve quase 1 milhão de óbitos por suicídio. A taxa de mortalidade, considerando 100 mil habitantes no mundo, é de 11,4% por 100 mil, e a maioria é de homens e ocorre em países de baixa e média renda.

No Brasil, quanto aos dados de 2004 - houve uma publicação específica no Saúde Brasil -, o total de óbitos por suicídio no Brasil em 2014 foi de mais de 11 mil óbitos; a maioria, homens. Quanto à taxa de mortalidade, a do Brasil é menor que a do mundo. A maioria são homens, jovens e brancos, apesar de os negros estarem se aproximando. É mais frequente nas regiões mais desenvolvidas, Sul principalmente. E o suicídio é a primeira causa de morte em indígenas em ambos os sexos. A taxa de mortalidade, então, de suicídio no Brasil não mostra uma tendência nem de estabilização; mostra uma tendência crescente, tanto para os homens quanto para as mulheres. Considerando-se por sexo e idade, a tendência crescente maior é entre os homens, o risco de suicídio é maior para os homens, na faixa etária de 20 até 60 anos ou mais. E preocupa muito essa questão do suicídio pelo idoso na faixa etária mais jovem.

Quanto à Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, de que eu acho que a parte do Ministério da Educação vai falar, é no sentido de a gente intervir nas questões de vulnerabilidade. Nessas pesquisas que foram feitas, entre os adolescentes, das escolas públicas e privadas do País em 2005, 22% dos estudantes responderam que se sentiram sozinhos na maioria das vezes, nesse último ano. Então, isso aponta uma faixa etária também de vulnerabilidade para a gente trabalhar nas escolas.

Sobre as regiões de maior predomínio quanto ao risco de suicídio, aparecem Sul, Sudeste...; em seguida, depois, Sul, Centro-Oeste e Sudeste, e Norte e Nordeste. Então, a Região Sul é a que mais oferece risco para morte por suicídio seguida da Região Centro-Oeste.

A frequência é mais comum na população branca, na idosa. O risco de morrer por suicídio hoje, em termos de faixa etária, é maior para o idoso, e nas regiões mais ricas do País. E isso é para a gente estabelecer as regiões e o risco de morte nos nossos territórios e para a gente aperfeiçoar mais as nossas intervenções.

A taxa de mortalidade por suicídio, segundo o sexo e o meio utilizado. A maioria utiliza como meio para concretizar o suicídio o enforcamento; é sete vezes maior do que a arma de fogo e cinco vezes maior do que a intoxicação exógena. Esse é o meio mais frequente utilizado para o suicídio no País.

Isso aqui é a taxa de suicídio padronizada por Estados e as suas variações. Então, nós temos, quanto às variações, sempre aumentando os Estados do Ceará, Tocantins, Amapá, Paraíba, Bahia, Rio Grande do Sul. O Rio de Janeiro tem uma variação negativa. E a gente precisa avaliar melhor também e analisar melhor a qualidade da informação. Nós temos também, além do sistema de informação de mortalidade, além dos óbitos, temos instituído na saúde, uma fixa de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas que capta as tentativas de suicídio que chegam nos serviços de saúde do País. Então, nós temos essa ficha de notificação. Os dados ali escritos pelos profissionais de saúde são digitados no sistema de informação que é de notificação de agravos de notificação, que existe no País todo. E desde 2004 foi universalizada essa notificação. Então, qualquer suspeita de tentativa de suicídio que chega à unidade de saúde o profissional de saúde é obrigado a notificar.

Desde 2014 a tentativa de suicídio foi considerada de notificação imediata: o profissional de saúde, além de notificar, tem que comunicar a tentativa de suicídio em até 24 horas, para que haja tempo hábil para o profissional de saúde ou para outros profissionais atuarem e fazerem a intervenção para que não haja chance de ele concretizar essa tentativa.

Então, nós temos que, em 2016 - são dados ainda preliminares -, o número de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas no País notificadas foi de mais de 273 mil violências. Dessas notificações, quase 44 mil foram notificações autoprovocadas - de violências contra a própria pessoa -, e, dessas 44 mil, mais de 14 mil foram tentativas de suicídio. Se a gente não atuar fortemente nessas tentativas, provavelmente muito dos que estão tentando irão se suicidar em algum momento.

A maioria também das tentativas de suicídio são do sexo feminino. As mulheres tentam mais, e os homens se suicidam mais. A raça branca ainda predomina; os adolescentes e os adultos têm uma prevalência maior; e chamam atenção também as tentativas de suicídio em idosos.

Nós fizemos também um estudo cruzando os dados de notificação de violência, cruzando as pessoas que foram vítimas de violência. Depois nós cruzamos com o banco do SIM. Foram vítimas de violência que depois morreram - estavam notificadas violências, e nós encontramos essa pessoa no banco do Sistema de Informação sobre Mortalidade -, que sofreram mortes violentas. Então, o risco de feminicídio e suicídio em mortes de pessoas que já tinham a notificação prévia aumenta 20 vezes mais o risco da mulher de ser assassinada. A mulher que sofreu violência em algum momento na sua vida tem 20 vezes mais o risco de ser assassinada; e a mulher que sofreu violência em algum momento na sua vida tem 30 vezes mais o risco de se suicidar. Então, a gente precisa conhecer essa realidade para a gente fazer as intervenções necessárias.

Com esse estudo, a gente observou que, na taxa de mortalidade - se eu considerar no sexo feminino a taxa de mortalidade por causas externas - na população geral por 100 mil habitantes, eu tenho que o risco de a mulher morrer é de 28,7. Se essa mulher sofreu uma notificação de violência e foi autoprovocada, ela tem a chance 368 vezes maior de morrer. Então, de 28,7 passa para 368,9. Em relação ao suicídio numa população geral feminina, o risco de suicídio da mulher se suicidar é de 2,1 por 100 mil habitantes. Se essa mulher sofreu alguma violência na vida, o risco de ela morrer passa de 2,1 para 293,6. Então significa que é uma população também vulnerável para a qual a gente precisa de ter uma atuação para evitar o risco de suicídio. O suicídio, então, entra na agenda global de prioridade de 2013 a 2020, pois a Organização Mundial da Saúde instituiu o primeiro plano de ação sobre saúde mental, que tem como uma das metas reduzir em 10% o suicídio nos países até 2020.

Então, no País, no Brasil a gente tem algumas políticas em curso para enfrentar a questão do suicídio. Nós temos a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que traz como uma das estratégias a articulação intersetorial e intrasetorial para enfrentar as violências interpessoais e autoprovocadas. Nós temos instituído no País a vigilância de violências e acidentes, porque há dois componentes: que é esse que eu falei da notificação de violências interpessoais e autoprovocadas nos serviços de saúde; e além disso a gente tem, de três em três anos, uma pesquisa que a gente realiza nas urgências e emergências, de referência para atendimento de causas externas, nas capitais e Municípios selecionados, em que uma das questões que a gente quer saber é: "Você sofreu violência autoprovocada? Foi tentativa de suicídio?" Então, nós já realizamos essa pesquisa em 2006, 2007, 2009, 2011 e 2014. E agora em setembro a gente está começando a realizar essa pesquisa novamente - e um dos recortes vai ser esse -, e vai haver mais dados para subsidiar essa discussão.

Nós temos, por fim, a Política Nacional de Promoção da Saúde, que foi revista em 2014, que trabalha muito com a questão dos determinantes e condicionantes de saúde. E uma das suas prioridades é a questão de se enfrentarem as violências, estabelecendo os processos de cultura de paz. O suicídio ou a tentativa também é uma das prioridades.

Só reforçando, é a notificação imediata. Ela obriga os serviços de saúde, tanto o de atenção quanto o serviço de assistência social, a uma tomada rápida de decisão. A gente pode conhecer isso no nível do Território e enfrentar isso também no nível do Território. A gente pode conhecer, encaminhar e vincular essa pessoa ao serviço de saúde, aos órgãos de proteção, aos serviços de assistência social. Se a gente identifica família de vulnerabilidade social, a gente pode atuar no Território junto com os Cras e os Creas também. E prevenir uma nova tentativa de suicídio - sobre a qual o Dr. Quirino vai falar um pouco.

Então, alguns destaques, finalizando: é a primeira causa de morte entre indígenas; apresenta uma tendência de aumento entre homens e mulheres, principalmente na população masculina; há uma forte relação do suicídio em mulheres com a violência de gênero; e a mulher vítima de violência tem 30 vezes mais risco se matar.

Alguns desafios para o setor de saúde, especificamente: melhorar a notificação da violência, ampliando os Municípios que notificam, especialmente nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; aperfeiçoar as análises sobre a violência de gênero e o suicídio - vai sair uma análise, pois a gente está fazendo um aprofundamento maior das análises de 2015, com as quais a gente está trabalhando, e a gente poderá mostrar depois para os senhores e para as senhoras -; identificar as melhores estratégias para integração dos setores que compõem a rede de atenção e proteção; contribuir efetivamente para evitar que as tentativas de suicídio se repitam e o suicídio se concretize; e promover especial atenção às mulheres vítimas de violência.

(Soa a campanha.)

A SRª CHEILA MARINA DE LIMA - As articulações intersetoriais é preciso fazer, e trabalhar na comunicação responsável.

E eu finalizo, muito rapidamente, contando um caso. Nós pegamos as notificações de pessoas que sofreram violência e que foram mortas e fomos aos locais fazer a investigação local. E essa foi uma situação com a qual nós ficamos muito mexidas.

Aconteceu no Rio Grande do Norte. O nome fictício é Tânia - já estou finalizando. Só para contar essa história. Ela é uma adolescente que tentou o suicídio em 2012 e foi levada por um centro de saúde. Foi orientada a procurar um centro de atenção psicossocial, a família foi orientada... Nós não encontramos registro no centro de atenção psicossocial. Não sabemos se a família foi ou não foi. Isso, em 2012.

Em 2013, a Tânia, essa adolescente, foi trazida por desconhecidos e foi atendida numa unidade de pronto atendimento. Suspeita-se que ela tenha sofrido uma violência sexual nessa época. Foi feito um protocolo de atendimento, foram feitas as intervenções para violência sexual.

Em 2015, três anos depois que ela deu entrada pela primeira vez no serviço de saúde, a Tânia foi encontrada morta, enforcada com uma mangueira no terraço da sua casa.

Isso mostra que nós precisamos avançar mais nas políticas de atenção, nas políticas de prevenção, nas políticas de proteção nas nossas cidades e nos nossos territórios, e a nossa sugestão é para que seja mudado o nome, na Semana de Valorização da Vida, para que fique Semana de Valorização da Vida e de Prevenção do Suicídio, porque nós acreditamos que isso dá uma ênfase e uma responsabilidade maior para o Estado, no que se refere a uma intervenção.

Essa era a nossa mensagem.

Muito grata pela oportunidade.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Obrigada, Srª Cheila Marina de Lima, por esses dados que são sempre muito impactantes e pelos encaminhamentos e advertências quanto ao que pode ser feito.

Com a palavra o Sr. Humberto Corrêa, Presidente da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (Abeps).

O SR. HUMBERTO CORRÊA - Bom dia a todos!

É uma honra e também um prazer muito grande estar aqui hoje...

(Intervenção fora do microfone.)

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - ... para ser posto de forma adequada.

Pois não.

O SR. HUMBERTO CORRÊA - ... nesta audiência pública, para discutir esse assunto que é fundamental.

Ao contrário da Drª Cheila, que nos trouxe alguns dados importantes sobre a relevância desse assunto, o número de brasileiros que morrem todos os anos por suicídio, eu vou tentar fazer um contexto histórico e cultural que nos faça entender o porquê desse assunto, em 2017, ser tão estigmatizado e nós termos tanta dificuldade em falar e lidar com isso, no dia a dia, e isso se refletindo em políticas públicas de saúde.

Eu sou professor da Universidade Federal de Minas Gerais e trabalho no terceiro setor, na prevenção de suicídio, na Associação Brasileira de Prevenção do Suicídio, na Associação Latino-Americana e na Associação Internacional de Prevenção do Suicídio.

Bom... Nós, aqui em 2017, talvez tenhamos a ambição de nos imaginarmos originais e desligados do tempo, do espaço e da cultura de quem nos antecedeu, mas eu quero tentar mostrar para os senhores e para as senhoras como aspectos culturais, de milênios, influenciam fortemente a forma como nós encaramos o suicídio ainda em 2017.

Vou começar falando um pouquinho sobre a origem desse termo, que é um termo latino. Então, seria o pronome *sui*, si mesmo, com o verbo *caedere*, matar, dando então essa palavra latina, o que nos faz imaginar que talvez essa palavra tenha surgido na Roma Antiga. Segundo Esquirol, um médico francês, num livro dele de 1838, entretanto, na verdade essa palavra teria sido criada na França, na língua francesa, no século anterior, no século XVIII, pelo Abade de Fontaine. E, no livro do Abade de Fontaine, nós vamos achar, de fato, a palavra suicídio, referindo-se ao suicídio de Catão. Um contemporâneo do de Fontaine vai dizer, entretanto, que, na verdade, essa palavra surgiu na língua inglesa e chegou ao francês vindo da língua inglesa, e é a origem que nós aceitamos, hoje, para essa palavra, a mais consensual, de que teria surgido, então, nesse livro do Thomas Browne, no século XVI, na Inglaterra, a palavra suicídio pela primeira vez.

Isso significa o quê? Que o suicídio é um fenômeno recente? Que nós criamos uma palavra só no século XVI, no mundo ocidental, porque não existia antes? Obviamente que não. O suicídio é tão antigo quanto o ser humano. Nós temos evidências de suicídios mesmo em povos pré-históricos, pela forma como determinados corpos, determinadas múmias foram encontradas. Os romanos nunca usaram a palavra suicídio. Eles usavam o termo "morte voluntária", por exemplo.

O que vai variar de cultura para cultura, de povo para povo, e às vezes numa mesma cultura, ao longo do tempo, é a forma como o suicídio é encarado.

Nós temos relatos de suicídios entre os egípcios de 2500 antes de Cristo. Inclusive um poema, *O diálogo de um homem cansado de viver com a sua alma*, que é basicamente um poema de um suicida, um deprimido muito grave.

Entre os maias nós temos até uma deusa Ixtab, que seria a deusa protetora dos suicidas. Para os maias, quem se suicidasse mereceria ter um deus protetor.

Entre os vikings, por exemplo, o guerreiro que morresse em batalha participaria de um banquete eterno no Valhala, ao lado dos deuses. Quem morresse doente não participaria desse banquete. Ficaria num estábulo, junto com os escravos e os serviçais. O suicida participaria desse banquete, não ao lado dos deuses, mas num segundo plano. Mas participaria do banquete. Ou seja, para os vikings, era melhor você se suicidar do que morrer de doença, por exemplo.

Entre os orientais, nós temos inúmeros e inúmeros exemplos de suicídios, das mais diversas formas, e nos chegou, dos orientais, os ditos "suicídios altruístas", aqueles em benefício da comunidade, por exemplo. Esse é o suicídio de Catão. Catão perdeu a batalha para Júlio César e se matou a seguir. É dito como um suicídio heroico, um suicídio para salvar a própria honra, algo que era relativamente comum em Roma, como nós acreditamos.

Alguns pesquisadores se dedicaram a desmistificar isso, e foram poucos, na verdade, os suicídios romanos desse tipo que aconteceram. Para os romanos, o suicídio tinha uma conotação moralmente negativa, na maioria das situações.

E em nossa cultura, a nossa cultura dita cristã ocidental? Aqui um suicídio famoso, o suicídio de Lucrecia. Século III antes de Cristo: Roma era dominada pelos etruscos, não era ainda uma república, e Lucrecia foi violentada pelos tarquínios, que eram os etruscos dominantes, e, como uma forma de salvar a própria honra, ela chamou o pai, chamou o marido e se matou na frente dos dois, como uma forma de dizer que aquele ato sexual não havia sido consentido, que ela havia sido violentada. E isso ficou conhecido como "suicídio de Lucrecia", representado por três mestres diferentes.

Entre os primeiros cristãos, o suicídio não tinha a conotação moral que tem para nós, hoje, em 2017. Era algo comum, entre os primeiros cristãos, haver aqueles que se atiravam nas piras, pegando fogo, junto com outros cristãos que estavam sendo martirizados. Era algo frequente haver mulheres cristãs que, fugindo dos seus perseguidores, se matavam - e eram chamadas de "lucrécias cristãs", inclusive. E algumas seitas, que hoje nós consideramos hereges, pregavam inclusive o suicídio como uma forma de chegar mais rapidamente a Deus, de chegar ao Paraíso.

Isso começou a mudar num determinado momento, e, se nós podemos estabelecer um símbolo para esse momento, está aqui Santo Agostinho, *Cidade de Deus*. O que é que Santo Agostinho vai dizer? "Aqueles que matam a si mesmos são covardes, incapazes de enfrentar seus testes. É a sua vaidade que os induz a dar importância ao que os outros pensam deles. Nenhuma circunstância desculpa o suicídio, nem mesmo o estupro. Se a alma de Lucrecia permaneceu inocente, ela não tinha razão para se matar." Fala Santo Agostinho, 700 anos depois do suicídio de Lucrecia. Santo Agostinho vai pegar o sexto mandamento, "não matarás", e vai colocar uma vírgula: "nem a si mesmo". Santo Agostinho é um dos pais da Igreja Católica, que, a partir do século IV, V, se tornam dominantes em toda a Europa.

No mesmo século, no ano 462, o Concílio de Arles determinou que o suicídio era um crime, que só poderia ter origem numa fúria demoníaca. Cem anos depois, em 563, no Concílio de Praga, a Igreja Católica proibiu que os suicidas fossem enterrados no cemitério dos cristãos e que tivessem os salmos cantados no momento do seu enterro. Cem anos depois, no Concílio de Braga e Toledo, a Igreja determinou punições a quem fizesse tentativas de suicídio, e uma delas era a excomunhão. Quem tentasse o suicídio seria excluído da comunidade cristã.

Esse tipo de pensamento ganhou o coração, a mente das pessoas, e, nos vários Estados em que foram surgindo, os códigos penais passaram a incorporar também punições aos suicidas, como... As famílias dos suicidas, por exemplo, perdiam o direito aos bens, à herança, e a quem fizesse tentativas de suicídio.

O Rei Edgar, da Inglaterra, no século X, determinou que os suicidas seriam classificados, no Código Penal, na mesma categoria de assassinos e outros criminosos.

Luís XIV determinou, na França, que o suicida teria o corpo arrastado em praça pública, o rosto voltado para o chão, e depois ele seria esquartejado e jogado na estrumeira.

Vários Estados determinaram punições para quem tentasse suicídio. E, por paradoxal que seja, entre essas punições se incluía a pena de morte.

Isso parece talvez anedótico, mas o fato é que até hoje, em 2017, alguns países no mundo criminalizam o suicídio e a tentativa de suicídio. Na Índia, até dois anos atrás, isso era um fato. Na Inglaterra, um país moderno, até 1961 havia a criminalização da tentativa de suicídio.

Eu trago isso para nós refletirmos sobre esse tabu. Algo que foi construído ao longo de séculos e séculos nós não conseguimos desmascarar, desmistificar, em poucos anos. Nós precisamos sensibilizar as pessoas, educar as pessoas em relação a esse estigma e à importância desse problema, que é um problema de saúde pública.

Fica parecendo muito abstrato eu falar de Santo Agostinho. Eu trouxe um extrato de uma sentença de um juiz federal. Obviamente não tem detalhes sobre nome de ninguém, mas trata de um militar que se suicidou em serviço, usando a arma de serviço. E a família entrou na Justiça, tentando equiparar isso a um acidente de trabalho ou a uma ocorrência de trabalho.

A sentença do nosso juiz federal:

- 1. Sendo o suicídio um fato interno, decorrente da própria vontade do suicida [e nós sabemos que praticamente 100% dos suicidas passam por uma doença mental, incluindo a depressão, que é a mais frequente; falar em autodeterminação e livre arbítrio neste momento é algo no mínimo difícil] e não da vontade ou fato de outro [...].*
- 2. Tratando-se de ato ético e moralmente reprovável, não pode ser equiparado à morte do militar no cumprimento do dever por doença ou acidente. Premiar o suicídio [por aí vai]. [...]*
- 4. Do ponto de vista lógico-jurídico é tão incabível indenizar-se a aquele que injuria a si próprio quanto a aquele que injuria ao outro [...].*

Um juiz federal brasileiro contemporâneo: "Não parece Santo Agostinho, esculpido em carrara", para ilustrar como formas de pensar de séculos atrás estão presentes na nossa cabeça o tempo inteiro, sem que possamos nos dar conta muitas vezes disso.

Na Índia, como comentei, só há dois anos, o suicídio e a tentativa de suicídio deixaram de ser criminalizados. Em todo o mundo, para cada suicídio, são 10 a 20 tentativas. A Índia era um país que tinha mais suicídios do que tentativas. Por quê? Quem tentasse suicídio tinha que esconder do Estado o máximo possível, porque senão pararia na prisão. E a pena era de dois a três anos de prisão na Índia. Vários países ainda criminalizam o suicídio.

Reflexo do estigma do tabu. Mortes anuais por causa: nos Estados Unidos, em primeiro lugar, diabetes; depois câncer de pulmão; suicídios, 37 mil suicídios nos Estados Unidos.

Investimentos em pesquisa. Primeiro lugar, HIV, Aids, depois diabetes, depois câncer de pulmão e o suicídio, em azul-claro, lá embaixo. Aquilo que é tabu nós não estudamos, nós não pesquisamos, nós não prevenimos. E esse tabu se reflete em cada um de nós na mídia, nas escolas, nas religiões, nas universidades. Os profissionais são também mal formados na prevenção do suicídio, porque eles não aprendem sobre isso, pois nós temos muita dificuldade em falar sobre isso.

Mortes evitadas também nos Estados Unidos: leucemia, doenças cardíacas, HIV, acidentes vasculares e suicídio. Nos últimos 30 anos, a mortalidade por suicídio tem aumentado em países como o nosso, como o Brasil, por exemplo. Alguns poucos países conseguiram reduzir a mortalidade por suicídio em 10 a 15%. Norte da Europa, por exemplo, Suécia, Dinamarca, porque estabeleceram estratégias nacionais de prevenção. Países como o nosso têm observado um aumento da mortalidade por suicídio, por falta de políticas públicas que têm como uma das suas causas o estigma e a dificuldade que temos em falar sobre este assunto.

Isso tem mudado. Eu acredito que tenha mudado. E o fato de nós estarmos aqui hoje conversando sobre isso é um sinal de mudança. Eu acho que a sociedade está preparada para discutir este tema, mais do que já esteve no passado. Este ano, nós tivemos dois episódios que foram, do meu ponto de vista, catastróficos, mas que serviram também como modo de discussão, que foi a Baleia Azul e aquele seriado As Três Razões, que fizeram com que as pessoas se mobilizassem muito para discutir sobre isso.

O dia 10 de setembro é o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio. E a Associação Brasileira de Psiquiatria e outras entidades, como o Conselho Federal de Medicina, o Exército Brasileiro e várias outras, têm tentado, de dois a três anos para cá, estabelecer o mês de setembro como sendo o Setembro Amarelo da Prevenção do Suicídio. O dia 10 de setembro, há mais de 30 anos, é considerado pela OMS o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio. No dia 10 de setembro do ano passado, em Belo Horizonte, o Arcebispo, D. Walmor, publicou esta matéria no jornal *Estado de Minas* e orientou a todos os párocos da grande Belo Horizonte a, nesse dia, falarem com seus fiéis nas suas igrejas sobre este importante assunto.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. HUMBERTO CORRÊA - D. Walmor, de Belo Horizonte, BH.

E nós temos várias entidades do terceiro setor que estão há anos trabalhando na prevenção do suicídio: o Centro de Valorização da Vida, a Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio, a Associação Brasileira de Psiquiatria. O Exército Brasileiro entrou nessa campanha. Nós temos um trabalho grande de prevenção do suicídio no Exército. Eles

participam, todos os anos, dessa nossa campanha, o que resultou em movimentos como esse, organizado pelo terceiro setor:...

(Soa a campanha.)

O SR. HUMBERTO CORRÊA - ... o Cristo Redentor iluminado de amarelo, no dia 10 de setembro; o próprio Congresso Nacional iluminado de amarelo.

Em Minas Gerais nós conseguimos mobilizar a sociedade. Nós fizemos caminhadas em cidades do interior de Minas Gerais, cidades pequenas. Por exemplo, em Conselheiro Lafaiete, 3 mil pessoas na rua, vestidas de amarelo, próximo ao dia 10 de setembro; em Barbacena também, 2, 3 mil pessoas nas ruas, defendendo a vida e lutando pela prevenção do suicídio.

Para quem quiser mais informações, essa é uma cartilha que é distribuída pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Brasileira de Psiquiatria, dedicada a médicos, mas que tem uma linguagem muito, muito simples, porque o objetivo é chegar a todo mundo - para quem tiver mais interesse. E o site da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio, em que nós temos uma quantidade enorme de materiais disponíveis gratuitamente para quem tiver interesse. Muito obrigado pela atenção.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Muito obrigada.

Essa é a segunda audiência pública que nós estamos fazendo sobre o tema, e o senhor trouxe um outro enfoque, que é um enfoque bastante interessante, que depois podemos discutir também. Qual seria o melhor caminho? Nós vemos o Baleia Azul e sobre 13 razões para cometer suicídio, e o quanto isso incrementou o número de jovens em tentativas de suicídio e realização de suicídio, e, ao mesmo tempo, há o tabu quando se fala do tema.

Então, a gente vai estar em uma encruzilhada e vamos curtir isso posteriormente, porque eu acho que receita pronta não há em um caso desse. Há só aqui no MEC. Depois eles esperam que o senhor fale sobre isso, porque eu acho que o caminho é pela educação.

Então, vamos agora ao Dr. Quirino Cordeiro Júnior, Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

O SR. QUIRINO CORDEIRO JÚNIOR - Bom dia a todos vocês!

É uma grande satisfação novamente estar aqui, na tentativa de contribuir e colocar o Ministério da Saúde, em especial a Coordenação de Saúde Mental, à disposição desta Casa, para que possamos avançar nesse tema tão importante.

Eu vou conversar com vocês, então, a respeito um pouco do panorama do suicídio no Brasil. Os meus antecessores já o fizeram, mas eu vou tentar trazer algumas informações adicionais e apresentar para vocês ações que o Governo brasileiro tem buscado estabelecer nesses últimos anos.

Ao final - nós já recebemos, Senadora, lá no Ministério da Saúde, na Coordenação de Saúde Mental, o projeto de lei, para que façamos o nosso parecer - eu vou trazer algumas das questões, enfim, que nós identificamos que eventualmente poderíamos contribuir para uma melhor adequação eventual do projeto.

Inicialmente, então, falando sobre suicídio. A Drª Cheila, que me antecedeu, já mostrou para vocês: o Brasil é signatário, enfim, do Plano de Ação para a Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde, que prevê a redução das taxas de suicídio em 10% até o ano de 2020. No ano de 2006, o Governo brasileiro, o Ministério da Saúde, lançou a portaria "Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio", que traz, diante de toda a gravidade do tema no País, algumas diretrizes que deveriam, então, ser incorporadas às políticas públicas no País.

Em que pese, enfim, na verdade, o Brasil ser signatário desse documento da Organização Mundial de Saúde e, há mais de dez anos, ter lançado as diretrizes para a prevenção do suicídio no País, as taxas de suicídio vem aumentando em nosso meio. Existem aqui dúvidas, enfim, depois a gente pode conversar melhor sobre isso, se isso significa realmente um aumento efetivo nas taxas de suicídio, um aumento nas notificações, mas o fato é que as taxas de suicídio no Brasil precisam ser monitoradas e receber do Poder Público a atenção devida.

No que tange às ações do Governo Federal, vou trazer, então, aqui, para os senhores algumas dessas ações, como ações para o fortalecimento da atenção em saúde mental no País, um acordo de cooperação recente que o Ministério da Saúde fez com o CVV e o lançamento previsto, agora, para o mês de setembro, como o Dr. Humberto já disse, que é um mês, enfim, de prevenção ao suicídio. Dentro desse mote, o Governo brasileiro, por meio do Ministério da Saúde, deverá lançar ações relacionadas à prevenção do suicídio.

Foram especificamente no primeiro item, na ampliação, estruturação e fortalecimento das ações de assistência em saúde mental, vou trazer para os senhores, então, algumas das ações, em que pese a obviedade da complexidade do tema, dos múltiplos componentes envolvidos no suicídio, não se pode esquecer de que a presença de transtorno mental é, sem

dúvida alguma, o principal fator de risco para o suicídio. De modo que ações na prevenção e no cuidado em pessoas que apresentam transtorno mental, sem dúvida alguma, são ações que devem estar no centro de qualquer política pública relacionada à prevenção do suicídio.

Aqui, enfim, trouxe para os senhores a rede de atenção psicossocial no País. Ela é composta por vários pontos de atenção que vou mostrar de um jeito mais especificado para os senhores, que tem o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no seu centro, fornecendo assistência, cuidado, e articulando essa rede de assistência.

Mostrando aos senhores, há um aumento bastante importante no número de serviços de CAPS no País. Hoje, temos quase 2.500 desses serviços no nosso País. Aqui, a distribuição dos CAPS, Centros de Atenção Psicossocial, no País é feita tanto por região quanto por modalidade. Temos no País, desde CAPS que faz um atendimento geral em saúde mental até CAPS que faz atendimento específico, como, por exemplo, atendimento a pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool e drogas, que fazem cuidado para crianças e adolescentes.

É importante deixarmos claro, aqui, que, das causas relacionadas ao suicídio, aos transtornos mentais, os transtornos de humor são as principais causas. No entanto, situações relacionadas à dependência química são causas importantes de suicídio. E temos observado, no Brasil, um aumento importante das questões e dos problemas relacionados ao uso de álcool e drogas. Daí a importância de termos ações bastante efetivas nessa área.

Aqui, há um outro componente dessa rede de atenção psicossocial, que é importante no nosso contexto, que são as unidades de acolhimento, que são equipamentos que fornecem atendimento para as pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool e drogas, e que, por alguma eventualidade, por alguma questão, em determinado momento, não têm moradia fixa, não têm onde morar.

Aqui, temos os leitos de saúde mental em hospital geral. Nós temos, no Brasil, quase 1.200 desses leitos. Temos também leitos em hospital psiquiátrico especializado. Hoje, no Brasil, temos cerca de 23 mil desses leitos, que são componentes também para a atenção das pessoas que apresentam transtorno mental.

Outra ação do Governo brasileiro, que não a ligada necessariamente ao cuidado das pessoas que apresentam transtorno mental, são as ações do Governo, no que diz respeito à parceria com o terceiro setor. No início desse ano, o Governo brasileiro, então, fez uma parceria, oficializou uma parceria com o CVV. Por meio dessa parceria, as chamadas feitas ao CVV passaram a ser gratuitas. As chamadas, até então, eram pagas. Então, por meio dessa parceria, os indivíduos que acessarem o serviço de CVV poderão fazê-lo de maneira gratuita.

Houve uma experiência-piloto no Rio Grande do Sul, por conta da tragédia que se abateu sobre Santa Maria. Por conta disso, então, o Ministério da Saúde fez um projeto-piloto, e, neste projeto-piloto, houve um aumento significativo do número de chamadas de telefone móvel, mostrando que as pessoas se inclinaram a utilizar esse serviço quando ele se tornou gratuito.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. QUIRINO CORDEIRO JÚNIOR - Isso.

Então, hoje, na verdade, para que haja a gratuidade no serviço, está ocorrendo, agora, a mudança do número: era 141; e, agora, vai passar a ser 188.

Outra ação importante, agora, em que o Governo Federal está trabalhando, o Ministério da Saúde está liderando, junto com parceiros das universidades, parceiros do terceiro setor, como, por exemplo, o próprio Dr. Humberto Corrêa, que está com a gente nesse processo, é a organização de um plano nacional de prevenção ao suicídio. Nos dias 30 e 31 de maio, inclusive, nós contamos com a presença da assessoria da Senadora Marta. No evento, nos dias 30 e 31 de maio deste ano, fizemos um *workshop*, na Opas (Organização Pan-Americana de Saúde), aqui em Brasília, e contamos com a participação de várias associações de profissionais do terceiro setor que trabalham com suicídio, vários acadêmicos, vários setores do Governo nacional, trabalhando, então, para o lançamento de ações de prevenção ao suicídio no mês de setembro deste ano.

Aqui, são algumas ideias que nós temos, alguns produtos que pretendemos lançar no mês de setembro, agora, por conta do mês destinado às ações de prevenção ao suicídio. Nossa ideia, então, é lançar, junto com a SVS, um boletim epidemiológico do suicídio no Brasil, porque é extremamente importante. Para que nós possamos ter ações de cuidado e de prevenção, precisamos ter a ideia de, realmente, qual é a epidemiologia do suicídio no nosso País.

Precisamos fazer uma agenda de ações estratégicas para a prevenção do suicídio no próximo ano. Vamos lançar, então, um material de prevenção ao suicídio focado na informação em relação a serviços que possam ofertar cuidados para pessoas que se apresentam nessa situação. É um material focado para a população em geral. Então, vai ser um material que a gente está preparando agora, para o lançamento em setembro, destinado a fornecer informações para a população em geral.

Então, se você conhece uma pessoa que começa a apresentar ideação suicida, começa a falar sobre o tema, como é que essa pessoa, então,...

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. QUIRINO CORDEIRO JÚNIOR - Esse material devemos deixar nas redes sociais do Ministério, e a gente também deve fornecer também esse material impresso. Para a população a gente vai ter também um material focado para profissionais da saúde, porque é bastante importante - a gente já conversou aqui - a identificação do indivíduo que se apresenta em risco de suicídio, mas, muitas vezes, o profissional de saúde tem dificuldade de lidar com o tema, não está preparado para lidar com essa situação. Então, a gente também vai ter materiais também focados para os profissionais de saúde.

Também estamos preparando um material focado para a mídia. É extremamente importante que a mídia veicule informações sobre o suicídio, que trabalhe o suicídio. No entanto, é bem sabido que, muitas vezes, dependendo de como o suicídio chega à mídia, há uma situação de contaminação. Então, estamos inclusive prevendo um evento com profissionais da mídia, no dia 29 de setembro. Devemos lançar esse material e fazer um trabalho mais específico com esses profissionais. Devemos lançar também, no Saúde Brasil, um capítulo sobre suicídio, para deixar esse tema mais em evidência.

Como disse anteriormente aos senhores, nós recebemos o Projeto de Lei nº 163, lá na Coordenação. Estamos trabalhando agora no parecer. É óbvio que o nosso parecer é mais que favorável. Aliás, estamos muito entusiasmados com essa possibilidade do trabalho em conjunto com o Senado. Como já disse anteriormente, já recebemos, lá no *workshop* que o Ministério da Saúde fez, a assessoria da Senadora Marta Suplicy, e temos algumas questões que vou aproveitar o ensejo para apresentar aos senhores, para que possamos eventualmente discutir a questão.

Tal qual a Dr^a Cheila já disse, achamos que, como esse projeto de lei vai abordar questões relacionadas ao suicídio, talvez fosse interessante que já a questão do suicídio viesse no título da semana,...

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Com certeza.

O SR. QUIRINO CORDEIRO JÚNIOR - ... que já estivesse contemplado, para que o tema já viesse à tona e já estivesse estampado de cara. Então, isso é uma coisa que valeria a pena a gente pensar.

Outra situação que a gente julga importante - é claro, sou coordenador de saúde mental, e é com isso que eu trabalho no Ministério -, por conta das questões que eu disse aos senhores anteriormente, o fortalecimento das redes de atenção em saúde mental, haja vista que...

(Soa a campainha.)

O SR. QUIRINO CORDEIRO JÚNIOR - ... as principais causas de suicídio estão relacionadas à presença de transtorno mental.

A outra questão é que fique claro para a gente que as ações de prevenção sejam todas baseadas em evidência - isso é uma coisa extremamente importante para a gente -, que a gente tenha ações relacionadas tanto à prevenção universal, como prevenção específica. E, quanto à universal, como, por exemplo, o controle de venda de agrotóxicos, controle no acesso a armas; e, quanto à específica, como, por exemplo, um trabalho focado em algumas populações, como populações indígenas.

E outra situação que a gente coloca é a importância da educação, em especial, do profissional da área de saúde mental e de profissionais de saúde como um todo, que são as pessoas que lidarão e que lidam necessariamente com as pessoas nessa situação.

Então, são algumas questões que eu gostaria de apresentar à Casa e colocar, mais uma vez, a Coordenação de Saúde Mental à inteira disposição.

Muito obrigado.

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Obrigada ao Dr. Quirino Cordeiro Júnior.

É estimulante ver como estão progredindo as ideias e como foram se afinando as propostas para o mês de valorização da vida. E eu concordo que tem que ter a palavra suicídio, porque eu mesma, quando soube desse projeto, tinha uma ideia totalmente diversa do que é a valorização da vida - pensei em outras coisas. E eu acho que temos que arrumar um outro nome para essa semana específica. Hoje, o Presidente da Abert, que é a Associação Brasileira de Rádio e Televisão - ele está com uma forte gripe e não pôde comparecer... Mas nós vamos ter o apoio de toda a mídia nacional.

Então, é muito importante. Eu vi que vai haver o seminário no dia 29 de setembro. Eu me permitiria até sugerir de antecipar, porque, se o mês vai ser setembro, é quando eles vão falar... Eu acho que a sensibilização, talvez devêssemos ter a possibilidade de antecipá-la, para que as pessoas já fossem sensibilizadas antes. Bom, acho que está caminhando.

Vamos agora passar a palavra ao último orador, que é o Dr. Felipe Felisbino, Coordenador -Geral de Educação Ambiental e Temas Transversais da Educação Básica do Ministério da Educação. Aí já é um pouco pessoal: eu acredito que é na educação que nós vamos ter que investir para fazer todo esse tipo de prevenção, mas vamos ouvi-lo e ampliar o nosso conhecimento sobre o tema.

O SR. FELIPE FELISBINO - Bom dia a todos!

Inicialmente, gostaria de cumprimentar a Senadora Marta Suplicy e, em seu nome, cumprimentar todos os integrantes da Mesa por esta oportunidade, cumprimentar os Senadores presentes, na pessoa do meu coestaduano Senador Dário Berger, catarinense, representando aqui o solo catarinense no Senado Federal - nos honra a sua presença -, e dizer da relevância desse tema e do momento oportuno em que ele vem a ser discutido por esta Comissão. É oportuno, porque nós estamos nos encaminhamentos finais, principalmente no olhar da educação básica da BNCC (Base Nacional Comum Curricular), que prevê encaminhamentos das temáticas que serão trabalhadas, que poderão ser abordadas dentro da formatação dos novos currículos.

Então, só contextualizando, até março de 2017, nós coordenávamos a Coordenação-Geral de Educação Ambiental, vinculados à Secadi (Secretaria de Diversidade) do MEC. A partir da reforma e da reformulação do organograma do MEC, que foi publicada no dia 15 de março, nós migramos internamente da Secretaria de Diversidade para a Secretaria de Educação Básica, em que passamos a responder também pela temática, pelos temas transversais da educação básica. Então, ficamos com a Coordenação-Geral de Educação Ambiental e Temas Transversais da Educação Básica. Então, a educação ambiental é um vértice dessa coordenação, articulando, abrigando e movimentando toda a temática transversal e integradora das Diretrizes e Bases da Educação Brasileira.

Então, aqui nós estamos discutindo o Projeto de Lei 163, de 2017, que dispõe sobre a Semana de Valorização da Vida. Esse projeto tem por finalidade promover o debate, a reflexão e a conscientização sobre o tema junto à sociedade brasileira, objetivando dignificar a vida no Brasil em relação ao suicídio e aos fatores condicionantes e determinantes. Então, fiz esse recorte justamente para harmonizar com os encaminhamentos do texto da BNCC, que prevê amarras nesse sentido, Senadora, facilitando os nossos trabalhos, as nossas ações, que hão de cumprir os desdobramentos desta Comissão e deste projeto de lei.

Então, como cumprir? Eu vejo que o MEC tem a possibilidade de abrigar, de cumprir e de desenvolver políticas e ações públicas dentro dos temas transversais. O texto diz: "Incorporar aos currículos e às propostas pedagógicas abordagem de temas contemporâneos que afetam a vida humana". Então, "temas contemporâneos que afetam a vida humana" têm tudo a ver com a temática trabalhada neste momento, nesta audiência, em escala local, regional e global, preferencialmente de forma transversal e integradora.

Então, nós não estaremos, Senadora, criando uma disciplina. Nós não estaremos reservando no currículo um espaço para debatermos exclusivamente a temática desta audiência, mas nós levaremos esta temática de forma transversal e integradora em todas as disciplinas. Todas as disciplinas têm que trabalhar os temas transversais e têm que trabalhar de forma integradora.

O professor de biologia, assim como o professor de história, de geografia, de Língua Portuguesa, de Educação Física, terá que ter condições de versar, em algum momento no seu plano de ensino, no seu projeto bimestral, semestral ou anual de aulas, os temas transversais. Os temas transversais, então, estão previstos em lei, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação, e estão sendo trazidos e acomodados também na BNCC.

Então, nós temos os direitos da criança e do adolescente, cumprimento de lei, educação para o trânsito, preservação do meio ambiente - e aqui nós estamos recomendando à BNCC que não fique com este nome, por questão semântica, questão de interpretação. Nós estamos pedindo para substituímos, ao invés de meio ambiente, preservação de meio ambiente, assegurarmos sustentabilidade, que é muito mais amplo que a preservação ambiental.

Na sequência, educação alimentar e nutricional, processo de envelhecimento, respeito e valorização do idoso, educação em direitos humanos, saúde, sexualidade, vida familiar e social, educação para o consumo, educação financeira e fiscal, trabalho, ciência e tecnologia e diversidade cultural. Então, do último item de saúde até a diversidade cultural nós não temos uma legislação, mas nós temos resoluções do Conselho Nacional de Educação, da Comissão de Educação Básica, que regulamentam a partir de 2010 essas temáticas.

Então, eu vejo que este tema vem integrar os temas transversais e integradores da saúde. Hoje, nós temos já algumas linhas, nós temos o Programa Saúde na Escola, que é uma parceria do MEC com o Ministério da Saúde. Nós finalizamos a adesão das prefeituras a esse programa agora no mês de junho. Nós tínhamos, até 2016, a adesão de em torno de 4.600 prefeituras e nós conseguimos agora, em 2017, com a reformulação da portaria, ampliar esse número de adesões para 5.040 Municípios no Território nacional, alcançando algo em torno de 85 mil unidades escolares das redes públicas no Território nacional.

Então, fazendo aqui um parêntese, nós temos 152 mil unidades escolares públicas da educação básica, sendo séries iniciais, finais e ensino médio, e temos algo em torno de 39 mil unidades escolares privadas, particulares. Então, o MEC convive na educação básica, que compreende as séries iniciais e finais e o ensino médio, com em torno de 190 mil unidades escolares. Então, o PSE, com a parceria do Ministério da Saúde, nós conseguimos acessar 85 mil unidades escolares.

O Programa Saúde na Escola integra todas as ações do posto de saúde, da unidade básica de saúde do bairro ou da região onde geograficamente está localizada aquela unidade escolar. A unidade escolar e a unidade de saúde desenvolvem ações em favor da saúde. Então, nós imaginamos que a porta já está aberta, já existe a formalização do projeto, o Programa Saúde na Escola, que pode e deve receber essa temática, pois já tem a sistematização da funcionalidade da interlocução com a comunidade em ação.

Nós temos outro programa que foi muito forte no passado e que estamos retomando, que é o combate ao uso de drogas no território escolar. É uma parceria do MEC com o Ministério da Justiça, sendo coordenado pela Secretaria Nacional Antidrogas. Nós temos o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, É Possível Vencer, que é uma ação da Casa Civil, do Ministério da Justiça, da Senad, e abrange vários ministérios. O Zika Zero é uma ação também da Casa Civil, com quase todos os ministérios. O Mosquito Não é também da Casa Civil e de quase todos os ministérios. E todos esses quatro itens listados por último estão já em interlocução com o PSE, que é o nosso elo de comunicação, é a nossa porta de entrada na sala de aula, na sala dos professores, na mudança de cultura, na socialização da informação, colhendo bons resultados.

No Zika Zero, por exemplo, em 2016, tivemos uma cobertura nacional, em que houve uma articulação de todos os Estados e do Distrito Federal. Nós, agora em 2017, estamos levando o resultado do projeto que foi apoiado pela OEI (Organização dos Estados Ibero-americanos). Nós estamos presentes hoje em 17 Estados e no Distrito Federal, com a interlocução com 24 escolas que foram contempladas, que foram premiadas com os projetos que apresentaram. Entre eles, destaca-se, aqui do Distrito Federal, o aplicativo Zika Zero. Inspirados naquele caça Pokémon, as crianças idealizaram um aplicativo, o caça mosquito zika. Esses projetos foram premiados pela OEI, e o MEC está iniciando hoje pelo Amazonas, em Manaus, a apresentação dos resultados alcançados. Coloquei ali por último - lançando mão do dito bíblico: os últimos serão os primeiros -, sinalizando que o MEC tem, sim, essa abertura, o MEC tem, sim, essa intenção de firmarmos compromissos, de firmarmos encaminhamentos e que isso venha a orientar, venha a balizar, venha a incrementar o Programa Saúde na Escola.

A Semana de Valorização da Vida, na semana de 10 de setembro de cada ano, Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio.

Então, nós já temos alguns encaminhamentos. A partir do momento em que fomos notificados pela Senadora Marta Suplicy, o Ministro Mendonça Filho já deu encaminhamentos e desdobramentos internos, demandando à nossa Coordenação providências sobre o assunto. Se não me engano, foi quando a Senadora nos notificou deste encontro, em maio.

Então, nos meses de junho e de julho, ele já nos demandou e, através do Auxílio de Avaliação Educacional (AAE), nós contratamos consultorias para fazer o acompanhamento, a avaliação e a implementação de ações de políticas públicas sobre o suicídio na idade escolar - nós não estamos relacionando à escola, mas à idade escolar, porque, muitas vezes, o suicida está em idade, mas não está com matrícula efetivada na educação básica -, articulando com as ações do PSE. Esse trabalho já está em campo e um dos consultores me acompanha, neste momento da audiência, que é o psicólogo Marco Antonio Tebaldi...

(Soa a campanha.)

O SR. FELIPE FELISBINO - ... que está fazendo, por amostragem, um levantamento por região, nas cinco regiões do Brasil.

Em segundo, o levantamento e a análise do compartilhamento das temáticas sociais propostas nos temas transversais integradores no auxílio da psicopedagogia, implantando ações que trabalhem as dificuldades de aprendizagem, diferenciando dificuldade de transtorno. Neste está em trâmite ainda a questão da contratação da consultoria. Então, o que entendemos aqui? A dificuldade de aprendizagem, muitas vezes, pode ser motivada por uma violência, pode ser motivada

por um abuso, pode ser motivada por *bullying*. E isso pode acarretar um suicídio, isso pode chegar também ao suicídio. Então, integrar com as psicopedagogas de cada unidade escolar essa é a nossa intenção.

Era isso.

O MEC está aberto, está à disposição. E temos onde abrigar os encaminhamentos deliberados por esta Casa para tratarmos dessa temática, desse assunto tão delicado, mas que precisa ser esclarecido, precisa ser debatido, evitando-o. Na pior das hipóteses, evitando-o.

Muito obrigado, Senadora Marta, em nome do Ministro Mendonça Filho e do nosso Secretário de Educação Básica, Rossieli Soares, pela oportunidade que V. Ex^a dá ao MEC de estar interagindo nessa temática.

Muito obrigado.

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Eu que agradeço, Dr. Felipe Felisbino, porque acredito que a temática transversal é importantíssima e faz muito mais sentido do que ter uma cadeira disso ou daquilo, é fundamental.

Eu estava agora num congresso da Childhood, aquela fundação da Rainha Sílvia contra abuso sexual e violência sexual. E acho que a temática é relacionada, porque esse aumento de tentativa de suicídio e êxito em suicídio pela juventude, como mencionou a Dr^a Cheila, é muito ligado ao que o senhor mencionou agora: *bullying*, abuso sexual e violência doméstica. Onde a gente tem que combater isso? Tem que combater na escola. Não há outra possibilidade.

Aqui nós aprovamos recentemente, na Comissão - acho que foi na de Educação, não foi na CAE, agora eu fiquei na dúvida -, a possibilidade do psicólogo escolar. O psicólogo escolar pode ajudar, mas eu acredito que o MEC pode trabalhar e deve trabalhar com o professor. Quem está em contato com a criança é o professor. Ele é que vê que uma criança que era alegre e que compartilhava tudo fica quieta de repente, ou é ele que vê que uma criança começa a zoar na sala de aula querendo chamar a atenção. O que está errado naquela situação de uma criança que muda repentinamente de comportamento? São coisas óbvias, mas que não são para o professor que tem 350 em que prestar atenção.

Então, a pergunta que eu faço é a seguinte: eu gostei muito da apresentação final, da pedagoga, dos que já estão interferindo nas escolas e tudo, mas não daria para haver uma formação do professor antes de ele chegar? Porque nós estamos sempre falando na sala de aula, e nós sabemos de todas as limitações com que o professor já chega na sua formação. É possível ou seria uma coisa que não tem para colocar em currículo a parte de transversalidade? Eu estava pensando, quando o senhor falou em transversalidade, em um ou dois temas, e o senhor apresentou mais de quinze temas. É muita coisa para qualquer pessoa poder fazer intervenção ou saber se colocar da forma minimamente adequada.

Quando trabalhei com Paulo Freire, nós fizemos um programa de educação sexual nas escolas. Para cada hora em que o professor ficava com os jovens, ele tinha duas horas de supervisão, porque era muito complicado o que despertava no professor, que aprendia trabalhando com os jovens. Havia uma pequena formação. Eu estou dizendo da dimensão do problema que nós temos que enfrentar. Essa pergunta V. S^a pode responder junto com o primeiro que for perguntar.

Senador Cristovam, V. Ex^a, junto comigo, foi autor do requerimento. É o primeiro, mas o Telmário tinha se inscrito antes. Então, posso ceder para ele primeiro?

(Intervenção fora do microfone.)

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Então, o Senador Telmário Mota com a palavra.

O SR. TELMÁRIO MOTA (Bloco Moderador/PTB - RR) - Senadora Marta, primeiro, eu quero parabenizar V. Ex^a por esta iniciativa desta audiência.

Sem nenhuma dúvida é um assunto tão... Na hora em que você vai ver os números aqui passados pela Dr^a Cheila, a gente começa a observar que são números preocupantes. De repente, a gente, a olho nu, não observa isso dentro da sociedade, mas, na hora em que a gente levanta os números, realmente eles nos preocupam.

Olhando aqui este material específico que a Dr^a Cheila nos passou, dois fatos me chamaram a atenção. Primeiro, o suicídio. Como sou da Região Norte e nasci numa comunidade indígena, vejo com muita frequência o suicídio nos povos indígenas. O suicídio é a primeira causa da morte em indígenas, tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino. E a causa disso?

O indígena, de repente, é uma coisa complexa. Veja você: ele não é assim, culturalmente, uma pessoa ambiciosa; é uma pessoa que tem uma vida muito tranquila, não vive estresse muito grande; e, de repente, opta por um número elevado de suicídio. E quase todos por enforcamento, a grande maioria.

Essa é uma pergunta que a gente quer aproveitar para fazer ao Dr. Quirino, que cuida da área de saúde - também houve um gasto enorme nessa área da saúde -, que pode realmente ver que tipo de trabalho e que tipo de prevenção estão sendo executados nesse segmento.

Outro fato que me chama a atenção é que o número de suicídios cresce no sexo masculino, principalmente nas idades entre 20-29 e 30-39. É um alto índice. Então, as causas me parecem as mais diversas e passivas de um estudo com mais precisão, porque, veja, é uma idade em que a pessoa está amadurecida, já está até encaminhada na vida. É uma idade em que você pode até não ter usufruído, na sua vida, do melhor momento; mas dos 25 aos 35 é um momento em que você está com uma faculdade, está bem, está fisicamente muito bem. Daí em diante, o sol já começa a descer, porque a vida mediana é de 70 anos, exceto aquelas pessoas que sabem viver bem, como a Senadora Marta: sempre muito bem, muito obrigado. Mas é importante que a gente aumente... E aí acho que o Ministério da Saúde, Dr. Quirino, é que realmente tem que levantar essas causas. É muito impressionante. Você vê: pega uma idade de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos; e, aí, subsequentemente, vem uma idade maior.

Eu sempre tive uma sensação de que era uma frustração na vida, de que o suicídio vinha de uma frustração, porque é uma coisa muito grave; você tirar sua vida é muito grave. Será se vinha mais do problema econômico? Aí você vê a questão indígena, porque eu sei que o indígena não tem esse sentimento da economia, da preocupação de uma vida econômica estável. Ele tem uma vida muito tranquila.

Então, eu queria que o Dr. Quirino, se tiver elementos, ou mesmo a Dr^a Cheila, que nos apresentou esse projeto, nos colocassem mais ou menos a par dessa situação.

Muito obrigado, Senadora Marta.

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Obrigado, Senador Telmário.

Passo a palavra à Dr^a Cheila.

A SR^a CHEILA MARINA DE LIMA - Acho que suas perguntas foram superimportantes; é importante a gente levantar essas questões e a gente trabalhar com a priorização dessa discussão junto com a comunidade indígena.

A gente tem que ver estas questões também: o índice de abuso de álcool na comunidade indígena é um fator de risco, um dos principais fatores de risco, e a gente precisa abordá-lo. Quer dizer, a questão do suicídio a gente também tem que trabalhar nesta perspectiva: quais são os fatores de risco que podem estar associados e quais são os fatores protetivos. Um dos grandes fatores de risco na comunidade indígena que a gente vê hoje é a questão do uso abusivo do álcool.

Sobre a questão da faixa etária jovem, são vários outros fatores também. A começar por uma questão que a gente avalia... Na área de vigilância, a gente sempre busca estar pautado em cima daquelas informações, começando com a comunidade escolar, com o adolescente. Uma ferramenta, algumas ideias, alguns cenários, que eu acho que o próprio adolescente protagoniza e nos fala, a gente tem como resultado da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar.

Os adolescentes estão cada vez mais precocemente experimentando álcool e outras drogas e usando álcool e outras drogas. Há uma parcela importante de adolescente dizendo que está sofrendo relações sexuais forçadas, que está sofrendo ou que sofreu violência tanto na escola quanto na família, que tem histórico também na família de uso abusivo de álcool, e por aí vai.

Então, há alguns fatores de risco nesse cenário, que apontam para essa questão, além - eu acho que Dr. Quirino vai falar - das relações dos transtornos mentais que tem isso.

E o cenário também de determinantes e condicionantes é preponderante. Nós temos esta questão: que acesso essa comunidade tem - acesso à habitação, à renda, ao emprego, ao lazer, à cultura - nos seus territórios? E a gente não pode dissociar... Essa questão, que o senhor falou, econômica não está desassociada também. A gente vai ver provavelmente, se a gente estudar alguns anos, essa questão do desemprego e de todas outras questões relacionadas também, que não é o caso aqui de que a gente está falando especificamente.

Mas, sobre o fato de a faixa etária jovem e do sexo masculino estarem expostos, a gente tem que ver também, além desses fatores, a questão da exposição do agrotóxico, a facilidade de adquirir e os contatos que têm, a permanência de contato com esses agrotóxicos e outros fatores que a gente tem que levantar, mas, sem dúvida nenhuma, considerando os fatores de risco para a gente fazer essas intervenções. A gente tem que enxergar mais esses fatores de risco, dar mais importância a esses fatores de risco, para a gente evitar realmente o suicídio; para que reduzam as tentativas de suicídio e reduzam os suicídios também.

E, sem dúvida nenhuma, a gente conhecer o território é importante no sentido de a gente fazer intervenção. Como a causa do suicídio não é uma bactéria, não é um vírus, é multicausal, multifatorial, e existem outros fatores associados, então, para a gente fazer as intervenções, a gente tem que considerar esses outros fatores, principalmente no nosso território. Que equipamentos sociais eu tenho à disposição no meu território? Quem são as famílias que estão em risco de vulnerabilidade? Para a gente trabalhar junto, atuando nessas intervenções, de tal maneira que a nossa rede de atenção seja também composta por uma rede de proteção que dê resposta e cobertura para todas essas questões associadas.

Não sei se eu consegui responder um pouco, mas eu acho que o Dr. Quirino também poderia complementar.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Obrigada.

Dr. Quirino, gostaria de complementar?

O SR. QUIRINO CORDEIRO JÚNIOR - Acho que são questões extremamente importantes e relevantes as trazidas pelo Senador.

Só na tentativa de complementar algumas questões já colocadas pela Drª Cheila, é extremamente importante, quando você pensa em situações de prevenção ou suicídio, o estudo de determinantes e condicionantes para o ato. Daí, enfim, nessas ações agora planejadas pelo Ministério da Saúde, a gente trabalhar nessa Coordenação Nacional de Saúde Mental junto com a SVS, na tentativa de se criar indicadores epidemiológicos para que, a partir daí, a gente possa ter ações mais efetivas.

Quando a gente fala de situações relacionadas ao suicídio - o senhor falou sobre problemas econômicos, por exemplo -, há uma série de estudos mostrando que, em situações de grandes problemas, dramáticos, econômicos, que se abateram historicamente em alguns países, houve um aumento do número de suicídio, mostrando que o tema é bastante amplo, complexo e que precisa ser entendido nessa magnitude, para que a gente possa ter ações mais efetivas.

Quando a gente pensa na população indígena, há a questão do uso de álcool - ela é fundamental para que a gente possa entender o problema do suicídio -, mas há outras tantas. Por exemplo, a gente sabe que as populações indígenas, ainda hoje, são populações alijadas, são pessoas que perderam a sua cultura e não entraram na cultura do homem branco, do colonizador. Essa é uma situação que deixa essa população muito fragilizada, muito vulnerabilizada.

A Coordenação de Saúde Mental tem um trabalho com a Sesai, que é a secretaria que cuida das questões da saúde indígena no Ministério da Saúde, e agora, com o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, é importante que a gente tenha ações específicas para essa população. Em que pese que, no cômputo em geral do número de suicídios no Brasil, não tenha um peso tão grande, porque é uma população diminuta no País, a população indígena, no que diz respeito à população indígena especificamente, o suicídio é muito importante como uma causa de morte.

Daí a gente pensar não só em estratégias de prevenção, estratégias universais, que poderiam ajudar a abarcar o suicídio de modo geral, mas é muito importante que a gente pense em estratégias focadas em realidades específicas. E, com certeza, a população indígena não pode fugir dessa pauta.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Antes de dar a palavra ao Dr. Humberto...

O SR. TELMÁRIO MOTA (Bloco Moderador/PTB - RR) - Senadora Marta, só para complementar.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Pois não.

O SR. TELMÁRIO MOTA (Bloco Moderador/PTB - RR) - Primeiro, eu quero agradecer a exposição; ela me contempla.

Mas outro fato que me chamou atenção, veja você: meu Estado é pequeno, nós não temos grandes crises - embora haja a história do contracheque -, mas, nas estatísticas, é o segundo Estado com o maior número de suicídio. Eu fiquei realmente... Chamou-me muito a atenção isso.

Muito obrigado.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Trocando uma ideia em relação à população indígena, eu acho que, antes de qualquer ação, será que não deveríamos fazer um diagnóstico? Porque o que foi colocado aqui, principalmente como possibilidade, é a questão da droga e do álcool. Todos nós sabemos que realmente isso é uma questão muito pesada nas comunidades. Mas não sei por quê; não sei é a palavra. Porque, de repente, você começa uma ação para combater álcool... Por que estão no álcool? É só por que o álcool foi levado? Ou a identidade deles, como foi levantado pelo Dr. Quirino? Mas eu acho que é uma coisa que provavelmente requer um estudo muito mais delicado e profundo das razões.

(Intervenção fora do microfone.)

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - É, um estudo antropológico, de perda de identidade, do consumismo. Hoje muitas comunidades indígenas têm televisão, e são essas que consomem álcool. Aí eles veem tudo acontecendo no mundo, e eles, ali, sem nenhuma expectativa. Será que a frustração vem da expectativa? Quer dizer, há tanta coisa a ser pensada, não é?

Passo a palavra ao Dr. Humberto.

O SR. HUMBERTO CORRÊA - Acho que talvez uma coisa importante com relação às comunidades indígenas é que elas não são homogêneas.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Exatamente.

O SR. HUMBERTO CORRÊA - Nós temos mortalidade por suicídio muito grande em algumas; em outras, não.

Acho que uma questão muito importante é o que a senhora mencionou: o diagnóstico. Então, nós temos que ter um diagnóstico preciso antes de fazer qualquer estratégia de prevenção.

Uma coisa talvez fundamental nos indígenas, nessas que têm mortalidade muito alta por suicídio, é a anomia em que muitos vivem. Eles perdem os valores tradicionais e não incorporam os valores ocidentais. E vivem num vazio existencial, que vai levar a mais depressão, a mais ansiedade, a mais álcool e a mais suicídio.

Então, atentos às comunidades indígenas, nós temos que mapear realmente onde isso está acontecendo e onde isso não é tão importante.

A questão dos adolescentes e dos jovens é algo que preocupa no mundo inteiro. Na maioria dos países, a mortalidade por suicídio nessa faixa etária que vai de 15 a 29 anos de idade dobrou ou triplicou nos últimos 30 anos. Em um terço dos países, hoje, a principal causa de morte é o suicídio. O Brasil é um país muito injusto, muito violento, então, nossos jovens morrem muito de acidente automobilístico, muito de homicídio, e suicídio talvez não apareça tanto, apesar de que também no nosso País a mortalidade por suicídio tenha aumentado muito nessa faixa etária. As razões são inúmeras: sociais, culturais, uso de substâncias cada vez mais precoce, álcool e drogas nas escolas.

Há evidência de como lidar com isso e como prevenir isso nas escolas. Recentemente, foi feito um estudo europeu gigantesco, com milhares de estudantes em várias escolas europeias - o que o Dr. Quirino disse é importante, evidências -, onde se mostrou que a educação e a sensibilização universal dos estudantes - e aqui nós estamos falando de adolescentes - contribuiu para reduzir a mortalidade por suicídio ao longo de um ano nas escolas em que aplicaram este método: basicamente, os professores falando abertamente sobre suicídio, depressão, monitores treinados no primeiro mês de aula abordando o assunto, e os estudantes receberam uma cartilha falando sobre esses assuntos. Isso contribuiu para reduzir a mortalidade nas escolas que aplicaram esse modelo.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - É, são muitos os caminhos, mas o caminho acho que é a escola. Já nessa cartilha que o Ministério está elaborando, talvez haja alguma possibilidade de trabalhar não só com o pessoal da saúde, mas em uma parceria com a educação.

O SR. FELIPE FELISBINO (*Fora do microfone.*) - Chegar até a escola, não é?

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Sim.

Agora temos o último questionador, Senador Cristovam Buarque, com a palavra.

O SR. CRISTOVAM BUARQUE (Bloco Socialismo e Democracia/PPS - DF) - Quero, inicialmente, pedir desculpas por não estar aqui desde o começo. Tive outros compromissos, comissões e outras coisas. Mas esse é um tema que deveria trazer aqui todos os Senadores. Esse é um tema fundamental, a meu ver, não como problema de saúde, mas como problema histórico, problema civilizatório, problema de consciência do Brasil, o fato de que uma pessoa tire a própria vida.

Eu tenho três perguntas, e depois algumas sobre o que fazer. Primeiro, para entender melhor, eu gostaria de saber - aqui não está, nesses documentos - quais são as causas por idade, se vocês poderiam, rapidamente, dizer que até tal idade a causa é essa ou aquela, até porque - também é uma pergunta nesse sentido - há alto o índice dos que estão acima de 60 anos. Será que uma das causas é a percepção de doenças incuráveis, a percepção da perda de condições de viver por falta de dinheiro, porque não tem quem cuide? Queria saber se, no caso dos mais velhos, existem razões desse tipo ou se continuam as mesmas. Porque há uma diferença entre o existencial de cada momento e as dificuldades sociais que talvez os velhos enfrentem.

Segundo, talvez seja até uma curiosidade. Não está aqui por religião. Existe uma diferenciação no índice para cada 100 mil pessoas entre os que têm religião, que não têm religião, que têm uma certa religião ou outra religião?

E a outra é se existem ondas, ou seja, se em alguns momentos, por alguns efeitos, existe um número maior de suicídios. Eu sei que, em alguns momentos da história, até um livro provoca as pessoas a quererem imitar uma heroína ou um herói, e termina suicidando-se mais. E nisso, vem a pergunta sobre a internet, sobre esse assunto que tomou conta alguns meses atrás e de que, de repente, parou-se de falar: a chamada Baleia Azul. Não sei se foi falado isso ou não.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. CRISTOVAM BUARQUE (Bloco Socialismo e Democracia/PPS - DF) - Então, de qualquer maneira faço a pergunta e, se puder, responda para mim: a internet hoje é mais grave do que corda, pílula, arma de fogo na provocação de suicídio?

E, sobre o que fazer, eu penso, sobretudo no caso das crianças e da juventude, se a presença dos pais na escola não seria uma maneira de cuidar antes do fato de uma criança poder ter a tendência. E, para isso, vem uma pergunta, que é técnica: existem algumas indicações de que alguma criança ou jovem possa ter ou não mais tendência do que outros? O professor pode ficar alerta? Por exemplo, existem indicações sobre violência. No caso, seria de tendência a suicídio.

Finalmente, se, além de professor, a gente colocar psicólogo nas escolas - é uma luta antiga de muitos, especialmente dos próprios psicólogos - não ajudaria a reduzir esse tipo de risco que a nossa sociedade está correndo, ao ver que perde jovens por essa razão? Em muitos casos, para que os jovens cheguem a isso foram meses e meses de grande sofrimento. Em alguns casos, sabemos que não; em alguns casos é uma decisão momentânea, rápida em que o jovem decide fazer - e eu até costumo dizer -, sem consciência de que o ato é definitivo. Eu acredito que os jovens, sobretudo no final da adolescência, fazem isso por inconsciência de que não haverá volta, às vezes para chamar atenção de alguém - do namorado, da namorada, dos pais -, sem perceber que não há volta. Eu creio, até, por um certo exibicionismo para os outros colegas. Tudo isso um bom psicólogo poderia evitar.

Essas são as minhas perguntas.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - O Dr. Humberto gostaria de falar?

Então, vamos.

O SR. HUMBERTO CORRÊA - São várias questões complexas e difíceis. Vou tentar começar pelos fatores de risco.

São muitos os fatores de risco de um suicídio. O suicídio é um fenômeno multifacetado. Talvez o número um seja a doença mental. Praticamente 100% dos suicidas estão passando por uma doença mental, e a depressão é a mais frequente delas, seja no idoso, seja no adolescente.

Outra questão muito importante são os laços sociais. Quanto mais laços sociais tem um indivíduo, menor o risco de ele se matar. Quem está trabalhando tem menor risco do que quem está desempregado ou aposentado; quem está casado tem menor risco do que quem está solteiro ou viúvo, por exemplo; quem tem uma religião tem menor risco do que quem não tem. Então, laços sociais, de uma forma geral, são fatores protetores. E o idoso perde muito desses laços. O nosso jovem, paradoxalmente, apesar de estar conectado na internet 24 horas e ter milhões de amigos, parece ter poucos laços sociais, poucos vínculos de qualidade, o que ajudaria a explicar também esse aumento na mortalidade por suicídio em jovens, que não só acontece no Brasil, mas no mundo inteiro.

Talvez também - uma outra explicação mais social e cultural - o fato de vivermos numa sociedade cada vez mais individualista e mais competitiva, que diminui também a qualidade dos laços, diminui os laços sociais.

Famílias em que duas gerações atrás se tinham cinco ou seis irmãos, hoje se tem um, quando muito, ou dois, quando muito. Isso também diminui essa noção de família e de coletividade.

Então, são muitos os fatores que acho que explicam o aumento da mortalidade em jovens adolescentes e no idoso. Na verdade, classicamente o suicídio é associado ao idoso por essa questão de maior prevalência de depressão, poucos laços sociais. O que está diferente nos últimos 30 anos é o aumento da mortalidade do suicídio entre jovens e adolescentes.

O senhor mencionou a questão do contágio, que é um fenômeno quase exclusivo do jovem, do adolescente.

Um livro famoso é *Os Sofrimentos do Jovem Werther*, de Goethe, em que o personagem principal se mata. Houve uma epidemia de suicídios após o lançamento desse livro, o que fez com que, inclusive, alguns países retirassem o livro de circulação, porque vários adolescentes se identificavam com o personagem e se suicidaram. Isso a gente observa até hoje, por exemplo, depois do suicídio de Marilyn Monroe, em que houve um aumento de 12% da mortalidade dos suicídios nos Estados Unidos. Recentemente, um goleiro da seleção alemã, há uns dez anos, se jogou na frente de um trem e aumentou a mortalidade, por esse método, na Alemanha, nos dois ou três anos seguintes. É um fenômeno que acontece em jovens e adolescentes, que se identificam com aquele personagem e acham que a solução para eles seria fazer o mesmo gesto, muitas vezes, da mesma maneira. Daí o cuidado que temos que ter da forma como falamos sobre o suicídio em todas as mídias - impressas, internet, etc. - para evitar esse contágio. Na internet - que é um campo aberto -, adolescentes vulneráveis e imaturos do ponto de vista emocional podem estar sujeitos realmente a armadilhas desse tipo, temos que estar atentos.

Eu, como professor e médico, falo sempre aos pais que me procuram: nós vivemos, infelizmente, num mundo que tem perigos, a minha filha não vai à escola sozinha, que fica a cinco quarteirões, ela tem 11 anos de idade, porque há riscos. Quando eu tinha a idade dela, eu ia sozinho. Eu não vou deixar minha filha sozinha na internet navegando onde ela quiser, sem supervisão, nós temos que supervisionar. Essa parceria escola-pais é fundamental. Os nossos jovens passam

quase todo seu tempo - ou deveriam passar quase todo seu tempo - na família e nas escolas. Então, é nesse ambiente que protegemos os nossos jovens.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Eu perguntei aos outros depoentes se eles queriam fazer algum comentário. *(Pausa.)*

Não? Então, vou fazer minhas perguntas.

Foi falado aqui da questão da internet. É possível algum tipo de propaganda - sei lá - memes, coisas de que os jovens gostem - juntando o Ministério da Educação e da Saúde - sobre a questão da mutilação? Porque, atrás da mutilação, existe uma avenida de possibilidades, algumas até estão me intrigando muito. Eu estava vendo uma entrevista do Neymar; eu acho que tatuagem pode ser mutilação, e vem daqui até aqui, por tudo quanto é canto e está numa vida muito bem-sucedida. Vi ontem também um outro jogador, também era daqui até o pescoço e não leva uma vida de privação. É dura no sentido de ter organização rígida, de treinos e tudo, mas é diferente de se ver alguém com privação sendo tatuado. Então, há uma indagação.

Agora, há outro tipo de mutilação também, não é? E não estou falando só de argola aqui ou ali, mas também de mutilação que pode levar até a problemas sérios e, eventualmente, a uma fatalidade.

Foi pensado? É possível? Não sei nem se é possível fazer isso. Mas como hoje o grande canal de comunicação é a internet, e de indução também, como a gente viu em 13 Reasons Why ou no Baleia Azul, é possível alguma intervenção nesse sentido? Porque, mesmo que se considerasse que fosse um gasto grande, é um gasto de prevenção que vai... Economicamente, para o Ministério poder investir nisso, é econômico, porque, em termos de dor, para uma família, não tem preço.

Outra questão que eu tinha vontade de fazer... Não, acho que só sobrou esta, porque todos perguntaram várias coisas da questão da escola.

(Intervenção fora do microfone.)

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Eu deixei pronta. Então, vou aguardar.

Eu gostaria que quem quisesse responder sobre a internet ou sobre a escola...

O Dr. Felipe vai...

A Drª Cheila quer fazer alguma observação?

A SRª CHEILA MARINA DE LIMA - Eu acho que há algumas coisas que intrigam. A gente precisa aprofundar, mesmo, essas questões, talvez fazer uma enquête exclusiva relacionada a isso. O que a gente tem observado? Não sei se a gente tem observado um número maior de automutilações, de mutilações, ou se a gente está tendo mais oportunidade de conhecer aquilo que estava mais silenciado nos lares. Porque quando você oportuniza uma notificação, estimula os profissionais a fazerem essa notificação, isso amplia o olhar e a escuta também. Mas, nos últimos anos, a gente tem computado no sistema de informações um aumento realmente das lesões autoprovocadas que não foram consideradas tentativas de suicídio.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - É, mas a gente não sabe se elas são desencadeadas por depressão.

A SRª CHEILA MARINA DE LIMA - Não, isso não sabemos.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Isso é fundamental.

A SRª CHEILA MARINA DE LIMA - Isso, a gente precisa fazer esse levantamento, esse estudo. Até porque hoje há um diálogo muito rapidamente, nas redes sociais, com os jovens, que é obscuro, no qual a gente precisa avançar mais ainda. Então, acho que vale a pena a gente avançar mais nessas questões de conhecer o que a internet está... O que está nos dizendo isso? O que os jovens estão nos dizendo através dessas questões da internet? O que estão apontando? E, aí, acho que a gente precisa aliar a isso, junto com a atenção, junto com a intervenção, junto com as organizações não governamentais, um aprofundamento nesse estudo para dizer o que significam essas mensagens que os jovens estão passando através da internet. Não temos a resposta.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Agora, enquanto a senhora falava, eu pensei: adolescente tem que se rebelar.

A SRª CHEILA MARINA DE LIMA - Isso.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Faz parte. E, se não está se rebelando, alguma coisa está errada. A gente torce para ele se rebelar de uma forma menos perigosa possível.

Não acredito que não haja nenhuma informação estatística a respeito dessa questão de mutilação, de tatuagem, de tudo que pendurem ou façam que acabe mutilando o corpo. Isso não necessariamente tem a ver com depressão.

A SRª CHEILA MARINA DE LIMA - Não, não tem.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Pode ser um ato de rebeldia. Então, esse diagnóstico é muito importante para diferenciar, inclusive, qualquer possibilidade de intervenção.

E hoje é mais público porque a internet publiciza. E, como eu dizia, eu tenho que me rebelar se eu tenho 16 anos. Como é que eu vou me rebelar? É bom; não é tão complicado fazer isso. Mesmo os que têm medo de se rebelar fazem uma borboletinha atrás de não sei onde, mas se rebelaram, porque o pai e a mãe não queriam que fizesse borboletinha nenhuma.

A SRª CHEILA MARINA DE LIMA - E precisamos traduzir o que eles estão querendo nos dizer.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Estão buscando identidade.

A SRª CHEILA MARINA DE LIMA - Se é uma rebeldia, por si só, devido a essa questão da identidade, como é que isso se traduz?

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Acho que é mais uma questão de diferenciar e saber pensar naqueles com os quais se tem que ter um trabalho de prevenção.

A SRª CHEILA MARINA DE LIMA - Exatamente.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Bom, o Dr. Quirino quer se pronunciar sobre essas questões?

O SR. QUIRINO CORDEIRO JÚNIOR - Vou falar sobre duas questões, sobre duas frentes, na verdade.

Primeiro, em relação à automutilação. É bem verdade, a automutilação é um fenômeno complexo tal qual é o fenômeno do suicídio e tais quais são os fenômenos de adoecimento mental, sofrimento psíquico, enfim.

Quando estamos diante de um adolescente, em especial um adolescente que começa a apresentar o fenômeno de automutilação, é importante que a família atente para essa situação. Essa é uma situação que pode representar uma série de coisas, mas, no entanto, é um evento de alerta. Acho que a família tem que atentar para isso e, identificando uma situação desse tipo, acho que é importante conversar com o adolescente e buscar ajuda. Acho que essa é uma situação importante.

A outra questão que eu gostaria de abordar é com relação à linguagem, em como levamos as informações, em como abordamos não só o adolescente, mas qualquer grupo populacional. Então, quando há um problema de suicídio, por exemplo, em uma população indígena, a sua abordagem tem que necessariamente ser distinta da abordagem que você terá, por exemplo, com idosos ou adolescentes. Então, buscar ferramentas e buscar vias para acessar essa pessoa é fundamental.

Só para ficar claro isso, digo que qualquer estratégia de prevenção precisa necessariamente levar em consideração a população que se pretende atingir. É só isso que eu queria colocar.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Obrigada, Dr. Quirino.

O Dr. Felipe quer se manifestar?

O SR. FELIPE FELISBINO - Inicialmente, respondendo ao questionamento da Senadora Marta, em sua fala primeira, são muitos temas, sim, mas eles estão na Lei de Diretrizes e Bases, estarão dentro da BNCC, que irão orientar, que irão conduzir a concepção dos currículos nos Estados e Municípios. Então, idealiza-se para o ensino médio - está em construção - e também para o ensino fundamental, o que já está em debate pelo CNE, que os processos, os percursos formativos que o aluno terá no projeto político-pedagógico, na ponta, no território escolar, lá na sua unidade escolar, que essas temáticas estejam definidas.

O MEC passa agora por uma reestruturação do seu portal, o Portal do Professor, ampliando essa ferramenta para um sistema integrado, e, dentro desse sistema integrado, teremos os sistemas de áreas da educação básica, do ensino superior. Dentro da educação básica, teremos os temas transversais, o que, até então, era uma sugestão em LDB. Não havia uma coordenação específica dentro do MEC para os temas transversais. Então, idealiza-se, dentro desse sistema, uma capacitação para os professores, socializando essas temáticas sociais elencadas, classificadas e recomendadas, para que esse professor consiga desdobrar isso, alinhando com a sua temática, com a sua área de conhecimento, em sala de aula. Então, temos, sim, essa preocupação, e já há um encaminhamento nessa direção de formação.

Busco como exemplo, na minha apresentação, a eliminação, o combate ao uso de drogas no território escolar. Esse foi um curso, ofertado aos professores das redes de ensino do Brasil, em que nós alcançamos o número de 120 mil professores

matriculados. E desses 120 mil professores matriculados - pasmem! -, 78% concluiu o curso; portanto, um índice acima de qualquer curva em termos de resultados finais de qualquer capacitação no Brasil.

Então, inspirados nesse modelo da Senad, do Ministério da Justiça, e do MEC para o combate ao uso de drogas, nós estamos formatando, em parceria com as universidades federais - e a UnB tem sido grande parceira nisso -, um curso pelo qual o professor fique capacitado para interpretar e desdobrar os temas transversais, em sala de aula, na sua área de conhecimento.

E finalizo, corroborando com a interlocução do Senador Cristovam, abordando a questão da internet e da virtualização do afeto, a virtualização da responsabilidade familiar.

Temos nos deparado ultimamente, nas questões da educação infantil de quatro meses a três anos de idade, dos três anos de idade até os cinco anos de idade, com o caso do pai que vai à Justiça contra o prefeito para garantir a matrícula do seu filho na educação infantil em tempo integral. Ocorre que, em muitos dos casos, não é porque esse pai está trabalhando; é porque ele precisa de uma babá para o filho, ou seja, ele está transferindo a educação dos filhos para a escola, confundindo educação e conhecimento. A escola transfere conhecimento; o pai educa.

Então, agora, para a nossa satisfação e alegria, muitos dos juízes estão dando despachos no sentido de alcançar e de registrar os direitos da criança e do adolescente de estarem no seio da família, de estarem com a família na questão da educação e da afetividade.

Eu comentava aqui com a Senadora Marta Suplicy que, nesses encaminhamentos, confunde-se muito a dificuldade com o transtorno - e os médicos que estão aqui nos acompanhando e abrilhantando este momento têm mais propriedade para falar sobre isso. O que eu vivo e acompanho no território escolar, no chão de fábrica, na escola, é o seguinte: "Dá-lhe ritalina!" É ritalina, ritalina, ritalina, ou para potencializar uma movimentação, ou para inibir uma movimentação.

Então, nós não temos... E é muito bem-vinda essa sua observação de termos o psicólogo na escola, porque o psicólogo vai dar o *start* desse encaminhamento: é dificuldade, é déficit de aprendizado ou é transtorno, ou é um problema clínico que precisa ser tratado?

E o que visualizamos, em muitas das questões, é que além de se abreviar o contato com o psicólogo, abrevia-se também o contato com o psiquiatra pelos preconceitos, e encaminha-se diretamente para o neurologista, que trata como transtorno e muitas vezes dá-lhe remédio na gurizada. E muitas vezes é a ausência da família o grande causador desta moléstia.

Então, era isto.

Muito obrigado, Senadora.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Obrigada pelas informações tão interessantes.

Eu achei superimportante essa questão do portal; vai propiciar muito conhecimento para os professores principalmente, e eu diria que em toda a zona urbana ou rural, porque esse conhecimento eles não estão obtendo nas universidades, na sua formação. Imaginem um professor, quando lê todos esses temas transversais que ele tem que introduzir. Deve dar um desespero, Senador Cristovam. Ele não tem conteúdo, não é? Agora, havendo um portal que ele possa acessar - e provavelmente rapidinho fazer uma plataforma, um grupo de WhatsApp da região, para discutir -, aí vai-se começar a produzir conhecimento. São aplicativos, e você começa a dizer: "Eu li, mas eu não sei como fazer isso."

Porque o problema que a gente vê, em sala de aula, quanto à questão da sexualidade: "Bom eu entendi. Agora como é que eu falo disso com o jovem ou com a criança? Não tenho ideia de como abordar, não tenho instrumento, não tenho..." Qualquer tema dos que o senhor colocou lá está nessa dimensão de dificuldade. Como abordar? Como fazer? Como mencionar a parte didática e também a parte, dependendo do tema, até emocional. Por exemplo, se você põe um professor para falar sobre droga, e ele tem um problema de droga em casa e não resolve o problema, está complicado. Se há um grupo em que todos conversam, será muito mais fácil para ele conseguir sair da dificuldade.

Então, parabênz, porque acho que vai caminhar para uma coisa muito boa. Está caminhando.

E agora encerramos com o Prof. Humberto.

O SR. CRISTOVAM BUARQUE (Bloco Socialismo e Democracia/PPS - DF. Pela ordem.) - Permita-me, Senadora, pela ordem, só para acrescentar dois pedidos ao Prof. Humberto. Um é que eu fiz a pergunta e queria saber sobre as causas entre os mais velhos. E outra colocação sobre a qual eu queria saber: tem aumentado ou não, é significativo ou não o número de pactos de suicidas? Essa é uma exceção; em geral, é uma atividade solitária; ou o número de pactos é significativo?

O SR. HUMBERTO CORRÊA - No idoso, os principais fatores de riscos são os mesmos de quaisquer outras faixas etárias e, em primeiro lugar, é a doença mental. E a depressão, entre as doenças mentais, é a mais importante.

O que talvez seja mais significativo no idoso e que o diferencia das outras faixas etárias é a questão da redução dos laços sociais. O idoso, em geral, não tem uma atividade laborativa, pode estar viúvo ou viúva, vai perdendo os amigos, vai se isolando socialmente. Junto com um quadro depressivo, isso é um estopim. Então, eu acredito que, no idoso, sejam esses dois - há vários outros -, mas sejam os dois principais fatores de risco. É a própria questão das doenças clínicas que esse idoso frequentemente vai ter, doenças clínicas, principalmente aquelas crônicas e dolorosas, são também um fator de risco para o suicídio.

Agora o que é importante? Apesar de a mortalidade por suicídio no idoso ser alta, em termos relativos é um problema menos importante no idoso do que no adolescente, porque o idoso morre muitíssimo mais de outras causas esperadas da velhice, enquanto o adolescente e o jovem morrem pouquíssimo de outras causas, e o suicídio já assume um papel relativo muito significativo.

O SR. CRISTOVAM BUARQUE (Bloco Socialismo e Democracia/PPS - DF) - Pacto.

O SR. HUMBERTO CORRÊA - Pacto.

Eu acredito que o suicídio é quase sempre um ato solitário. Por exemplo: era relativamente raro ou muito raro um suicídio fora do domicílio. De uns dez, vinte anos para cá, a gente tem observado um aumento de suicídios no ambiente de trabalho, talvez como uma forma de - entre aspas - "expressar uma insatisfação com o mundo do trabalho". Mas era relativamente raro até 20 anos atrás suicídios que fossem fora do ambiente doméstico.

Então, em princípio, o suicídio é um ato solitário, diria, o desfecho trágico de uma pessoa desesperada que passa por um processo de adoecimento mental. Pactos de suicidas existem? Existem, mas acredito eu que são uma exceção.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Não havendo mais inscrito, declaro encerrada a reunião.

Convoco para amanhã, dia 9 de agosto, às 10 horas, reunião extraordinária desta Comissão em forma de audiência pública destinada a debater a tecnologia a serviço da educação, em atendimento ao Requerimento nº 73, de 2016, de autoria dos Senadores Cristovam Buarque e Romário.

Está encerrada a reunião.

Antes vou fazer uma sugestão para debate na nossa mídia social, que pode também sugerir: semana de prevenção ao suicídio e valorização da vida. Pode ser um novo nome. Vamos debater, para ver se a gente consegue um nome que realmente traga o problema e, ao mesmo tempo, promova a vida.

Obrigada a todos.

(Iniciada às 11 horas e 12 minutos, a reunião é encerrada às 13 horas e 08 minutos.)