



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

REUNIÃO

03/09/2018 - 81ª - Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Boa tarde a todos e a todas!

Começo pedindo desculpas. Houve um pequeno atraso porque eu estava abrindo o Plenário, tinha que abrir uma sessão plenária e não havia Senadores na Casa presentes suficientes.

Declaro aberta a 81ª Reunião, Extraordinária, da Comissão Permanente de Direitos Humanos e Legislação Participativa do Senado Federal da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura.

A audiência pública será realizada nos termos do Requerimento nº 141, de 2018, de minha autoria, para debater sobre: "O aumento do número de suicídios, suas causas e quais ações de políticas públicas são necessárias para combater esse quadro".

Esta audiência pública será realizada em caráter interativo. As pessoas que tenham interesse em participar com comentários ou perguntas podem fazê-lo por meio do Portal e-Cidadania, no link www.senado.leg.br/ecidadania, e do Alô Senado, através do número 0800-612211.

Como nós temos sete convidados e convidadas, eu vou dividir em duas mesas para não ter que botar mesa saindo da lateral. Então, na hora, é só trocar; chamo os quatros primeiros e depois os três.

Antes de entrar no assunto e de chamá-los, não poderia deixar de iniciar esta reunião falando da tragédia que causa comoção no povo brasileiro, neste momento, que é o incêndio do Museu Nacional e a incapacidade do Corpo de Bombeiros do Rio de salvar a nossa história, 200 anos de história. Mas não é de hoje que as políticas públicas ligadas à cultura são colocadas em segundo plano. O Museu Nacional é vinculado à Universidade Federal do Rio de Janeiro - é bom que a gente reporte isso. Houve um corte drástico no orçamento das universidades; logo, as universidades também fazer seus cortes, e aí corta-se aquilo que a gente acha que pode esperar, porque tem de pagar salários. Se sobrar, a gente aplica em outras coisas, dado o aperto do orçamento.

O Prof. Emmanuel Tourinho, em audiência pública na Câmara, em 2017, já alertava para a redução drástica do orçamento das universidades. O orçamento para 2018, por exemplo, é 20% menor do que o de 2014 para custeio - que é aquela despesa do dia a dia - e 90% menor para investimento. Aí está explicada a causa. E eu não estou colocando culpa imediata no Governo atual, embora tenha culpa, sim. Mas a gente tem essa tendência, os nossos museus... Já houve incêndio, inclusive, em outros casos. Então, é preciso que a gente lute para melhorar esse orçamento, sim.

O conjunto de medidas de austeridade, tão ao gosto dos economistas neoliberais, de forma combinada e sistemática, leva o Brasil às visíveis tragédias como o incêndio do Museu Nacional e às invisíveis tragédias da falta de recursos para assistência social, educação, saúde e segurança - um país que economiza com os pobres e miseráveis para garantir a rentabilidade dos ricos.

Então, é a questão das prioridades. A gente está vendo que... Eu estava ali debatendo... Vou entrar no assunto da questão das prioridades. Vetou-se o piso dos agentes de saúde. Minha gente, um piso de mil trezentos e pouco. Vetou-se. Foi aprovado por unanimidade no Senado. Mas é isso.

Voltando ao tema da audiência, já falei da interatividade, essa audiência será para tratar do aterrador aumento dos casos de suicídio em nosso País, casos que impactam pais e mães, filhos e filhas, irmãos, irmãs, amigos e amigas, enfim, toda a comunidade.

As estatísticas do suicídio são uma informação sem alma. A realidade é a dor e o vazio da ausência das pessoas queridas, que muitas vezes só nos acordam para suas vidas quando ocorre a tragédia.

Meu Piauí, por exemplo, está com um índice bem acima da média nacional, o que também é uma das razões de a gente ter levantado esse tema aqui, para chamar a atenção também, porque eu acho que é uma questão de todos os Governos, de todas as esferas. Não tem como deixar por conta das ONGs, não tem como isso.

Então, no Piauí, há uma taxa, em 2015: 8,8 casos para 100 mil habitantes. É o último número que a gente tem, mas já há um relatório aí, que deve trazer os dados de 2017. A média brasileira é 5,6 para cada 100 mil e, o que é pior, nas duas pontas, o número é muito estarrecedor: jovens e idosos. Também é uma questão para a gente estudar, os estudiosos do assunto.

Eu vou chamar agora os convidados da primeira Mesa e a gente vai dando informações no decorrer.

Eu tenho certeza de que muita gente também trouxe informações.

Então, nós convidamos para a primeira Mesa Ana Graziela Aguiar, repórter da TV Brasil.

Bem-vinda, Ana. *(Palmas.)*

André de Mattos Salles, psiquiatra da infância e adolescência. *(Palmas.)*

Leila Herédia, voluntária e porta-voz do Centro de Valorização da Vida. *(Palmas.)*

Fernanda Benquerer Costa, médica psiquiatra e RTD - o que é RTD mesmo, porque eu estou esquecida? Referência Técnica de Psiquiatria.

Bem-vinda, Fernanda. *(Palmas.)*

Então, só, antes de começar, explicar. Eu vou trabalhar com 15 minutos. Quem tiver alguma coisa para expor, que trouxe, pode conversar com os meninos ali, porque eles colocam lá, para projetar.

Aquele relógio é a nossa referência e, quando falta um minuto, ele toca uma campainha meio estridente, dá um susto, que significa que é para concluir. Mas eu sempre sou tolerante, dou mais dois minutos para a pessoa concluir.

Então, vamos nos preparar para o toque da campainha com 14 minutos. Eu vou trabalhar com 15 minutos com vocês. Hoje, aqui, não há quase nada acontecendo na Casa, eu posso estender um pouquinho mais.

Podemos começar pela ordem ou alguém quer começar primeiro? Pela ordem em que eu chamei?

Então, Ana Graziela Aguiar, é você quem vai começar, Repórter da TV Brasil, para fazer a sua fala.

A SRª ANA GRAZIELA AGUIAR - Bom, primeiro, eu queria agradecer o convite, falar que é uma honra estar aqui, nesta Casa, discutindo um assunto tão importante. Ressaltar e agradecer à Empresa Brasil de Comunicação, que me liberou para estar aqui, à TV Brasil e ao núcleo de que eu faço parte, que é o Caminhos da Reportagem.

No começo do ano, a gente fez uma reportagem falando sobre automutilação entre jovens, a questão da relação da automutilação com o suicídio e também, um pouco, sobre a depressão, que muitas vezes passa despercebida entre os jovens e adolescentes, crianças e adolescentes. E, aí, eu trouxe um pedacinho desse programa, ele está disponível no YouTube para quem tiver interesse.

Chama-se Cicatrizes da Tristeza. É um documentário de 52 minutos. A gente vai passar aqui só os cinco minutos iniciais e aí a gente volta para ponderar algumas coisas.

(Procede-se à exibição de vídeo.)

(Procede-se à exibição de vídeo.)

A SRª ANA GRAZIELA AGUIAR - Bom, a gente passou só um pequeno trecho do documentário que a gente fez. É uma grande reportagem, tem 52 minutos.

A gente nunca tinha atentado que a automutilação era muito mais comum do que a gente imaginava. Esse tema nos foi proposto de fora. Uma pessoa, enfim, propôs esse assunto. A gente foi percebendo que ele era muito mais comum e que muito mais gente se automutilava - adolescentes e crianças. E a gente foi tentar entender quais eram as correlações, o que era a automutilação, a relação que ela tinha com esse comportamento depressivo e quantos desses adolescentes e jovens já tinham pensado também no suicídio. A gente ficou muito surpreso não só com a quantidade de incidência de jovens que se

automutilam, mas com os pensamentos suicidas, com essa coisa de que ninguém me entende, nesse mundo não me cabe mais, eu não posso viver mais aqui. E nos chamou muito atenção, durante as entrevistas, que eram jovens das mais variadas idades. Jovens começaram a pensar em suicídio, que a vida não valia a pena, com 9, 10 anos. Estamos falando em criança. É um assunto que é muito tabu até dentro da mídia: a questão do suicídio, a questão, muitas vezes, da depressão e até da automutilação. Para a gente foi uma surpresa o desconhecimento do assunto até por parte da gente e também as falhas dentro das escolas, dentro das casas, de os pais olharem um pouco mais para esses filhos em sofrimento e entenderem, que foi o que aquela menina disse, que não é uma frescura, não é um caráter para chamar atenção. Essas pessoas estão sofrendo.

Ninguém tenta se cortar, se automutilar porque quer que seja visto, algo como "olha, preste atenção". É uma chamada de sofrimento interno, é uma tentativa de: "Veja o quanto eu sofro, veja como é a minha situação".

A gente teve a oportunidade de andar por alguns Estados, a gente gravou... Essas primeiras crianças foram em uma escola no Recife, onde existe uma pesquisa que correlaciona a automutilação com o *bullying* nas escolas e esse comportamento depressivo também é muito ligado à tentativa de pertencimento a um grupo; à tentativa de fazer parte, principalmente na adolescência, de algum grupo, de se sentir aceito, de se sentir bem quisto.

Então, a gente conseguiu adentrar um pouco por isso e entender que muitas escolas também não estão preparadas; nossas escolas não conseguem entender que quando o comportamento de um adolescente ou de uma criança se altera, aquilo precisa ser olhado com mais atenção.

A gente sentiu que muitas escolas não estão preparadas e quando se deparam com uma criança com comportamento suicida, automutilando-se ou em processo de depressão, não sabem lidar com o assunto, não sabem conversar.

Um exemplo disso: a gente foi para o Recife gravar em uma escola onde a gente já tinha a informação de que três adolescentes se automutilavam em uma sala. A gente tinha essa informação e fomos lá gravar. Quando a gente chegou, constatamos que de dez adolescentes, nove se automutilavam e assumiram naquele momento.

Então, era muito mais do que a gente imaginava e do que a própria escola imaginava. E a escola estava com pouquíssima preparação para discutir o assunto, com pouquíssima preparação para chamar uma família também para fazer parte.

Conversando com esses adolescentes, muitos deles diziam da dificuldade de falar, da falta do diálogo em casa. É uma coisa que a gente diz: "Ah, a tecnologia, o computador e tal..." Eu vi vários jovens dizendo: "Quando eu chego em casa, minha mãe vai para o celular, meu pai liga a televisão, meu irmão vai para o computador e ninguém conversa".

É uma cobrança inversa, porque a gente faz isso com os adolescentes e com as crianças. A gente diz: "Ah, mas eles não conversam, estão ligados na tecnologia". Acho que é o momento de a gente também se olhar: será que a gente também não se liga muito na tecnologia e não conversa com os filhos? Será que muitas vezes a gente deixa que os problemas de fora, externos, como o trabalho, como outras questões entrem em nosso lar e a gente não olhe para essas crianças em sofrimento?

Eu acho que é uma coisa sobre a qual nós temos que nos perguntar também, porque muitas vezes a gente faz a cobrança da criança, do adolescente, mas a gente não abre, a gente não faz escuta ativa, a gente não tem abertura para discussão mais aprofundada de vários assuntos.

Acho importante também dizer como a gente fala na reportagem, a gente conta que a automutilação nem sempre está ligada, na maior parte das vezes não está ligada com uma tentativa de suicídio. Ela pode levar a uma tentativa de suicídio, no futuro, se essa criança não for ouvida, se ela não for tratada, se ela não tiver um acompanhamento. É um primeiro pedido de socorro; ela pode ser um primeiro pedido de socorro e a gente deve prestar mais atenção.

O que a gente viu nas entrevistas, o que eu pude ver é que existe um sofrimento muito latente. São crianças e adolescentes que não sabem como se expressar. A gente tem uma outra composição de sociedade onde as pessoas têm menos tempo para as relações interpessoais, e isso também inclui nossas crianças e adolescentes, que muitas vezes não sabem lidar, enfim, com o outro, com como é fazer parte de um grupo ou não fazer parte de um grupo e como é amadurecer, como é crescer.

Então, muitas vezes, essas crianças e esses adolescentes acabam ferindo-se num movimento interno de muito sofrimento.

Convido todo mundo a assistir a nossa reportagem, se tiverem interesse. A gente detalha mais o assunto sobre a automutilação. A gente ouviu várias pessoas, vários especialistas. Um deles é o Dr. André, que está aqui do meu lado. É um superprazer tê-lo por perto, porque me ensinou muito sobre um assunto de que eu pouco sabia, que tive a oportunidade de saber e compartilhar.

Acho que a gente deve compartilhar cada dia mais essas informações, olhar para os nossos jovens, enfim, as crianças e os adolescentes, como indivíduos, como seres que têm vários questionamentos internos, também como nós, e merecem ser ouvidos. Precisamos abrir os nossos ouvidos e prestar mais atenção, seja na escola, seja na família, seja num ambiente em que tenhamos contato.

Então, a gente viu que o número de suicídio entre jovens e adolescentes cresceu muito. É um número alarmante. É um número de que pouco se fala. A própria imprensa, nós, tem dificuldade de falar sobre o tema suicídio, porque, na concepção do jornalismo tradicional, o suicídio era um tema tabu.

Então, até hoje, existe uma dificuldade de se tratar desse assunto. Mas acho que é um assunto extremamente importante, que deve ser discutido, porque ele é real. Infelizmente, ele pode estar muito mais perto do que a gente imagina.

Convido todo mundo. A nossa reportagem está disponível no YouTube, está disponível numa página da EBC, da TV Brasil, Caminhos da Reportagem. Quero agradecer e passar a palavra...

(Intervenção fora do microfone.)

A SRª ANA GRAZIELA AGUIAR - "Cicatrices da Alma" é o nome da reportagem. Ela tem 52 minutos.

Obrigada. *(Palmas.)*

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Obrigada, Ana Graziela.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Presidenta, sem querer incomodar, incomodando...

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Desculpe, Senador Paim, eu iria apresentá-lo e me esqueci de fazê-lo. *(Risos.)*

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Realmente, queria dizer que estamos aqui com a presença do Senador Paulo Paim. E, como Senador, ele pode interromper na hora em que quiser. É uma prerrogativa da Casa.

Ele é membro. É meu Vice-Presidente, inclusive.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - A Senadora foi muito gentil, porque eu quis abrir a sessão do Senado. Ela iria abrir esta reunião às 14 horas, mas ela foi lá, para que eu pudesse falar - e ela também usou da tribuna naturalmente -, e, em seguida, fiz um lanche e vim para cá.

Mas eu achei muito importante. Como cheguei atrasado, tenho que ver como tenho acesso a esse documentário. Só me informe isso. Acho que para muita gente também, que já ouviu, mas é bom que ouça de novo.

A SRª ANA GRAZIELA AGUIAR - Ele está disponível no YouTube. Ele pode ser compartilhado, baixado; enfim, a TV Brasil é uma TV pública a que vocês podem ter acesso. Quem tiver interesse - de repente, instituições e órgãos que tenham interesse -, a gente pode enviar um DVD depois, enfim, e combinar.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - É bom. É bom.

A SRª ANA GRAZIELA AGUIAR - E ele também fica disponível na página da TV Brasil, www.tvbrasil.com.br/caminhosdareportagem. É só buscar lá que tem. Vai ao ar todas as quintas-feiras, já fazendo uma propaganda do Caminhos, às 9 horas e 45 minutos, pela TV Brasil.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Está bom. Obrigado.

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - O Senador fala na hora em que achar conveniente. Mas, como ela foi a primeira a falar, vamos dar oportunidade aos outros.

Com a palavra o André de Mattos Salles, que é psiquiatra da infância e adolescência. Ela, Ana Graziela, já o apresentou melhor, dizendo que aprendeu muito com ele. Então, nós vamos também aprender, certamente.

O SR. ANDRÉ DE MATTOS SALLES - Boa tarde a todos. Boa tarde, Senador Paulo Paim. É um prazer conhecê-lo. Boa tarde, Senadora Regina Sousa. É um prazer também conhecê-la, nossa Presidente da Comissão de Direitos Humanos do Senado.

Eu estava lendo, ontem, um pouco sobre o tema e sobre a pauta que a gente iria conversar hoje. E várias pessoas estariam presentes, pessoas representantes da Secretaria de Saúde, pessoas do Ministério da Saúde, pessoas ligadas à política. E eu vim como um psiquiatra, um psiquiatra infantil, da infância e da adolescência, que cuida dessas pessoas no dia a dia.

Por conta da minha especialidade, vou me ater a falar um pouco sobre a especificidade que é cuidar de crianças e adolescentes e sobre o cuidado que gera a prevenção. E é o tema nosso aqui a prevenção de suicídio, no caso.

Quando a gente fala de prevenção de situações nocivas, tem, antes de mais nada, que lembrar que a prevenção começa na vida intraútero.

Toda criança já participa de eventos protetores e de promoção de saúde a partir do momento em que é concebida. Nesse quesito, é muito importante a gente ter, de uma maneira bem clara, a ideia de que quanto mais investe na infância, mais prevenção e promoção de saúde faz.

Então, pensar sobre prevenção de suicídio, falando de pessoas adultas ou de adolescentes que estão passando por esse momento, significa que a gente perdeu, talvez, o tempo principal de prevenção, que é antes de os eventos adversos acontecerem.

Quando a gente pensa a vida do indivíduo, o curso da nossa vida, pensa em fatores estressores longitudinais, horizontais, por que todos vão passar ao longo da vida e que são importantes para o nosso desenvolvimento, para o nosso amadurecimento. E há os fatores estressores verticais também, que passam um pouco da normalidade da nossa curva vital, mas que são fundamentais para a gente poder lidar com eles e ter uma vida saudável.

Falo isso porque a gente abriu a reunião falando sobre o incêndio do nosso museu, ontem à noite. Acho que todos estão muito comovidos com a situação. Acho que a gente falando de prevenção e de fatores estressores deve se lembrar do momento que o País vive e de que isso acaba interferindo na vida de todas as pessoas.

Então, se a gente vê a imagem do museu, ontem, pegando fogo, acho que era um pouco de cada um ali que estava queimando. E a gente tem que lembrar que fatores estressores que vão além do indivíduo também contribuem para o seu adoecimento, também contribuem para que sua vida se torne um pouco mais difícil.

A gente precisa lembrar que essa população, principalmente os adolescentes, tem particularidades muito grandes, as quais devemos levar em consideração se queremos fazer um trabalho preventivo com essa faixa etária.

Em especial, a gente pode pensar no momento psicossocial desse adolescente, no momento psicosssexual, nas alterações hormonais importantes que estão acontecendo nessa faixa etária, no desenvolvimento do sistema nervoso central nessa faixa etária, então, em vários fatores que por si só já tornam essa faixa etária um pouco mais vulnerável.

Dentro dessa concepção, se a gente vai conversar, se a gente vai pensar sobre prevenção, a gente tem que mergulhar nesse universo do adolescente, senão a gente não consegue acesso a ele.

Eu estava lendo algumas reportagens e estava lembrando que, numa das palestras que eu tenho, eu falo sobre uma personagem de um seriado brasileiro que é uma pessoa já mais velha que está participando da sua rotina estressante dentro de um hospital e que pratica autolesão como forma de aliviar um pouco a angústia. E, todas as vezes que eu converso com as pessoas que eu acompanho, elas não sabem disso, porque o adolescente não vê determinados conteúdos. Então, a gente tem que lembrar, de uma maneira muito clara, a especificidade da adolescência e do momento atual.

O adolescente hoje se nutre, se entretém de conteúdos próprios deles. São adolescentes que fazem conteúdos para adolescentes. E eles estão inseridos nesse contexto virtual. Então, a fonte de informação dessas pessoas, a fonte de informação que chega até cada adolescente é uma fonte de informação produzida por eles mesmos. Então, se a gente está pensando em prevenção, e prevenção de conteúdos importantes, a gente tem que garantir que essas pessoas que são influenciadores - não é à toa que o nome chama *digital influencer* -, ou seja, que os influenciadores tenham informações de fato importantes, precisas e de bom conteúdo, para que eles consigam entre eles passar boas informações e ter bons conteúdos e, com isso, a gente consiga manter uma prevenção.

Outro ponto importante: no País, a coordenação atual de saúde mental - eu acho que até uma pessoa vai falar mais especificamente sobre o tema - propôs, em 2016, uma nova organização de prevenção e de abordagem ao tema, ao suicídio. E aí são três eixos. Há um eixo ligado à informação - e é muito importante a gente conhecer de fato a real situação do suicídio no País, para que as políticas sejam cada vez mais específicas e mais bem conduzidas. Então, existe o eixo da informação, que é muito importante e, em se promovendo melhor esse eixo de fato, a gente consegue ter um cenário mais real de como as coisas estão. Existe o eixo da promoção da saúde e da prevenção. E o eixo do cuidado, de fato, para as pessoas que precisam.

Eu lembro também que no País a gente tem um marco legal da primeira infância. Então, a gente estava falando de prevenção e de como é importante a gente apoiar a primeira infância nesse processo. E a gente tem esse marco, que é um marco importante. Esse marco foi desenvolvido a partir de uma comissão permanente aqui do Senado, que é a Comissão da Primeira Infância, que já faz um trabalho de longa data e um trabalho muito bonito, muito importante. E, talvez até a partir desse trabalho com a primeira infância, a gente possa pensar também numa comissão permanente para pensar e promover saúde para os adolescentes.

São esses os pontos principais que eu queria trazer para a gente discutir. Acho que outros pontos serão abordados aqui também, mas eu fico com a mensagem do conteúdo específico relacionado à infância e à adolescência.

Muito obrigado. (Palmas.)

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Ninguém ainda ouviu o toque da campainha. Ninguém está usando o tempo completo. Eu fui dizer que assusta a campainha, aí o pessoal... (*Risos.*)

O SR. PAULO PAIM (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - É que eles estão liberando para que o Plenário possa falar bastante depois.

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Obrigada ao André de Mattos.

Vamos ouvir a Leila Herédia, voluntária e porta-voz do Centro de Valorização da Vida, o CVV.

A SRª LEILA HERÉDIA - Boa tarde a todos, boa tarde aos integrantes da Mesa. Agradecemos a oportunidade de falar sobre um tema tão sensível, tão delicado e ainda tão pouco debatido. Eu vou falar um pouquinho sobre o trabalho do CVV, só para que todo mundo entenda como funciona. Somos uma associação não governamental.

Então, vamos lá.

Nós temos 56 anos ininterruptos de trabalho no Brasil, sempre de forma humanitária, sempre de apoio emocional e de prevenção do suicídio. Nós somos associados a Befrienders, que é uma entidade não governamental internacional que também tem iniciativas semelhantes em outras partes do mundo, e nós temos reconhecimento por sermos um serviço de utilidade pública.

O nosso trabalho é exclusivamente feito por voluntários, pessoas que têm mais de 18 anos, que dispõem de mais ou menos 4 horas e meia por semana para se doarem para o outro, mas elas precisam passar por um curso, por um treinamento, para que estejam aptas a ouvir, a ouvir de uma forma amorosa, de uma forma acolhedora, a ouvir com respeito essa pessoa que está nos buscando. Essa escuta, que chamamos de escuta amorosa, não é uma criação do CVV, não é uma criação da nossa entidade. Ela é baseada na psicologia humanista, principalmente nos princípios de Carl Rogers, que fala da escuta não diretiva. Então, quando as pessoas se sentem profundamente ouvidas - a teoria dele vai nesse sentido -, elas conseguem reordenar ali o que elas estão sentindo, perceber o que de fato está angustiando, está causando aquela extrema dor psíquica naquele momento.

Então, como eu falei, o nosso trabalho é baseado na escuta ativa, no não julgamento. Isso, às vezes, quando a pessoa entra para ser voluntária, ela estranha muito: como que não julga? Na nossa sociedade, vivemos isso o tempo todo, nós nos julgamos e julgamos o outro também. Então, a ideia é esta: não julgar de forma alguma. A pessoa pode falar sobre o que ela quiser, da forma que ela quiser, pelo tempo que ela quiser, porque o sofrimento é dela, só ela sabe o quanto e como ela pode falar.

É baseado no anonimato. Então, a pessoa não precisa falar o nome, não precisa falar de onde ela é. Ela fala apenas o que ela quiser. Se ela quiser, ela se identifica; se ela não quiser, também está ótimo.

Funcionamos 24 horas por dia nos 365 dias do ano - sábado, domingo, feriado, estamos sempre lá. Então, é como se fosse um pronto-socorro emocional. Não substituímos o trabalho profissional, nem do terapeuta, nem do psiquiatra, de ninguém. Somos um pronto-socorro emocional. No momento em que a pessoa está precisando conversar, ela vai encontrar um voluntário lá, no CVV, disponível.

E por que seguimos trabalhando, buscando mais voluntários e buscando ampliar o nosso atendimento?

Porque o suicídio é um problema de saúde pública e com uma realidade crescente.

O Brasil assinou um acordo com a OMS para reduzir os números, os índices de suicídio e ainda assim a gente percebe que esses números aumentam. Então, hoje a gente tem um suicídio a cada 40 segundos no mundo, 32 brasileiros morrem todos os dias por suicídio. São cerca de 800 mil mortes por ano e 17% dos brasileiros já pensaram em algum momento que não queriam viver, já pensaram seriamente até em tirar a própria vida.

E aí um dado que a OMS traz que eu acho que é fundamental para a nossa compreensão: em cada dez mortes, nove podem ser evitadas, nove mortes. Por que essas mortes podem ser evitadas? Porque as pessoas não receberam o tratamento adequado, as pessoas não tiveram ali o atendimento para as necessidades que elas estavam passando naquele momento. Então, elas precisavam de um apoio, precisavam de uma ajuda na maior parte das vezes e não tinham esse apoio. Elas não conseguiram superar aquele momento difícil porque a pessoa não quer se matar; na realidade, o que ela quer matar é o sofrimento por pelo qual está passando e não consegue conviver com ele. Ela quer matar a angústia, a dor que ela sente.

Então, hoje a gente tem anualmente dois milhões de atendimentos, a gente fechou 2017 com dois milhões de atendimentos em todo o Brasil. O número superou em 100% o do ano anterior. Em 2016, a gente teve um milhão de atendimentos, e a estimativa, pela quantidade de ligações que a gente está recebendo por dia - muitos dias, dez mil ligações - a gente acredita que vá chegar ao final do ano com três milhões de chamados para o CVV.

As pessoas ligam para o CVV pelo número 188 ou entram pelo nosso site - www.cvv.org.br. Lá elas vão poder conversar por *chat*, por *e-mail*. Muitos jovens, principalmente, gostam de conversar por *e-mail*. Às vezes, parece estranho assim o jovem querer conversar por *e-mail*, mas é, muitas vezes eles adotam o *e-mail* para dialogar. E como a gente sabe que são jovens se vocês não perguntam? Porque, às vezes, a pessoa fala, a pessoa se manifesta.

Então, esse eslaide é só mesmo para mostrar a questão de o suicídio ser crescente: em 2011, a gente tinha a taxa de 5,3; em 2015, a gente passou a 5,7.

Aqui, a questão do suicídio entre jovens, que é a segunda principal causa de morte no mundo, a primeira é acidente de trânsito. Então, muitas vezes, mata mais do que o HIV. No DF, a gente tem sete tentativas por dia. Eu acho importante falar um pouco aqui da realidade local também porque é um número expressivo. Às vezes, a gente pensa que não ocorre tanto, mas ocorre, sim.

Eu sempre uso a figura de expressão da panela de pressão, que é uma ambivalência. A pessoa ali está vivendo uma pressão tão angustiante que ela tem aqueles sentimentos desagradáveis, a pressão interna, as pressões externas que ela está sofrendo, os problemas dela e ela precisa desabafar ali, naquele momento, para obter alívio. É mais ou menos assim: "Ufa! Consegui me esvaziar." Não é que a pessoa vá se curar, não é que está resolvido o problema dela, mas, momentaneamente, ela vai se sentir melhor porque vai estar mais esvaziada daquelas emoções com as quais não está conseguindo lidar.

E o que a gente pode fazer com cada um? Uma das alternativas é estar presente, é isso que a Ana falou, estar do lado e falar: "Olha, como você está?" Mas como você está mesmo, porque, hoje em dia, às vezes, alguém pergunta para a gente: "Ah, como você está?" Estou ótimo. Porque, se a pessoa falar assim: "Estou mal, estou péssima!" O que você vai fazer? Você vai embora.

Então, às vezes, a gente tem muita dificuldade em lidar com a tristeza, a gente vive muito essa realidade da alegria, alegria nas redes sociais, a gente precisa estar sempre alegre, precisa estar sempre bem, feliz, bem-disposta. E, na realidade, a nossa vida não é assim. Todos nós temos momentos mais e menos felizes.

Então, dar espaço, dar tempo para que a pessoa possa se expressar com liberdade, de uma maneira livre, porque também acontece isso, às vezes, alguém chega perto da gente para falar sobre um determinado problema: "Ah, estou com o problema tal." Aí a gente, às vezes, na maior boa vontade, intuitivamente, a gente fala: eu também estou. E a gente passa a falar sobre o nosso problema, a gente corta o espaço de fala que a pessoa ali estava tentando abrir, ela estava precisando ali, naquele momento, falar.

Então, aqui vou passar brevemente, porque acho que a Dr^a Fernanda vai falar também, dos estados, que a gente fala dos Ds, são estados que são, em geral, os maiores fatores de risco: a dor psíquica, o desespero, a desesperança, o sentimento de desamparo, de estar ali sem ter alguém que possa confortar, que possa acolher, a depressão, e também a dependência química.

O 188 é o número nacional do CVV desde julho. A gente, por um acordo de cooperação técnica com o Ministério da Saúde, conseguiu que o pulso telefônico fosse gratuito, para uma chamada, por uma ligação, que sempre foi gratuita. Nosso trabalho sempre foi voluntário. Então, desde então, as pessoas podem ligar livremente. E foi uma grande conquista, era um sonho de muitos anos, porque, às vezes, a pessoa ligava e, depois de uma extrema dificuldade psíquica de ela falar sobre si, a ligação caía. Então, hoje, a gente percebe que houve uma inversão, a gente recebe um número muito grande de chamadas por telefone celular, enquanto o telefone fixo caiu bastante.

A SR^a PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Quase não existe mais. (Fora do microfone.)

A SR^a LEILA HERÉDIA - É exatamente, quase não existe mais, então, aqui, os números que falei que têm dobrado, ano a ano, em termos de ligações.

O número 188, como falei, era uma reivindicação antiga e, quando ocorreu o incêndio na boate Kiss, a gente atuou muito ali com relação aos sobreviventes, a comunidade ficou muito impactada. A partir dali, a gente conseguiu estar mais próximo do Ministério da Saúde para a gente conseguir implementar esse número nacional de atendimento...

O SR. PAULO PAIM (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Boate Kiss, muito bem lembrado por você, Rio Grande do Sul, Santa Maria, estive lá, duzentos e poucos corpos num ginásio de esportes devido àquele - diria que quase - assassinato, porque fizeram uma boate onde havia uma única saída e, na saída, quando deu o pânico, o segurança exigia que o cara entregasse o comprovante de que ele pagou a conta. E, quando viram, foi tarde demais. Aí as pessoas morreram.

Mas, realmente, lá, foi um choque, eu diria, para a cidade de Santa Maria - o companheiro nosso, o Valdeci, foi prefeito e é Deputado hoje -, a cidade ficou em estado de choque absoluto. Fomos lá e vimos o sofrimento daquele povo todo.

Foi bom você ter lembrado como um exemplo daquilo que não pode acontecer.

A SRª LEILA HERÉDIA - Foi um momento de extrema tragédia para as pessoas, porque não havia quem não tivesse sido impactado por uma daquelas mortes.

Então, às vezes eram colegas, às vezes um familiar, às vezes dois familiares, três familiares... Então, foi um sentimento de luto muito forte. E com esse sentimento de luto as pessoas tinham dificuldade de seguir, porque muitas vezes a razão da vida delas... Elas entendiam que tinham morrido junto com o incêndio. Então elas precisavam de um trabalho para se recompor mesmo, para passarem por aquele luto e sobreviverem àquele momento.

Então a gente esteve lá presente, e a partir dali a iniciativa foi reconhecida pelo Ministério da Saúde. E a gente passou, gradativamente, a implantar o número 188. A gente já tinha mais ou menos quatro mil ligações, em setembro de 2015, quando a gente implantou, e hoje a gente tem cerca de 3 milhões, com que a gente deve fechar este ano.

Então só para ver que, quando você oferece o serviço e o serviço é gratuito, existe uma demanda, existe uma necessidade na busca pela conversa, por esse diálogo.

Aqui eu já falei, a questão dos 70%.

E como é que a gente pode falar com o CVV?

Quem quiser falar com o CVV basta ligar para o número 188 ou acessar o *site*, o www.cvv.org.br. Lá há todas as formas: há o *chat*, há o *e-mail* e a gente tem atendimentos pessoais também. A pessoa vai em cada um dos postos e lá ela vai ser atendida pessoalmente.

Aqui o número das pessoas que buscam o nosso *chat*. São, sobretudo, as pessoas mais jovens. Setenta por cento das pessoas que acessam o *chat*, acessam a primeira vez. Então, no *chat* elas falam muito abertamente sobre suicídio. Elas não têm preâmbulo, não têm uma conversa de aquecimento, não têm nada. Elas falam muito abertamente: "Eu quero morrer, eu não vejo sentido para a minha vida, eu não quero mais viver, eu não sei o que eu estou fazendo aqui..."

A gente está tentando implementar algumas ações. Uma delas foi conseguir, na busca do Google, que quando a pessoa digita lá "quero me matar" ou "vou me suicidar", a primeira opção que aparece é o CVV, com o número.

Estar mais presente nas redes sociais para ser reconhecido por esse público mais jovem, eles saberem da existência do serviço e como chegar até a gente.

A gente também tem feito textos no blogue, buscado também esse público, para ter uma linguagem diferenciada para eles e em breve teremos um aplicativo.

(Soa a campainha.)

A SRª LEILA HERÉDIA - Estou acabando! Assustei mesmo!

E aí a gente tem essa iniciativa também exclusivamente voltada para os sobreviventes, quer dizer as pessoas que tentaram suicídio e sobreviveram, mas também aquelas que tiveram, perderam algum familiar. Então são sobreviventes.

A gente tem cerca de 20 grupos no Brasil. Eles funcionam de uma forma similar ao AA, por exemplo. As pessoas chegam, a gente tem uma roda de conversa, é sigiloso, só fala quem quer, como quer e o que fala fica exatamente ali.

E uma outra iniciativa também voltada para os jovens que a gente chama de CVV Comunidade. A gente vai para as escolas, para as faculdades, para grupos de atenção, onde a gente é chamado. Essa demanda também é uma demanda cada vez mais crescente. Às vezes a gente tem quatro, cinco atividades em cada Estado por dia. Isso totalmente feito por voluntários, porque as pessoas querem falar e elas não sabem a quem recorrer, não sabem a quem buscar, não sabem com quem desabafar ou o que fazer. E elas ficam buscando alternativas para enfrentar aquele momento ali.

Então, nas escolas é muito comum a gente ver casos de automutilação, enfim, questões que podem levar a um sofrimento ainda maior no futuro caso elas não recebam ali uma assistência como devem.

Então, é isso. A gente promove rodas de conversa a partir de filmes, o GASS, que eu falei, que é o Grupo de Sobreviventes. O plantão de escuta. Quer dizer, deixar que as pessoas ali individualmente possam falar sobre o sofrimento psíquico delas. Mas, como recado final, eu queria lembrar que é uma rede de atenção, é uma rede de atenção e tratamento. CAPS, unidades básicas de saúde, escolas, pais, familiares, todos podem fazer parte.

No CVV, a gente cuida do agora, da dor psíquica insuportável ali, naquele momento. Não é terapia, mas a gente oferece esse canal. Todos nós que aqui estamos, todos nós que estamos vendo essa transmissão, todos nós podemos atuar ouvindo quem está do nosso lado, falando: "Olha, estou aqui. Do que você está precisando? Como é que você está?" Falando isso de uma forma genuína.

Conversar, evitar interromper, colocar a pessoa em inferioridade, desqualificar o sofrimento: "Ah, isso é bobagem. Não fica pensando assim não, você tem tanta coisa na sua vida, para quê?" Mostrar-se chocado: "O que é isso? Você quer se matar? Mas por que você quer se matar?" A pessoa não vai falar mais nada. E ser invasivo. Isso eu já falei também.

E é isso, gente. Eu quero mais uma vez agradecer a todos. Obrigada! (*Palmas.*)

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Obrigada, Leila. Realmente é muita coisa para a gente aprender, viu? Vou deixar alguma pergunta para você, que você responde depois, porque vai haver um momento em que vocês vão se juntar falar. Já há coisas aqui da participação popular também. Quem liga é a própria pessoa que está sentindo? Ou o familiar percebe e também liga?

Vamos ouvir Fernanda Benquerer Costa, médica psiquiatra, referência de Psiquiatria em Brasília.

A SRª FERNANDA BENQUERER COSTA - Boa tarde. Eu queria agradecer pelo convite de estar aqui hoje.

Falar depois da Leila é um pouco um desafio porque é muito bom ouvi-la e é muito bonito ver o trabalho que a CVV faz. Hoje eu estou falando como médica psiquiatra. Eu sou da Secretaria de Saúde do DF e eu tenho trabalhado especificamente com a política distrital de prevenção do suicídio. Mas eu trabalho na parte clínica, de pesquisa e ensino, capacitação da rede de saúde, mas eu acho que a prevenção do suicídio não é uma questão exclusiva da saúde. Então, eu vou comentar algumas outras questões.

E eu faço parte da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio também, a gente acabou chegar. Eu cheguei ontem do congresso brasileiro e foi interessante ver quantas iniciativas a gente tem feito e tem conseguido fazer pelo Brasil afora, que talvez a gente precise sistematizar e organizar melhor, porque há muita coisa que pode ser feita.

Bom, como um panorama geral, o suicídio é a décima terceira causa de morte no mundo. São mais de 800 mil por ano. É a segunda causa de morte nos jovens dos quinze aos dezenove anos. A gente tem que considerar a questão das tentativas de suicídio como uma causa de incapacidade funcional permanente. Então, muitas vezes a pessoa faz uma tentativa e fica com lesão, com sequelas ou com incapacidade para o trabalho. Isso também tem uma consequência.

A gente tem uma estimativa de que há dez a vinte tentativas para cada suicídio consumado. Isso é estimativa porque a gente tem um problema de subnotificação, há muitos casos que não chegam a uma assistência ou que não são notificados como tentativas.

A gente tem a questão do impacto nos sobreviventes: as consequências emocionais, sociais, econômicas. Onde acontece - já fiz algumas intervenções - um suicídio, não há ninguém ali que não seja impactado. Às vezes, em um ambiente de trabalho, numa escola, a pessoa não conhecia, não convivia, mas não tem como ela não ficar impactada pelo fato do suicídio.

O Brasil é o oitavo País do mundo, em números absolutos, de suicídios, são mais de 11 mil mortes ao ano.

A gente tem dois picos de incidência, que são os adultos jovens, do final da adolescência e início da idade adulta, e os idosos. Algumas populações mais vulneráveis: indígenas, população LGBT, presidiários. A gente tem algumas populações que a gente sabe que por certas características têm riscos aumentados de suicídio. A gente tem uma questão de gênero em que as mulheres tentam mais o suicídio que os homens e os homens tendem a consumir o suicídio com mais frequência. Algumas hipóteses que tentam explicar isso estão relacionadas à busca de ajuda, os homens tendem também a buscar menos ajuda, a falar menos sobre as emoções, sobre as dificuldades. E, de novo, a questão da subnotificação, a gente ainda tem muitos casos que não são identificados como tentativa de suicídio ou não são notificados.

Aqui é o mesmo eslaide que a Leila trouxe. Esse é um documento do Ministério da Saúde, de setembro do ano passado, que mostra os números de suicídios ao longo do tempo. As taxas - a taxa é a proporção, o número de suicídios por 100 mil habitantes - não são consideradas altas quando comparadas com o resto do mundo, mas como a nossa população é muito grande, em números absolutos esse é um dado bastante preocupante.

Quando me convidaram para a palestra, uma das solicitações era que eu falasse das causas. Falar das causas é muito complicado porque não existem causas exatamente, a gente não consegue identificar o que causa, a gente consegue identificar muitas vezes um fator estressor, que eu costumo chamar de a gota d'água, a pessoa já tinha uma série de condições, de fatores de risco, de características pessoais, que já a deixavam mais vulnerável e, por um fator estressor, um desencadeante imediato, uma série de circunstâncias, ela desencadeia um comportamento suicida.

Então, eu trouxe um eslaide que, não me vou alongar nele, mas, de maneira geral, a gente tem os fatores predisponentes, que são algumas tendências, algumas características individuais que a pessoa tem. Entre elas, eu destaco a impulsividade, aquela pessoa que já tem menos freio, dá vontade de fazer alguma coisa, vai lá e faz. Isso é uma característica da própria adolescência, mas muitos adultos também têm essa característica. A gente tem os fatores de risco, os transtornos mentais, os eventos estressores. Eventos estressores é um termo meio geral, mas o evento estressor pode ser uma perda, uma

separação, uma dificuldade financeira, é o que a pessoa entende como uma perda, tem que ver o que aquilo significa para ela. A falta de suporte social ou os vínculos. Às vezes a pessoa tem mil amigos no Facebook, mas os vínculos são muito frágeis, não são pessoas próximas com quem você tem um vínculo, com quem você realmente pode contar. A questão da tentativa prévia é um fator de risco para uma nova tentativa ou para o suicídio consumado. Então, aquela ideia antiga de dizer: "Ah, quem tenta não se mata, a gente tem que separar em dois grupos", isso não existe. Quem faz uma tentativa tem um risco maior de fazer uma nova tentativa, de tentar com um método mais grave e de vir a consumir o suicídio. Então, quando a pessoa faz uma tentativa, é o momento de intervir, de engajar essa pessoa num tratamento. Ali é uma grande oportunidade que a gente tem de ajudar essa pessoa.

Mas, além dos fatores de risco, a gente tem os fatores de proteção também - que o André começou falando especificamente da infância, mas os adultos também. E o que é que seriam os fatores de proteção? É tudo aquilo que diminui a chance de a pessoa fazer uma tentativa de suicídio. Então, se a pessoa tem um transtorno mental, esse transtorno ser bem tratado, ser adequadamente tratado e acompanhado.

Desenvolver um suporte social: muitas vezes a pessoa não tem vínculos, a gente ajuda essa pessoa a construir vínculos de qualidade; fortalecendo esse vínculo, a gente pode melhorar essa rede de proteção.

A flexibilidade cognitiva: isso é uma característica de a pessoa conseguir encontrar alternativas. Geralmente, na crise suicida, a pessoa não vê alternativas, é o tudo ou nada. E, com a flexibilidade cognitiva, uma habilidade que pode ser treinada e desenvolvida, ela consegue ver alternativas.

E a esperança: a esperança é um sentimento que muitas vezes é colocado, inclusive, no próprio profissional de saúde, quando a gente está atendendo a pessoa em risco. Não é uma esperança vazia de que: "Ah, vai ficar tudo bem, deixa disso", mas é uma esperança de que ela tenha condições de superar aquela crise, e isso é um fator que ajuda na proteção.

Além de todo esse contexto, a gente tem os fatores precipitantes, que é o que acontece próximo de uma tentativa, que são os eventos imediatos. Um evento estressor - pode ser uma briga, uma separação, um luto, uma perda de emprego, uma discussão -, é um evento que pode ser qualquer coisa, pelo referencial da pessoa, não pelo meu referencial; não sou eu que vou dizer: "Ah, isso é grave o suficiente, ou não é grave o suficiente"; o significado daquilo tem que ser de acordo com o próprio referencial da pessoa.

A questão do abuso de substâncias.

Os afetos intoleráveis, que são sentimentos muito desagradáveis que a pessoa não dá conta, não suporta.

E a questão do acesso a métodos perigosos. Essa questão do acesso eu falo muito nas minhas aulas, nos cursos; é uma das coisas sobre a qual a gente mais pode agir e em que se pode atuar de forma prática, para dificultar que a pessoa tenha acesso a meios que ela possa usar para se machucar. Então, qualquer tipo de método, de construções seguras, materiais químicos, armas, isso tudo, a pessoa, não tendo acesso, aumenta a chance de ela conseguir buscar ajuda e conseguir sair dessa crise.

Bom, então eu destaco o transtorno mental como um dos fatores de risco mais importantes, e as tentativas prévias; e em relação, não exclusivamente, mas muito para crianças e adolescentes - esse dado é da associação pediátrica americana -, a situação de vulnerabilidade (de abuso físico, sexual, psicológico ou negligência) e eventos de vida negativos podem precipitar um ato suicida. E aqui a gente traz também a questão do *bullying* e *cyberbullying*, que foram colocados como fatores de risco também, principalmente para adolescentes.

E eu, trabalhando aqui na Secretaria do DF, tenho coordenado grupo de trabalho que está escrevendo o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio. Então, eu fui estudar as políticas públicas, o que é que existe nos outros países, o que tem sido feito. As políticas são ações articuladas sistematizadas das estratégias preventivas, que envolvem todos os setores da sociedade. Então, eu vou comentar um pouquinho, sobre alguns deles, como esses setores podem atuar para prevenir suicídio.

A gente tem a saúde, a educação, a segurança pública, a mídia, as ONGs, as lideranças comunitárias, os legisladores. O que a gente tem de política hoje? As Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde foram lançadas em 2006, e localmente - eu sei que há outros Estados trabalhando com planos também municipais e estaduais -, aqui no DF, a gente tem um Plano Distrital de Prevenção do Suicídio, que foi trabalhado e foi escrito em 2013/2014, e nós estamos atualizando agora em 2018.

Alguns itens são inclusive recomendados pela OMS.

Dentro de uma política de prevenção, precisa-se contemplar:

- acesso a serviços especializados para tratamento adequado dos transtornos mentais;
- conscientização da população, a gente precisa trabalhar com mudança de cultura, de desestigmatizar os pacientes, as pessoas em risco;

- redução do estigma dos transtornos mentais para propiciar mais busca de ajuda;
- melhorias nas coletas de dados, como eu falei, se a gente não sabe o que está acontecendo, a gente não consegue definir ações adequadas;
- restrição de acesso a métodos potencialmente perigosos, qualquer texto da OMS vai trazer isso como uma ação que é comprovada para reduzir índices de suicídio, dificultar o máximo possível que a pessoa tenha acesso ao que ela possa usar para se machucar;
- capacitação de membros da sociedade para identificação e abordagem a pessoas em risco - e não precisa ser profissional de saúde, não precisa ser especialista, precisa ser um membro da sociedade;
- fortalecimento dos fatores de proteção - como eu falei, não adianta só pegar a pessoa depois que já está adoecida, a gente precisa também trabalhar com prevenção e evitar que ela adoeca.

Então, é trabalhar a questão dos vínculos sociais, habilidades de resolução de problema, expressão emocional. São várias as habilidades que podem ser trabalhadas, que ajudam com que a pessoa, num momento de crise, consiga encontrar recursos para lidar com a crise sem chegar à crise suicida.

Aqui, só como exemplo, o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio foi dividido em sete eixos temáticos, porque são muitas ações, é muita coisa que a gente precisa fazer. Então, os eixos sistemáticos são:

- diagnóstico situacional, que é a gente identificar o que já existe, o que é feito. A gente sabe que existem muitas iniciativas individuais, há serviços específicos que têm atendimento específico, algumas características, a gente precisa identificar isso;
- prevenção;
- tratamento e posvenção. Posvenção é depois que acontece um suicídio, é o manejo que a gente faz com os sobreviventes, os familiares, as pessoas próximas;
- capacitação. Esse plano investe muito em capacitação, principalmente nos cursos da área de saúde, de educação continuada e permanente dos profissionais da rede;
- comunicação;
- avaliação e monitoramento;
- compromisso político.

O plano não está ainda aprovado, oficializado. A gente deve apresentá-lo na Jornada Distrital de Prevenção do Suicídio, nos dias 13 e 14 de setembro.

Quanto à saúde, é preciso fortalecer a rede de saúde mental; tratar adequadamente os transtornos mentais; capacitar os profissionais de saúde, da atenção básica, não necessariamente especialistas; das emergências, muitas vezes a pessoa entra pela primeira vez em contato com a rede de saúde depois de uma tentativa num atendimento de emergências; e outros contextos não especializados para identificação e atendimento a pessoas em risco. Mas a gente precisa treinar os especialistas também. E a questão da vigilância epidemiológica. A gente precisa fazer a notificação das tentativas, isso já é compulsório e imediato, existe uma ficha e a gente precisa melhorar a qualidade desses dados.

Alguns focos que a saúde pode ter: pessoas que já tentaram suicídio antes; o contexto da saúde do trabalhador; os problemas relacionados a álcool e outras drogas; o atendimento de urgência; as vítimas de violência; e as populações vulneráveis. Isso a gente tem identificado e há algumas ações específicas que a gente pode tomar para cada uma dessas populações.

(Soa a campanha.)

A SR^a FERNANDA BENQUERER COSTA - Em relação ao setor de educação. A gente precisa capacitar os professores e demais profissionais das escolas para identificar alunos em risco. A maioria dos adolescentes que se automutilam não estão com o psiquiatra; eles estão nas escolas. Então, os professores estão identificando, eles sabem quem são os alunos e precisam ter uma capacitação para poder acolher melhor isso e direcionar para um acompanhamento. A escola também pode mobilizar a rede de apoio, familiares e amigos. Existem programas de desenvolvimento de habilidades emocionais para serem feitos nas escolas. Aqui é de forma generalizada, não necessariamente o aluno em risco, o aluno que tem um comportamento diferenciado; aqui é para ensinar as crianças e adolescentes a questão de habilidades emocionais gerais. E a articulação com a rede de saúde.

A segurança pública. Está envolvida na questão da investigação e demais medidas em casos de crimes, porque tentativa de suicídio não é crime, mas incitar o suicídio é. Essa é uma questão que precisa ser identificada e notificada, tanto ameaça quanto incentivo ao suicídio são crimes, mesmo no meio virtual. A gente pode desenvolver normas de segurança para construções, para restringir o acesso a meios perigosos; treinamento dos profissionais para atuação em casos de risco

iminente. Nesse congresso essa semana, eu conversei com um capitão dos Bombeiros de São Paulo que desenvolveu uma estratégia para abordar a pessoa no momento da tentativa. E ele escreveu um livro e dá cursos, é uma abordagem superinteressante. Ele começou a estudar porque sentia que não estava preparado e faz muitos atendimentos. E a questão do próprio cuidado com os profissionais dessas profissões relacionadas à segurança: policiais, militares, bombeiros. São uma população de risco, são pessoas que têm acesso a armas, a métodos perigosos, e estão adoecidos também.

Em relação à mídia. Existe esse tabu, que a Ana comentou no início, que não se podia falar sobre suicídio. Na verdade, pode-se falar de forma responsável. Então, a mídia pode trazer um risco a quem já apresenta vulnerabilidades, dependendo de como o tema é abordado. A orientação é fazer sempre de forma responsável, ter cuidado ao interpretar dados estatísticos, não fazer alarde ou sensacionalismo, não glamourizar o comportamento, não publicar detalhes de métodos ou cartas de despedida, não dar explicações simplistas do tipo "perdeu o emprego, pulou da ponte" - não é assim que acontece, nunca é uma coisa simples assim -, sempre divulgar onde pedir ajuda. Essas orientações todas estão numa cartilha da OMS. Então, a própria Organização Mundial de Saúde dá essa orientação e, assim, a mídia é nossa parceira, acho que é um meio que a gente tem para fazer prevenção também. Não é questão de ser bom ou ruim, é uma questão de usar de forma responsável. A gente tem o exemplo aqui nesta Mesa, hoje mesmo, de como incentivar as pessoas a buscar ajuda, trazer informações adequadas.

E para toda a sociedade - eu acho que também ficou um eslaide parecido com o da Leila -, a gente precisa abrir espaço para conversar sobre o assunto sem julgamento. Essa questão "sem julgamento" eu acho que é o mais difícil de a gente aprender a fazer e conseguir realmente ouvir o outro sem dizer se está certo ou errado, deveria ou não deveria; ouvir atentamente; demonstrar empatia; respeitar os valores e as opiniões da pessoa; não julgar, não doutrinar, não minimizar as queixas: o que funciona para mim não necessariamente vai funcionar para outra pessoa, então eu preciso entender o que funcionaria para ela e construir, junto com ela, uma alternativa; e identificar os serviços que possam ajudar - eu trouxe alguns exemplos: o CVV-188, os serviços de saúde mental da região e o Samu-192.

Para mais informações, eu deixo o site da Abeps, o meu e-mail e o convite para a VII Jornada de Prevenção ao Suicídio do Distrito Federal, que vai ser nos dias 13 e 14 de setembro aqui em Brasília. As inscrições abriram hoje, vão até quarta-feira. É aberta a toda a comunidade, não precisa ser profissional da Secretaria de Saúde.

E é isso. Muito obrigada. *(Palmas.)*

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Bom, agora esta Mesa vai se sentar ali...

O SR. PAULO PAIM (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Se...

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Só um instante. Vou chamar a outra Mesa e, aí, o Senador Paim...

(Soa a campainha.)

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - ... faz a intervenção dele, certo?

Depois eu vou ler aqui as intervenções pelo e-Cidadania e algumas perguntas também, que eu vou formular - há o momento das considerações finais -, e responder às questões.

Vou chamar agora a segunda Mesa. Chamo a Francimélia Nogueira, que é Assistente Social, fundadora e coordenadora do Grupo de Apoio à Adoção de Crianças e Adolescentes, o CRIA, lá em Teresina, meu Estado, e Membro do Grupo Vida que Segue, de pais enlutados por suicídio. *(Palmas.)*

Chamo a Rosane Lorena Granzotto, Conselheira do Conselho Federal de Psicologia. *(Palmas.)*

E a Cinthia Lociks de Araújo, Assessora Técnica do Departamento de Ações Programáticas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. *(Palmas.)*

Então, o Senador Paim.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Presidenta, eu não tenho como não comentar o assunto tão importante que V. Exª traz ao debate aqui no Senado, e, como eu tenho outro compromisso exatamente às 16 horas, tentarei ser o mais breve possível.

Eu, aqui no Senado, presidi a CPI da Previdência, e alguns que lá deram depoimentos foram na seguinte linha.

Sem previdência pública, Chile tem suicídio recorde entre idosos com mais de 80 anos.

Apontada como modelo pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), a privatização da Previdência Social chilena, promovida pelo general Augusto Pinochet na década de 1980, continua vigente e cobrando um preço cada vez mais elevado [dos trabalhadores]. O colapso do sistema tem ganhado maior visibilidade nos últimos dias, à medida que o arrocho [foi montado por administradores dos fundos, e se começou a ver que pessoas com mais idade começaram a cometer suicídio...]

Eu não vou ler toda a matéria, só vou pegar a parte final:

"Como sociedade não podemos permitir que pessoas que construíram com tanto esforço este país estejam passando seus últimos anos na tristeza", declarou o doutor José Aravena, diretor da Sociedade de Geriatria e Gerontologia do Chile, para quem os suicídios deveriam fazer "soar o alerta para a reflexão sobre como se está envelhecendo no país". "Para ninguém é justo viver os últimos anos de sua vida sentindo-se triste ou com vontade de não seguir vivendo", acrescentou, apontando a "dependência e a depressão" entre os principais fatores do suicídio entre os idosos.

Eu ainda vou fazer mais um minutinho de fala para dizer que me preocupa muito no Brasil o desemprego entre os jovens. Entre 18 e 24 anos, há o maior número de desempregados no País. Agora eu estou vindo do Rio Grande do Sul e tive diversas rodas de conversa com jovens. Eu sentia neles a mesma coisa que eu li aqui na entrevista: tristeza, depressão... E as drogas também me preocupam muito. Eu sou contra as drogas, não há jeito, não há como eu assimilar... Eu sei que nós temos que reverter isso. Muitos deles que foram levados pelas drogas, filhos de colegas meus de tempo de fábrica, cometeram suicídio.

E, por fim, eu vou deixar algo para a reflexão de vocês, naturalmente. Nesses dias, eu li uma matéria muito interessante. Sabem sobre o que é a matéria? Isto aqui, e o mal que isto faz, inclusive para levar jovens ao suicídio - inclusive, eu sou meio que viciado nisto aqui. Ele chega a casa, o pai está no celular, a mãe está no celular, um deles está trabalhando no computador, e o jovem fica ali. É claro que a tecnologia é importante, como eu sempre digo, a cibernética, a tecnologia, mas eu ouvi muito a fala de vocês todas e do psiquiatra e assino embaixo: o não diálogo, a não conversa pode levar os jovens ao suicídio. Ele quer um ponto de apoio. Ele quer nem que seja o pai, a mãe, um amigo, um tio, uma amiga, enfim, e ele não encontra. Onde ele desabafa? Com quem ele fala? Nós que somos da vida pública... Eu diria até que é difícil ver um político que se suicidou, é muito difícil, porque nós falamos - e falamos muito! Não deixa de ser um desabafo quando eu vou à tribuna. Eu fui lá agora - e atrasamos aqui -, a Senadora me deu 20 minutos, e eu falei 30 minutos, porque eu tinha muita coisa para falar. Então, as pessoas precisam falar, que é o que eu ouvi de vocês aqui.

Eu quero cumprimentar o trabalho de todas da primeira Mesa e também do psiquiatra que está aqui pelo brilhantismo da fala que fizeram. Eu cumprimento por antecipação a segunda Mesa e cumprimento V. Ex^a por trazer esse tema.

Eu confesso que era um tema sobre o qual eu não me debruçava, mas o que eu ouvi no Rio Grande do Sul e agora, aqui nesta Mesa, vai fazer com que a gente, quem sabe, aceite até a sugestão que, se não me engano, o psiquiatra colocou aqui: de criar uma comissão especial para tratar desse tema.

Eu peço mil desculpas a vocês. Queria muito ficar aqui, mas eu tenho um compromisso às 16 horas. Eu vim correndo do Rio Grande do Sul, participei do Plenário e queria participar um pouco daqui. Agora eu tenho que ir para lá.

Então, eu queria puxar uma salva de palmas para todos vocês. De hoje em diante eu me considero um militante dessa causa, mais do que nunca, pela iniciativa da Senadora Regina e de vocês. *(Palmas.)*

As palmas são para vocês, não são para mim. Mas depois eu quero o vídeo, uma cópia da filmagem.

A SR^a PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - A Ana Graziela está deixando uma cópia aqui, eu acho.

Vamos então...

Antes eu queria colocar aqui a participação popular de duas pessoas, porque... Todos têm que ouvir, porque na hora em que quiserem abordar, responder alguma coisa...

A Isabel Sousa, do Ceará: "Qual a política de fomento à promoção da saúde mental via Rede de Atenção Psicossocial? Existe alguma parceria pública ou privada para viabilizar, nem que seja de forma consorciada, a instalação de centros de atenção psicossociais (CAPS)?" A gente ouve muito falar que se instala um na cidade grande... Um está perdido no meio de uma cidade grande. Então, acho que a intenção dela é dizer que é preciso ter mais. Os CAPS também têm esse papel.

O Lucas Loeblein - nome esquisito -, do Rio Grande do Sul: "O tema deve ser debatido entre a sociedade, que ainda pouco sabe sobre os sinais de que alguém cometerá o suicídio. Campanhas na televisão e internet devem ser realizadas e mantidas sempre para que o tema fique em evidência e, conseqüentemente, seja debatido entre a população." Dá uma opinião o Lucas, lá do Rio Grande do Sul.

Eu queria... Já foi falado aqui o dado de 800 mil pessoas no mundo... Estou lendo um livro chamado *Homo Deus*, cujo nome do autor eu não me lembro agora, sou ruim de nome. Mas ele fala exatamente isto: o que povoa, o que ocupa a mente humana... Ele fala exatamente assim... Ele pega o dado de 2012 e diz: "Em 2012 a guerra matou 120 mil pessoas; a obesidade matou 3 milhões de pessoas; o suicídio, 800 mil; diabetes, 1,5 milhão". Quer dizer, há um investimento para evitar guerra, um grande investimento. Há um investimento para fazer a guerra e para depois reconstruir o que a guerra destruiu, mas não há para essas causas aqui. Quer dizer, esses assuntos em que ele toca não estão povoando a mente humana. Achei muito interessantes esses dados que ele coloca, quando ele contextualiza o momento atual.

Então, com a palavra...

Quer ficar por último?

(Intervenção fora do microfone.)

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Com a palavra Rosane Lorena Granzotto, Conselheira do Conselho Federal de Psicologia.

A SRª ROSANE LORENA GRANZOTTO - Boa tarde a todos e a todas.

Em nome do Conselho Federal de Psicologia, eu agradeço o convite para participar deste importante debate. Cumprimento os colegas que compõem esta Mesa e cumprimento também os colegas anteriores pela brilhante explanação de cada um. Fiquei muito interessada e muito atenta a tudo que ouvi.

Cumprimento também a Senadora Regina Sousa, Presidente da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa, por esta importante iniciativa.

A minha fala vai ser mais reflexiva em função do lugar de fala que eu trago aqui, por ser uma representação de um conselho federal da categoria de psicólogos.

O Conselho Federal de Psicologia considera pertinentes ações que promovam o cuidado à saúde mental, desde as iniciativas dedicadas à prevenção até as estratégias de tratamento humanizadas e éticas. Acho que esse item, a gente salientar o tratamento humanizado e ético, é muito importante. Algumas práticas de tratamento não respeitam essa especificidade do respeito à ética e aos direitos humanos.

O debate em questão nos parece apropriado para este momento em que vemos o avanço dos casos de depressão e suicídio. Vou repetir alguns dados que já foram exaustivamente citados, mas que acho importantes. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o suicídio é hoje a segunda causa de morte entre jovens e crianças, a grande maioria do sexo masculino, entre 10 e 24 anos. Do mesmo modo, a depressão, patologia emocional mais presente no comportamento suicida, será, em 2020, a segunda forma de incapacidade mais recorrente no mundo.

Não pode ser por acaso o fato de que, nos últimos 40 anos, esses dados tenham crescido enormemente. Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde, trata-se de um aumento de 60% nos últimos 40 anos - é enorme esse número. Trata-se de um dado impressionante, que precisa ser explicado não só em termos psicológicos, mas também em termos sociais. Faz-se necessário refletir sobre esses dados. Trata-se, naturalmente, de um processo muito complicado que não pode ser reduzido a linhas e determinação simples. Como os colegas da Mesa anterior já falaram, existe uma questão multifatorial como causa desse número, desses resultados.

Iniciamos, então, nossa reflexão sobre as possíveis causas considerando que os estados de sofrimento são multifatoriais e constituídos principalmente a partir da relação das pessoas em seu entorno social. Entendemos que todas as síndromes ligadas à saúde mental são fatores de risco, porém não necessariamente determinantes e nem suficientes para justificar o aumento crescente dos casos de suicídio. Teremos que considerar um conjunto de fatores, tais como os emocionais, psiquiátricos, religiosos, e ainda as características sociais, econômicas e culturais, que são centrais em nossa sociedade, tão marcada pelas desigualdades sociais, pela superexploração do trabalhador, pela violência que acomete populações vulneráveis e pela exclusão promovida pelo *ethos* neoliberal.

Mas, além dos fatores endógenos, temos que admitir que um aumento de 27,2% dos casos de suicídio entre 1980 e 2014 nos obrigam a considerar também os fatores socioeconômicos e culturais vivenciados pelos sujeitos contemporâneos. Precisamos olhar para esse contexto mais amplo ou, pelo menos, partir dessa visão para chegarmos às questões individuais. Vivemos num sistema capitalista global que impõe, a cada dia, uma crescente demanda de produção e consumo. Porém, nem todos podemos responder da mesma forma às demandas no trabalho e sustentar uma competição sem tréguas. Já a ideologia do consumo nos manipula a corresponder aos padrões preconizados pela sociedade como ideais. E aí surge a angústia de corresponder a uma imagem perfeita, a uma imagem corporal perfeita, a prática de divertir-se consumindo ou a busca da garantia do prazer obrigatório. Acabamos nos transformando em sujeitos-mercadoria e tratando as outras

peças e nossas relações como coisas a serem usadas e descartadas. Os vínculos afetivos e humanizados vão se tornando cada vez mais frágeis. A falta de referências nos deixa à deriva, pois tudo é passageiro e substituível, e nós também somos. Vivemos em um mundo em que não somos sequer vistos, pois estamos atrás de um aparelho nos comunicando com ninguém. Nas últimas décadas, a relação entre os corpos se fez cada vez mais rara. A relação entre sujeitos sociais perdeu a corporeidade. O intercâmbio comunicacional tornou-se puramente funcional, econômico, competitivo. Demandas por produção, metas, excelência, mais tempo de trabalho, corpo perfeito e jovem, aumentam cada vez mais. Vivemos correndo, ansiosos e vulneráveis, tentando dar conta de tantas expectativas.

A combinação dessas condições técnicas, sociais e comunicacionais pode produzir uma condição de individualização competitiva e de isolamento psíquico que provoca uma extrema fragilidade, a qual se manifesta às vezes como depressão e predisposição ao suicídio. Relações sociais permeadas por esses fatores, campo familiar tensionado pelas dificuldades, violências urbanas e vividas na comunidade e vínculos afetivos cada vez mais escassos vão vulnerabilizando os sujeitos, que, muitas vezes, se sentem sem saída.

Quando essa situação é sistemática, nosso corpo não aguenta o excesso de demandas e faz uma ruptura, ou uma crise, que pode se tornar crônica se as condições existenciais produtoras de ansiedade e de frustração permanecerem ou se intensificarem, podendo surgir aqui um estado de desistência, de abandono de si, de impotência diante da vida, uma forma frágil e ineficaz de resistência, de dizer "não" àquilo que nos oprime, porque nós carregamos junto para o fundo do poço e, muitas vezes, para o suicídio.

Qual seria a nossa responsabilidade, como políticos, gestores e profissionais de saúde mental? O suicídio é uma tragédia pessoal e também familiar, uma tragédia silenciosa que muitas vezes também é uma denúncia de uma crise coletiva. Toda morte fala algo da sociedade em que ela ocorre. Por isso, precisamos pensar o suicídio como um problema de saúde pública e criar políticas públicas que atendam essa demanda.

Mas, além das faixas apontadas nas estatísticas internacionais, precisamos estar atentos às especificidades da população brasileira, como, por exemplo, os povos indígenas, entre os quais ocorrem 132% mais casos de suicídio do que na população geral; a população em situação de rua em território urbano; trabalhadores rurais imigrantes que passam por processos de desenraizamento; população LGBT e outros.

Temos iniciativas pontuais. Ouvimos, por exemplo, o trabalho da CVV, que é maravilhoso. Temos, por exemplo, na política de saúde mental os CAPS, e aqui vale trazer um dado do Ministério da Saúde dizendo que a existência de CAPS reduz em 14% o risco de suicídio nos Municípios brasileiros. Temos também algumas pesquisas em âmbito universitário, mas sem a integração necessária com atenção básica e os serviços de saúde mental. Precisamos de ações políticas voltadas à garantia da prevenção e assistência à saúde mental e à garantia de direitos humanos, pois as diferentes formas de exclusão e violência também levam ao suicídio.

Esse grande desafio da saúde pública brasileira implica considerarmos o risco de suicídio como uma construção ao longo da vida multicausal e que envolve várias áreas do saber científico em sua compreensão, tal sua complexidade. Salientamos a necessidade de priorizar a prevenção em saúde mental através do fortalecimento das políticas públicas, especialmente a saúde da família, e a construção de uma rede voltada para a população de crianças e adolescentes, considerando suas peculiaridades e necessidades seguindo os princípios estabelecidos pelo SUS.

A capacitação dos profissionais envolvidos na prevenção e posvenção ao suicídio é de suma importância. É necessário compreender a movimentação suicida, a ambivalência de desejos, a impulsividade, o estreitamento de possibilidades de saída da situação e os fatores de risco, transtornos mentais e tentativas anteriores.

As ações de prevenção devem ser prioritárias e devem se basear no movimento de vida, desenvolver fatores de proteção, condições necessárias para que o indivíduo não adoça e que o impulsionem para a vida. Certamente teríamos de partir de um cenário mais amplo. Por exemplo, pela melhoria das condições econômicas e sociais, mas também atuando mais pontualmente em comunidades, grupos e com indivíduos trabalhando na construção de um sentido de vida em que os vínculos sociais, o sentimento de pertença, o protagonismo, o ser reconhecido, o lugar possível para se viver a tristeza e as frustrações sejam legitimados, pois, apesar do sentido de vida ser uma construção individual, ele é forjado nas relações sociais, nos lugares que o sujeito ocupa. Esse trabalho está no âmbito da prevenção, lugar privilegiado da atuação da psicologia, e pode, aliado às demais políticas de prevenção e promoção em saúde mental, interferir nesse processo sem freios de desistência da vida.

O Conselho Federal de Psicologia tem uma preocupação bastante grande com esse tema. Ele já promoveu três atividades, que nós chamamos de Diálogos Digitais. Eles estão no *site* do conselho, para quem tiver interesse em ouvi-los. É uma mesa com vários profissionais falando sobre a questão da prevenção do suicídio, das políticas públicas, da clínica do suicídio, de vários ângulos.

Temos também aqui alguns livros que eu trouxe lá do Conselho Federal: *Suicídio e os Desafios para a Psicologia*. Ele está disponível, quem tiver interesse pode levar. Nesse livro, dois daqueles diálogos digitais foram transcritos e estão nessa publicação. Ele também está disponível no *site* para quem quiser baixar.

Muito obrigada. (*Palmas.*)

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Obrigada, Rosane, do Conselho Federal de Psicologia.

Vamos ouvir a Cinthia de Araújo, assessora técnica do Departamento de Ações Programáticas da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde.

Eu já passei para ela aquela pergunta sobre o CAPS, pois acho que ela é a pessoa indicada para abordar na hora em que ela achar que deve.

Com a palavra a Cinthia.

A SRª CINTHIA LOCIKS DE ARAÚJO - Bom dia a todos e a todas.

Eu queria, antes de mais nada, parabenizar a Comissão de Direitos Humanos do Senado pela iniciativa, que é particularmente importante no momento em que o Brasil assume como meta nacional, no âmbito dos objetivos do desenvolvimento sustentável, a mudança da tendência atual de aumento da mortalidade por suicídio.

Eu trouxe algumas informações, mas os palestrantes que me antecederam já anteciparam algumas delas.

Como já foi falado aqui, em média, onze mil pessoas tiram a própria vida por ano no Brasil. É a terceira maior causa de morte entre homens, a oitava causa entre mulheres e a quarta principal causa na população de 15 a 29 anos - daí a importância de termos estratégias específicas para a população jovem. São cerca de trinta suicídios, em média, por dia.

Apesar de falarmos em aumento dos suicídios, a gente vem observando um aumento médio de cerca de menos de 2% ao ano. É um aumento relativamente constante. Então, assim, nós não observamos, em termos de óbitos, até 2016 - ali está 2015, mas é até 2016 -, uma mudança nos óbitos, um aumento na velocidade de crescimento desses óbitos. Mas, apesar de a taxa de mortalidade por suicídio no mundo ser quase o dobro da nossa média nacional, do Brasil, globalmente a taxa vem caindo, enquanto a nossa, apesar dos esforços - alguns deles vou descrever aqui -, nós não estamos conseguindo reverter essa tendência de aumento constante.

Nós temos suicídios em todos os Estados, em todas as regiões do Brasil, mas esse mapa, elaborado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, que administra o sistema de informação de mortalidade, mostra alguns aglomerados.

A Região Sul tem *clusters* com maiores taxas de mortalidade, um aglomerado de Municípios com taxas bem mais altas do que a média do Brasil. A Região Sul concentra 23% - quase um quarto dos suicídios no Brasil -, sendo que só tem 14% da população geral do País. Então, fatores culturais, entre outros, devem explicar essas variações. Mas a gente também observa outros aglomerados, como no Piauí e em alguns Municípios com um grande volume de população indígena. Eu vou desenvolver depois.

Eu gosto dessa imagem do *iceberg* para ilustrar que o suicídio em si é apenas o que fica mais visível, mas, por trás dele, há um volume muito grande de pessoas em sofrimento e em situação de risco de suicídio. Então, de cada três tentativas de suicídio, apenas uma chega aos serviços de saúde, e eu tenho 23 pessoas em sofrimento e com ideação no mesmo período. Aí seriam estatísticas ao longo da vida.

Bom, desde 2011, o Ministério da Saúde começou a implantar uma notificação das tentativas, porque os óbitos por suicídio... O nosso sistema de informação de mortalidade é um dos mais antigos, mais sólidos e mais reconhecidos no mundo, mas as notificações de lesões autoprovocadas e tentativas de suicídio é um registro, uma informação mais recente. Então, há essa tendência de crescimento que a gente observa nas notificações de lesão autoprovocada. A gente não sabe, não tem certeza se é tentativa de suicídio ou não, mas foi uma lesão autoprovocada intencionalmente e, das tentativas, a gente observa um aumento que tem o viés de implantação desse sistema de informação. Se nós temos cerca de 11 mil óbitos por suicídio, a gente tem mais de 59 mil registros de lesões autoprovocadas e quase 20 mil de tentativas de suicídio.

Em relação às faixas etárias, a gente observa que, nas tentativas de suicídio, mais de 69% concentram-se na população de 20 a 59 anos, e o gráfico do lado, em roxo e verde, mostra que, nas tentativas de suicídio, em todas as faixas etárias, eu tenho uma participação maior de mulheres. Então, a maioria das tentativas de suicídio é entre mulheres, 69%, sendo que, entre os homens, é menos da metade, e a principal causa das tentativas é envenenamento ou intoxicação. Já os homens morrem mais, eles geralmente usam meios mais letais, como já foi falado aqui. A principal causa é o enforcamento. Enquanto eu tenho 21% dos óbitos por suicídio em mulheres, 79% são em homens, então é quase quatro vezes maior.

Quando eu pego o número de óbitos por suicídio e divido pela idade - então eu calculo o indicador por faixa etária -, eu observo que a população com 70 anos ou mais apresenta maior taxa de mortalidade por suicídio. E há outro dado importante: quando a gente analisa as taxas por grupo racial - cor, raça -, observamos que os óbitos por suicídio na população indígena são mais de três vezes maiores do que na população não indígena. E uma especificidade dos óbitos na população indígena é que quase 45% acontecem em população muito jovem, 10 a 19 anos.

A proporção de óbitos por suicídio segundo o meio utilizado mostra que as mulheres tentam mais o suicídio por intoxicação exógena e outros meios, e os homens, por enforcamento e por armas de fogo.

Eu trouxe aqui algumas evidências sintetizadas pelo CDC americano sobre boas práticas para intervir sobre esse fenômeno social e de saúde. É interessante o realce que eles dão para as ações de promoção. Como a Fernanda colocou aqui, o suicídio... É importante que a gente tenha consciência de que ele não é um problema exclusivo da saúde, muito pelo contrário. As ações que têm maior potencial de impacto na redução das taxas populacionais de suicídio são as ações de promoção.

E que ações são essas? Fortalecer apoios econômicos é uma das estratégias mais realçadas pelo CDC, em termos de potencial, de reduzir ou de agravar, piorar esses indicadores. Então, eles evidenciam que promover a segurança financeira e habitacional em contextos de crise e desemprego constitui um fator de proteção muito importante. Trata-se de fortalecer a oferta e o acesso a cuidados em saúde mental, como foi colocado aqui; promover ambientes de proteção à redução do acesso a meios também é uma ação de promoção e prevenção com eficácia muito maior do que ações de cuidado individual; promover conectividade; desenvolver habilidades de enfrentamento e resolução de problemas, como já foi colocado aqui; identificar e apoiar pessoas em situação de risco, inclusive por meio de guardiões, como foi colocado aqui, principalmente em determinados grupos de risco, mas também em ambientes em que a população mostra algum tipo de sofrimento psíquico.

Em termos de avaliação de impacto, já foi colocado aqui que um dos efeitos mais importantes sobre as taxas de suicídio é o chamado efeito mídia. Um pesquisador do Ipea, em 2013, publicou um estudo mostrando que, entre 1980 e 2009, o efeito mídia foi o terceiro maior motivador de suicídio, atrás apenas do desemprego e da violência, isso para todos os grupos de pessoas. Eles observaram uma maior vulnerabilidade a esse efeito em grupos mais influenciáveis, principalmente população jovem, e eles demonstraram que, a cada 1% do índice de mídia - então do volume de informação sobre suicídio realizado de uma forma não responsável -, observava-se uma correlação de 5,3% de aumento nos suicídios.

A Áustria, antes disso, já tinha realizado um trabalho promovendo práticas responsáveis de comunicação do suicídio, conseguindo uma redução de 80% no número de suicídios e tentativas no metrô de Viena. É uma das experiências mais exitosas e evidencia que...

A gente fala do mito da comunicação sobre o suicídio. A questão não é divulgar, comunicar ou não comunicar, mas sim como comunicar. A comunicação responsável pode ter o que a gente chama de Efeito Papageno, que é funcionar como um fator de proteção, que promove que as pessoas que estão em sofrimento busquem ajuda.

As crises econômicas. Como eu falei, observou-se um aumento... Em várias crises econômicas há relatos de uma associação entre desemprego, instabilidade econômica e aumento do suicídio. Assim também por instabilidade financeira: aumentou 100% a taxa de suicídios naquela crise imobiliária que houve nos Estados Unidos.

A restrição do acesso a meios. Não vou me deter nisso, a apresentação pode ficar disponível para vocês, mas o controle de vários meios - então medicamentos, pesticidas, controle de armas - são ações que têm alguns dos maiores potenciais de impacto na redução do suicídio. Nos Estados Unidos, por exemplo, os Estados que implantaram uma legislação mais restritiva à compra de armas observaram uma redução média do suicídio seis vezes maior do que outros Estados que são mais liberais em relação às armas.

Eu achei importante também trazer essa informação. O nosso tema aqui não é homicídio, mas é sempre importante... Diante, inclusive, de uma situação de risco, da volta ao debate da questão do desarmamento, do porte de armas, é importante a gente salientar que 14% dos suicídios são por arma de fogo - e 71% dos homicídios - e que desde 2003 a gente reduziu de 6,2, que era a tendência de crescimento dos homicídios, para 0,3 - e hoje seria 29% maior se a taxa tivesse continuado em 6,2%. Em relação aos suicídios: em 2003, 17% dos suicídios eram por armas de fogo, mas hoje é menos da metade desse percentual a participação dos suicídios por arma de fogo.

Intoxicação por agrotóxico. O controle de acesso a esse meio também é muito importante. Um dos possíveis motivos de uma concentração maior de suicídios em determinadas regiões do Brasil está fortemente associado à intoxicação por agrotóxicos. A facilidade de acesso aumenta o risco, assim como a exposição, a intoxicação crônica e aguda...

(Soa a campanha.)

A SRª CINTHIA LOCIKS DE ARAÚJO - ...a alguns produtos agrotóxicos vulnerabiliza alguns transtornos mentais.

Há várias outras experiências, mas eu queria chamar atenção para essa experiência no Japão. Eles compararam regiões que tinham modelos de saúde mental de base comunitária com regiões que tinham modelos mais centrados no hospital. Eles verificaram que a redução da taxa de suicídios era bem maior nas regiões com um modelo mais próximo das pessoas, que facilitava o acesso e a integração social.

Aqui há um dado que já foi colocado. A SVS, a Secretaria de Vigilância em Saúde, fez um estudo mostrando alguns fatores de risco e o CAPS como fator de proteção. Então, as profissões agropecuárias e as pessoas indígenas teriam maior risco evidenciado de suicídio, e o CAPS, por sua vez, reduziria em 14% o risco de suicídio.

Nesse sentido, é interessante a gente chamar atenção para o fato de que só os Municípios - aí aproveito para responder a pergunta - com mais de 15 mil habitantes podem implantar CAPS e mais de 60% desses Municípios no Brasil têm hoje pelo menos um CAPS, a nossa cobertura é de cerca de um CAPS para 100 mil habitantes.

Há vários estudos evidenciando bons resultados na redução da taxa de suicídio a partir da capacitação de profissionais da atenção primária. E aí é importante a gente lembrar que hoje as unidades básicas de saúde são o serviço que mais atende alguns transtornos mentais mais prevalentes, como depressão. Então, os CAPS e a atenção básica são os serviços que hoje acolhem o maior volume de atendimentos em saúde mental.

A gente realizou várias ações mais intensamente a partir de 2005 no âmbito do Ministério da Saúde, de manuais para capacitação de profissionais, parceria com o CVV, a notificação obrigatória das tentativas de suicídio. E, no ano passado, nós lançamos - já foi citado aqui - uma agenda de ações estratégicas para orientar planos locais de prevenção do suicídio. Ampliamos nosso acordo com o CVV e desenvolvemos uma série de materiais, que estão disponíveis na página do Ministério, para a comunicação responsável pela mídia e por influenciadores digitais no que diz respeito ao suicídio. E criamos também um comitê nacional, que envolve várias secretarias do Ministério, para implantar essa agenda. Esse é o documento dos influenciadores digitais.

A nossa agenda está disposta em três eixos - vocês podem acessar pela internet também -, que são os seguintes: o eixo de vigilância e qualificação da informação, prevenção do suicídio e gestão do cuidado. Pretendemos implantar essa agenda até 2020.

Além disso, nós temos capacitado profissionais na área de crise e urgência em saúde mental pelo método de educação à distância. Estamos elaborando um novo manual para profissionais de saúde nessa área. Estamos investindo bastante também na saúde indígena, inclusive com incentivos para que os CAPS acolham a população indígena quando essa população é importante no território onde eles atuam.

Criamos um incentivo financeiro no final de 2017 para apoio a projetos locais de prevenção do suicídio. Na primeira fase desse projeto, nós financiamos um projeto piloto - até para um aprendizado institucional em relação às práticas com melhor potencial de efetividade - nos seis Estados brasileiros que tinham as maiores taxas de mortalidade por suicídio e mortalidade também na população indígena. A primeira fase teve o valor de... Nós repassamos, R\$1,45 milhão e mais o apoio técnico que nós estamos dando para a implantação desses projetos. Temos feito capacitação. Aqui estão os seis Estados, todos eles, na época da seleção do projeto, tinham taxas... A linha verde é a taxa nacional, desde 2005 até 2016. Todos os Estados que nós elegemos têm as maiores taxas de prevenção do suicídio, apenas o Amazonas reduziu no último ano, mas trabalhamos... Quando fizemos a escolha estávamos em 2015, com os dados de 2015.

O Brasil deu um passo mais ousado em relação às mortes prematuras por doenças não transmissíveis e promoção da saúde mental, explicitando, na meta nacional, em relação a este objetivo de desenvolvimento sustentável, a questão da prevenção do suicídio e redução da tendência.

Eu queria agradecer reforçando que hoje o Comitê Nacional de Prevenção do Suicídio, diante das evidências internacionais, tem tentado trabalhar nos três eixos, promovendo os projetos estaduais nesses três eixos de atuação: informação, promoção e cuidado e gestão. Mas nós temos um lema, que é a promoção de uma vida que vale a pena ser vivida, que teria um maior impacto, uma maior interferência sobre esse problema.

Desculpe ter passado do tempo.

Só uma coisa. Em relação à pergunta: nós não temos parcerias público-privadas para a implantação de CAPS - foi a pergunta que a Srª Isabel Sousa fez. A implantação é em parceria entre o Governo Federal, Municípios e Estados. São poucos os Estados que cofinanciam os CAPS, mas, como falei, 60% dos Municípios elegíveis, com mais de 15 mil habitantes, têm pelo menos um CAPS. As coberturas variam muito, mas sempre temos cerca de um para cem mil habitantes.

(Soa a campainha.) (Palmas.)

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Obrigada, Cinthia.

Agora vamos ouvir a Francimélia Nogueira, que é assistente social, fundadora e coordenadora do Grupo de Apoio à Adoção de Crianças e Adolescentes (CRIA) e é membro do grupo Vida que Segue, de pais enlutados por suicídio.

A SRª FRANCIMÉLIA NOGUEIRA - Boa tarde.

A minha fala se diferencia um pouco, porque eu estou aqui como representante de um grupo de pais enlutados. Então, eu estou naquela linha dos enlutados e vim para dar um pouco do meu depoimento sobre a perda da minha filha e sobre o trabalho que a gente passou a fazer, reunindo pais enlutados a partir disso.

A minha filha, há 14 anos... desculpa, há 15 meses - agora, no dia 8 de setembro, completará 15 meses - decidiu antecipar a sua partida. E eu lembro que o dia 5 de junho, três dias antes, foi o último dia que eu vi a minha filha com vida. E é claro que é uma coisa... Não tem... Três dias depois, a minha outra filha, a Raquel, percebeu que a Gabi estava sem visualizar o telefone e não estava atendendo as ligações. Então, a gente foi até... Eu não fui, mas a Raquel foi com o namorado dela, da Gabriela, e lá a minha filha estava... já tinha cometido o ato.

Eu, às vezes, quando estou no grupo, costumo colocar que não existe... Quando a Raquel veio, voltou para casa, depois de várias ligações, eu ligando: "Minha filha está bem? O que é que aconteceu? Por que vocês não respondem? Por que vocês não atendem a ligação?"; quando eles passaram a não atender e não davam nenhum retorno às minhas mensagens, eu tinha certeza da notícia que eu ia receber. Tanto que, quando a Raquel estacionou o carro na garagem de casa, a gente apenas se abraçou. E aí eu entrei em desespero. Não tem como não ser. É muito chocante você receber a notícia de que a sua filha antecipou a partida por decisão própria. Então, passado aquele desespero... Neste primeiro momento, você está sempre cercada de gente, a sua família tomando conta da sua cozinha, você não sabe o que vai comer, os seus amigos estão ali presentes; mas aí, depois, o tempo passa, e você entende que tem que seguir.

Eu lembro que disse isso na missa de sétimo dia da minha filha: que eu ia seguir, que eu ia seguir em frente; ia seguir em frente por ela, que queria tanto me ver bem, que deixou isso manifestado no bilhetezinho que escreveu. E eu segui em frente, pelos outros três filhos que tenho, pela minha netinha, pelo trabalho que eu realizo nesse grupo de apoio à adoção, que me fortalece demais a cada criança que a gente tira do abrigo e coloca em família.

Então, assim: eu tinha muita coisa para fazer e eu ia conseguir superar, então eu parti para a luta, para superar aquela dor ou, pelo menos, aprender a conviver com ela. Há um pai do nosso grupo que costuma dizer, sobre essa dor, que é como se diariamente você tivesse que travar uma luta com um monstro dentro de você; como se diariamente você tivesse que domar esse monstro. Então, a gente tem feito isto: domado esse monstro que, às vezes, quer sair e que, outras vezes, está mais calmo. Há dias em que você chora; há dias em que você não chora; há dias em que você se diverte; há dias em que você, ao anoitecer, quando vai rezar pela sua filha, reza, conversa com ela, olha a fotografia dela e sorri para ela na foto com o sorrisinho maroto dela, mas há outro dia em que você chora ao ver a mesma foto - naquele dia, você está mais fragilizada e, nesse dia, você chora.

Para seguir em frente, várias coisas são importantes.

Foi muito importante tomar a decisão de me juntar a outros pais, a outras mães enlutadas. As nossas reuniões são muito importantes para isso.

Foi muito importante a questão da busca por um sentido maior para a vida, a espiritualidade. Eu sempre fui... Eu sou de família católica, participei de grupos de jovens de igreja, de pastoral universitária, mas, depois, fui me afastando. Nos últimos tempos, eu era aquela católica que dizia: "Ah, sou católica que vai à missa de sétimo dia, à missa de casamento..." Mas, após a partida da Gabi, eu me aproximei da doutrina espírita, que tem sido bastante consoladora para mim. Acreditar que a Gabriela está sendo cuidada, está sendo tratada, terá outras oportunidades de evolução e que nós vamos nos reencontrar me acalma. Isso não tira todo meu sofrimento, porque há a saudade física, mas me acalma saber que não é uma vida só e acabou; que o espírito dela é imortal e que a gente ainda vai se encontrar.

E há o próprio trabalho. A partir daí, além do trabalho no CRIA, com crianças e adolescentes, eu passei também a militar na área da prevenção. Agora, eu vou, então, apresentar o trabalho do nosso grupo, que é o Vida que Segue, que é um grupo de pais enlutados por suicídio, fundado há apenas um ano. Atualmente, nós somos 14 famílias.

Pode passar.

A gente tem o objetivo de autoajuda. A gente se ajuda nessas reuniões. A gente costuma dizer que, quando a gente sai da reunião, é como se tivesse feito uma terapia de grupo e de graça - não precisa pagar por ela. Há a própria posvenção, em que, quando a gente sabe de outra família em que tem alguém em sofrimento ou em que o filho já partiu, a gente,

então, liga para aquela mãe, para aquele pai, se coloca à disposição para visitar, convida para as reuniões do grupo; e há a prevenção, em que a gente se coloca à disposição sempre para fazer depoimentos, para participar de palestras e outras situações que a gente vai colocar a seguir.

Aí são algumas fotos. Há alguns dos pais. A gente inicia sempre com uma oração. É um grupo que tem pessoas de várias igrejas...

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI. *Fora do microfone.*) - Quantas vezes? Toda semana?

A SRª FRANCIMÉLIA NOGUEIRA - É reunião mensal.

Depois, cada um coloca o seu sentimento, como está se sentindo naquele dia. No final, a gente discute a ação prática que a gente vai realizar naquele mês.

E a gente milita por leis. Nesse período de um ano, há a Lei Jordana, em Teresina, que estabelece o Dia Municipal de Prevenção e Posvenção ao Suicídio, e a Lei Maria Cecília, que é de uma família que participa do grupo e que é de Campo Maior, que também estabelece o dia municipal em Campo Maior. Já foi enfatizada a questão de Teresina, no Piauí, que está no 12º lugar no *ranking* de número de suicídios e tem três vírgula alguns pontinhos acima da média nacional, em termos de suicídios. Então, a gente precisa fazer muita coisa para ajudar as pessoas que estão em sofrimento e para ajudar as pessoas que estão com ideação suicida e os familiares das pessoas que já partiram.

Aí são fotos de quando a gente vai a alguns lugares em que a gente vai fazer depoimentos. E o acolhimento, a que eu já me referi, é isto: ao saber da pessoa que está naquela situação, a gente se colocar disponível para ouvir, disponível para abraçar, para ficar junto, mesmo no silêncio.

O que a gente aprendeu com os nossos filhos? O que a gente pode dizer que aprendeu com os nossos filhos a partir dessa tragédia, que é o suicídio, na vida de qualquer família? A gente aprendeu a falar sobre o suicídio. Eu lembro que, na minha experiência pessoal, a minha filha já tinha tentado quatro vezes. E mesmo assim - parece uma patologia da minha parte - eu não queria falar sobre suicídio. A gente não falava sobre suicídio lá em casa, era assunto proibido. Era como se falar sobre o suicídio fosse lembrar a Gabriela de que ela estava pensando naquilo. Enfim, a gente não falava. E ela sabia disso. Quando algum amigo dela ia comentar alguma coisa, ela dizia: "Olha, a mamãe não gosta desse assunto." Então, cortava o assunto. E a gente aprende depois na vivência. Hoje eu sei que que é um equívoco, que a gente tem que partir para cima e falar sobre isso. Se a família tem algum caso de alguém com ideação, tem que buscar ajuda e tem que falar sobre isso claramente com a pessoa.

Hoje eu sou, quando... Na última vez em que minha filha falou sobre isso, talvez me dando um sinal, dos vários, a gente estava junta, no carro. Ela estava dirigindo e perguntou: "Mamãe, a senhora acha que uma pessoa que comete suicídio é fraca?". E eu, na esperança de que ela fugisse daquilo que eu sabia que ela pensava, disse que sim, que era uma pessoa fraca. E ela estava me preparando para o episódio, que não demorou muito após essa conversa.

Pelo que eu sei hoje, pelo que amadureci hoje, quase 15 meses depois, eu às vezes me culpo por não ter parado aquele carro, pedido para ela parar, e não ter implorado para ela não fazer aquilo, pedido para ela ficar comigo. Mas, ao mesmo tempo, eu sei que a gente não pode fazer tudo e que há uma doença que, se não é tratada, como era o caso dela - ela tinha depressão, não tratava essa depressão, e teve vários episódios traumáticos na vida dela... Houve muitas explicações para o suicídio da minha filha.

Mas mesmo assim eu me senti culpada, porque não tomei determinadas atitudes. Isto é uma coisa... isto é algo que o enlutado sofre: passa pelo sentimento de culpa. Passa pelo sentimento de culpa, a ser trabalhado diariamente, porque, na verdade, você não tem culpa, mas existe um sentimento, que a gente tem que trabalhar.

E o reforçar da espiritualidade, como eu já coloquei...

E, sim, buscar ajuda profissional. Eu busquei, sim, o psiquiatra; busquei o psicólogo; fugi, logo depois, deles também. Agora já vou retornar, sei que estou precisando retornar.

Eu estava até comentando, antes da audiência, com a Senadora Regina sobre o fato de que, meses depois que eu decidi que queria procurar um psiquiatra, eu marquei pelo meu plano de saúde, e a consulta só seria 30 dias depois. Nesse dia eu estava muito ruim, cheguei ao meu trabalho muito ruim, chorando muito, as pessoas me abraçando e me confortando. Aí eu fui a um hospital em Teresina para marcar... Eu tenho atendimento gratuito e fui lá para um atendimento de urgência. E lá eu soube que aquele atendimento só poderia ocorrer para quem havia tentado suicídio nos últimos 30 dias, tal é a demanda. Então, eles têm que delimitar o perfil para atendimento, e eu não estava dentro do perfil para ser atendida porque eu não tinha tentado suicídio. Eu acabei sendo atendida porque sou assistente social. Fui conversar com o serviço social,

disse que estava precisando de ajuda, e aí fui atendida por uma profissional, por sinal, muito boa. A espiritualidade ajuda; você acreditar numa força maior que pode lhe ajudar.

E essa ideia de que nós precisamos seguir. Nós, os pais estamos reunidos, na decisão de seguir; de seguir por nós, de seguir por nossos filhos, de seguir para ajudar outras famílias. Tentar ajudar a não passarem pela mesma coisa ou, ao passarem, levar o conforto para aquela família.

Essas são fotos de alguns jovens, dos filhos do nosso grupo, algumas fotos que os pais autorizaram a mostrar, a apresentar. Na sequência, a foto da minha filha, que sempre usou cabelo grande, cacheado, mas, nos últimos dois anos, resolveu drasticamente cortar. Eu lembro que tomei um susto quando ela chegou de cabelo cortado, mas ela continuou linda.

Vou ler esta poesia, que um poeta de Teresina, que trabalhava com ela, fez para ela:

GABI... GABI... GABRIELA

Tão linda, Tão bela

Faceira que nem ela,

De natureza intensa e singela,

Só laço de chita e flor amarela,

É sol que brilha ardente em aquarela.

O rio sinuoso espelha a leveza dela,

O cheiro de mato exala o perfume dela,

A lua, no céu brilhando, reflète o sorriso dela,

O vento, soprando a noite, rouba o

sussurro dela,

A saudade invadindo o peito... É sempre GABRIELA

Obrigada. (Palmas.)

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Eu quis trazer a Francimélia...

A SRª FRANCIMÉLIA NOGUEIRA (Fora do microfone.) - A Regina conheceu minha filha, esteve muitas vezes lá em casa também.

(Interrupção do som.)

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Eu acho que a gente ainda não tinha feito uma abordagem do sentimento de quem fica. Mas vamos voltar.

Eu queria que as pessoas da primeira Mesa se sentassem aqui na frente, porque agora vamos ter as considerações finais. Aí a gente vai dar cinco minutos para cada um.

Mas antes eu queria fazer algumas questões do que eu pude anotar. Por exemplo, a Ana Graziela falou que as escolas não estão preparadas. Eu acho que deixou uma dica para haver um treinamento para os professores. Aí você pergunta: treina o professor, e depois? O professor identifica o menino ou a menina e o encaminha para onde? Então, seria o caso de haver um profissional na escola? Há algum tipo de profissional que precisa haver na escola? É a pergunta que deixo para ela ou para quem quiser responder também. Porque ele identifica, mas não vai saber cuidar daquele assunto, então ele tem de encaminhar para alguém. Já é um encaminhamento que a gente pode ter: quem sabe haver um profissional na escola.

E o Dr. André falou que há que se prevenir desde a concepção. Eu queria que ele se aprofundasse um pouquinho nisso. Como é isso? Que sintoma? O que acontece com a mãe que pode refletir no filho? Com a grávida, é o que estou querendo dizer - foi o que entendi que o senhor disse.

Quanto à depressão, é uma doença que, como leiga, considero negligenciada; ninguém acha que é doença. A menina disse ali: "Não é frescura!", porque realmente é o que as pessoas dizem. "Tem tudo, tem comida, tem roupa lavada, tem escola, tem mãe, tem pai, por que está assim?" Então, parece que é negligenciada a questão da depressão. A gente não sabe identificar ou tratar, não quer acreditar! Acha que é bobagem, que é besteira, que é birra, que é alguma coisa. Então, eu acho que a gente poderia aprofundar também um pouquinho a questão da depressão, porque ela precisa ser levada a sério. E, aí, como é que é tratar? Quem é médico aqui? Você é médica ou não? Então, talvez, trabalhando no Ministério,

como é essa coisa do tratamento da depressão ou da identificação da pessoa que está com depressão? Porque a própria pessoa não admite na maioria das vezes também.

Deixe-me ver o que mais que eu tinha anotado...

Em relação à questão... Há uma influência grande, média ou baixa a questão dessa solidão das pessoas depois da rede social? Há uma solidão coletiva em que as pessoas vivem. Eu, às vezes, chego no restaurante para almoçar e noto que há famílias inteiras ali, almoçando, e ninguém olha para o outro. Acho até que eles conversam pelo celular. Se conversam entre si, é pelo celular! Então, é complicado isso. Quero saber se já há alguma evidência de que isso esteja também sendo um fator importante.

Acho que era isso o que eu tinha a perguntar para quem quiser abordar um pouquinho esses assuntos.

E, aí, a gente vai para a Mesa final, com cinco minutos para cada um. Alguém que esteja com muita pressa quer começar? Porque às vezes a gente tem um compromisso para sair e tal... Ou posso começar pelo começo de novo?

Da Primeira Mesa, a Ana Graziela.

A SRª ANA GRAZIELA AGUIAR - Eu queria agradecer este espaço de troca.

Francimélia, obrigada por dividir sua história com a gente. Eu falo que jornalista é um contador de histórias, então, quando eu ouço uma história, a mim me toca muito. Eu acho que isso é importante para todos nós. Nós nos solidarizamos, mas nós também, como você falou, temos que prestar atenção, olhar e não nos culpar também. Muitas vezes eu acho que as pessoas se culpam quando não podem ajudar ou naquele momento não podiam fazer nada.

Como foi colocado aqui, antes do papel da mídia - e aí falo como jornalista, que é minha praia -, eu acho que a gente tem uma dificuldade, sim, de tratar do assunto, não só do suicídio, mas de doenças emocionais, da depressão, da própria autolesão com intenção não suicida. A gente tem uma dificuldade de tratar do assunto. A gente tem que se aprofundar mais, buscar...

A Cinthia falou de cartilhas para a mídia. Eu gostaria muito de ter acesso a elas, porque eu acho isto superimportante: quanto mais a gente falar e mais a gente suscitar o assunto, acho que mais a gente vai avançar, é lógico que com muita responsabilidade e tentando ter a dimensão do papel que a mídia tem, com os dados que ela mostrou, para o bem e para o mal, quando a gente pode.

A Senadora Regina falou da questão da escola, e essa foi uma questão que me tocou muito durante a reportagem. Eu entendo o que ela falou. A gente ouviu de alguns profissionais: "eu notei que a criança tem algum problema, está passando por uma situação conflituosa, mas eu não sei como agir, não sei para quem encaminhar, e muitas vezes a família acha que é uma frescura, subestima o que está acontecendo". Então, acho que realmente os educadores têm que ser auxiliados nesse processo, não sei de que forma.

Eu estive em uma escola pública. A gente sabe das dificuldades de uma escola pública. Eu acho que tem de ser repensado de que forma a gente pode auxiliar, porque esse assunto está dentro das escolas, está dentro das nossas casas, está todos os dias perto da gente, e eu acho que a gente pode ajudar de alguma forma, todos nós aqui - eu, como jornalista, na tentativa de uma escuta ativa e de dar voz para essas pessoas, de discutir esse assunto. Eu acho que a mídia não pode se furtar de discutir esses assuntos, porque são importantes, fazem parte da nossa função social como comunicadores e comunicadoras. Então, eu acho que a gente precisa falar mais sobre esse assunto.

Eu agradeço mais uma vez poder estar aqui, representando a TV Brasil, representando o Caminhos da Reportagem, representando a nossa TV pública, que é tão importante.

Obrigada a todos! Espero revê-los em uma próxima.

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Está econômica hoje. Nem usou os cinco minutos.

Vamos ao Dr. André Salles, psiquiatra da infância e da adolescência. Eu fiz a minha questão já para o senhor.

O SR. ANDRÉ DE MATTOS SALLES - Isso. Eu até anotei aqui para não esquecer. Na verdade, são dois questionamentos: sobre o treinamento dos profissionais na escola e sobre as questões de prevenção na primeira infância e na prevenção tendo em vista a saúde materna.

Quanto ao treinamento dos profissionais na escola... Os jovens estão, em grande parte do seu tempo hoje, envolvidos em situações escolares. Lá é onde eles estão entre seus pares, comungando sobre suas questões, e talvez seja inviável pensar em prevenção se a gente não pensar nisso também dentro do ambiente escolar.

(Soa a campanha.)

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI. *Fora do microfone.*) - Desculpe. É que o tempo dela continuou correndo.

O SR. ANDRÉ DE MATTOS SALLES - Tranquilo.

A gente tem que ficar atento é para a questão dos papéis, de quem vai desempenhar cada papel. Eu acho que é importantíssimo o profissional da educação ter treinamento para lidar com a questão, saber o que fazer, de fato, e ter para quem reportar essas situações. O profissional de educação vai ser um grande aliado: ele vai trabalhar na prevenção, vai trabalhar em uma parceria com a equipe que de fato está fazendo tratamento. Mas buscar formas de atendimento e de tratamento das pessoas dentro do ambiente escolar talvez crie uma certa confusão de papéis. Então, acho que a gente tem que pensar de uma maneira equilibrada quem faz prevenção, quem faz detecção precoce e quem faz tratamento. E isso tudo tem que estar muito articulado em rede, uma rede cada vez mais consistente, para que as coisas aconteçam de uma maneira sincronizada e que se somem.

Quando a gente fala da prevenção na primeira infância, e aí é a prevenção pela questão da saúde materna, se a gente pensar que uma criança vai nascer dentro de um contexto de vida intrauterina de nove meses, ela já vai nascer com determinados estressores se a mãe não tiver vacinação adequada, se a mãe não tiver um pré-natal adequado, se a família morar em situação de risco, se estiver em situação de vulnerabilidade e violência, saneamento básico, estrutura mínima para receber essa criança. Então, quando a gente pensa nos fatores de proteção e nos estressores, a gente está pensando na saúde coletiva de uma maneira geral, e em onde essa criança estará inserida. Então, é prevenção de adoecimento psíquico, é prevenção de situações traumáticas você ter um contexto social adequado para essa criança, e essa criança também receber as suas avaliações, as suas rotinas básicas de atendimento, ela ter uma inserção social adequada, uma inserção dentro de uma escola e de uma vida educacional adequada. Então, isso tudo proporcionar dignidade e cidadania para o indivíduo faz com que a gente faça um trabalho de prevenção enorme de eventos adversos futuros.

Acho que é isso.

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Obrigada, Dr. André.

Leila, você deu um dado - já te fiz uma pergunta antes -, falou que nove em cada dez poderiam ser evitados. Que indicadores vocês têm para fazer essa afirmação?

A SRª LEILA HERÉDIA - Na realidade esse é um dado da Organização Mundial de Saúde. Os estudos, todos os levantamentos, as pesquisas apontam que, se for adequadamente tratado, se houver ali um atendimento, uma identificação, principalmente, adequada, antes, é possível ser tratado. É possível verificar o que está acontecendo com aquela pessoa e buscar o tratamento adequado, buscar o apoio, a ajuda adequada, para aquele momento de dor.

É muito difícil. A gente fala: a pessoa que tem depressão às vezes é sorridente, porque sorrir é a forma de ela se mostrar para o mundo, mas por dentro ela está em frangalhos, está desabando. Mas é o mecanismo de defesa que ela apresenta ali. Então, cada ser sente de uma forma; não existe uma fórmula mágica. Não dá para a gente falar "é assim" ou "daquele jeito". O assunto é complexo, e a gente não pode tratar de uma forma simplista, porque as pessoas estão morrendo aí a todo o momento.

Por isso, eu quero agradecer o convite à Comissão, agradecer por a gente ter ficado aqui a tarde toda conversando sobre um assunto que ainda é tão tabu, agradecer a coragem do depoimento, de compartilhar conosco, e a coragem de fazer da dor uma luta e estar ajudando outras pessoas que passam por essa mesma situação, porque é um luto muito intenso o do filho.

Quero lembrar também que a gente está no setembro amarelo. É um mês de prevenção, é um mês de falar. O Senado está iluminado de amarelo. Então, que a gente possa conscientizar mais pessoas durante todo este mês, que a gente possa chamar a atenção, e que a gente consiga reverter esses índices. Eles estão aumentando, mas quem sabe em uma próxima oportunidade a gente não se reúna para comemorar eles estarem reduzindo.

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Obrigada à Leila, do CVV. Acho que é a instituição mais conhecida nesse assunto. Parece-me que é a mais conhecida.

Fernanda Benquerer, médica psiquiatra.

Você tem cinco minutinhos.

A SRª FERNANDA BENQUERER COSTA - Quero agradecer também o convite de estar aqui hoje.

Eu corroboro o que os colegas já falaram. Eu acho que essa questão de prevenção, identificação e tratamento passam também pela nossa mudança de atitude a respeito dos transtornos mentais. Hoje a pessoa falar que é hipertensa não tem problema nenhum; falar que toma remédio para diabetes não tem problema nenhum; falar que tem depressão, que faz

tratamento psiquiátrico é um estigma muito pesado ainda, e isso impede que as pessoas busquem ajuda, que falem sobre isso e encontrem apoio. Essa mudança cultural é uma das primeiras coisas que eu falo. O que eu penso sobre isso interfere na forma como eu vou tratar essa pessoa. Então, eu acho que a gente tem que ir trabalhando também até por uma mudança cultural mesmo, porque, se eu acho que a pessoa está manipulando, está chamando atenção, eu vou querer tratá-la mal, e ela não está manipulando e não está chamando atenção; ela está colocando um sofrimento, e eu posso ajudar a diminuir esse sofrimento. Mesmo para depressão, não só para o risco de suicídio.

A outra questão é em relação à saúde na escola. Como o André falou, a gente depende de ações articuladas. Como é uma questão muito complexa, não vai haver uma resposta simples, não é um lugar só que vai tratar e não é uma pessoa só que vai tratar. Mas a gente precisa de uma rede que funcione para cada pessoa fazer um pouquinho e a gente conseguir melhorar a proteção.

Eu acho que é isso. Estou à disposição para ações, para eventos...

Muito obrigada.

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Obrigada, Fernanda.

Vamos voltar aqui para a Mesa que está comigo.

Rosane, do Conselho Federal de Psicologia.

A SRª ROSANE LORENA GRANZOTTO - Quero agradecer a oportunidade de compartilhar esta tarde com todos vocês.

O que mais me tocou, talvez por eu ser uma psicóloga clínica e ouvir o sofrimento quase todos os dias, foi a importância do acolhimento ao sofrimento da pessoa e da família que vive essa experiência. Então, é claro que o seu depoimento foi fundamental para que isso aflorasse dessa forma.

Gostaria só de salientar alguns pontos que já falei, mas que acho importantes.

A compreensão que temos que ter para o comportamento suicida tem que ser multifatorial e multicausal. Ele é agravado enormemente pelas condições socioeconômicas que nós, principalmente aqui no Brasil, vivemos.

Também saliento que a atenção e a prevenção devem ser multidisciplinares. E, além de serem multidisciplinares dentro da saúde, elas devem extrapolar a área da saúde para outras áreas.

O mesmo também vale para as políticas públicas, que também devem ser mais abrangentes, articuladas e, principalmente, garantir os direitos fundamentais.

Gostaria de salientar também que eu ouvi muitos dados internacionais. Eu acho que eles são superimportantes, a gente tem que levar em conta o que acontece no mundo, mas volto a dizer que é muito importante a gente estar atento às referências da nossa população...

(Soa a campanha.)

A SRª ROSANE LORENA GRANZOTTO - ... da necessidade dos brasileiros, do sofrimento que o nosso povo, especificamente, passa, para poder produzir ações mais concernentes, mais diretas com essas necessidades.

Agradeço muito a vocês.

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Eu deixei correr o tempo que sobrou da outra, mas o seu tempo não acabou. Se quiser continuar...

A SRª ROSANE LORENA GRANZOTTO *(Fora do microfone.)* - Não, não.

Obrigada.

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Não? Então, obrigada, Rosane.

Cynthia Araújo, assessora técnica do Departamento de Ações Programáticas da Secretaria de Atenção em Saúde do Ministério da Saúde.

A SRª CINTHIA LOCIKS DE ARAÚJO - Eu queria parabenizar também a Srª Francimélia pelo seu depoimento, porque acho que, mais do que dados estatísticos, tem o potencial de sensibilização das pessoas para a dimensão desse problema, a dimensão de sofrimento. Nesse sentido, uma das coisas que nós tentamos estimular nesses seis projetos estaduais para prevenção ao suicídio, que estamos financiando pelo Ministério da Saúde, é a questão da posvenção que foi colocada, o sofrimento dos que ficam, dos sobreviventes. Então, eu queria parabenizá-la.

Nós estamos tentando, nesses seis Estados, além das ações de promoção e prevenção, estimular o uso das informações sobre as tentativas de suicídio de forma a garantir o monitoramento, a busca, o apoio e o acolhimento dessas pessoas com tentativa de suicídio e de suas famílias na rede de serviços de saúde.

A gente reconhece, quando olha para trás, que a gente avançou muito, mas a gente também deve reconhecer que tem ainda muitos desafios. Quando a gente olha os dados da Pesquisa Nacional de Saúde, a gente vê, no acesso das pessoas em sofrimento psíquico e com sintomas sugestivos de depressão maior, que mais da metade ainda não teve o diagnóstico de suicídio. Então, nós temos que avançar muito, os desafios ainda são muito grandes.

Entre aqueles que são acompanhados pelo setor público, a gente vê ainda, infelizmente, um enfoque muito centrado na terapia medicamentosa. Várias pessoas que me antecederam colocaram, eu só queria enfatizar, que, em termos de sofrimento psíquico, é preciso ter uma abordagem integral, uma abordagem holística multiprofissional e, acima de tudo, fortalecer, no caso do risco de suicídio, da ideação de suicídio, fortalecer a rede de apoio psicossocial dessa pessoa, muito além do serviço de saúde, do acompanhamento que a pessoa faz periodicamente no serviço por uma equipe. Então, a gente precisa ajudar essa pessoa a ressignificar a sua vida.

Em relação à importância de ações nas escolas, o Ministério da Saúde ainda não desenvolve nenhuma ação específica em relação ao suicídio, mas nós temos algumas iniciativas que têm o potencial de promover essa articulação que foi colocada. Há tanto o Programa de Saúde na Escola, que é uma articulação das equipes de atenção básica com as escolas, como alguns programas de prevenção da Coordenação de Saúde Mental, que trabalham especificamente não com o risco final, mas sim a promoção de habilidades psicossociais que funcionam como fatores de proteção. A gente não precisa falar de suicídio, a gente não precisa falar de drogas, de uso abusivo de substâncias psicoativas, mas é importante a gente identificar, capacitar guardiões nas escolas também para perceber crianças que podem estar em sofrimento, jovens que podem estar em sofrimento, e as escolas estarem suficientemente articuladas com os serviços de saúde para saber encaminhar as pessoas de forma oportuna e adequada.

Eu também gostaria de falar sobre a questão do mito de que as pessoas não dão pistas, a questão da prevenção do suicídio. É difícil lidar com essa questão, e a Sr^a Francimélia deu um depoimento muito tocante nesse sentido, mas as pessoas dão pistas. Quem teve uma tentativa tem um risco maior de tentar novamente. Então, algumas pessoas que são alvo de discriminação, pessoas com orientações sexuais diferentes, ou pessoas com dificuldades culturais - como foi colocada aqui a expressão -, como o "desenraizamento" de comunidades indígenas, às vezes... O suicídio é um fenômeno complexo. A gente não pode dizer que é por este fator ou por aquele. É multicausal.

Eu gostei muito do quadro que você, Fernanda, colocou, mas eu acrescentaria que, além disso, a gente tem vários fatores sociais e culturais que também nos vulnerabilizam ou protegem.

Eu acho que é praticamente isso.

Obrigada.

A SR^a PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Marquei o tempo dela. Esqueci no relógio também.

Então, vamos ouvir a Francimélia, também nas suas considerações finais.

Depois a gente vê o que vai encaminhar.

A SR^a FRANCIMÉLIA NOGUEIRA - Eu quero agradecer à Senadora Regina Sousa pela oportunidade. Foi uma tarde de aprendizado (*Fora do microfone.*) com todos vocês que vieram aqui fazer a exposição.

Quero endossar algumas questões, como o fato de ser um problema de saúde pública, o fato de a pessoa não ter que ter vergonha de, se está precisando de ajuda, pedir essa ajuda. É como já colocaram: a gente não tem vergonha de dizer que está tomando remédio para diabetes ou para pressão alta, mas tem vergonha de dizer que vai para o psiquiatra.

Também quero colocar outra ação que a gente vai realizar, no dia 15 de setembro, em um *shopping* da cidade, o Teresina Shopping - quero aproveitar para dizer isso para os piauienses que estão assistindo à audiência. Nós estaremos lá, o grupo Vida que Segue estará lá no Teresina Shopping de meio-dia até as 20h. A gente vai distribuir panfletos dizendo onde podem buscar ajuda gratuita, vendendo camisetas com frases de valorização da vida, dando abraço e conversando com as pessoas. Será uma oportunidade de aquelas pessoas, até mesmo enlutados, conhecerem o grupo e entrarem, se for do interesse de cada um que procurar. Eu só queria, rapidamente, falar sobre um ponto colocado pela Cinthia acerca de dar ou não dar sinal. Parece-me que os estudiosos colocam que cerca de 10% não dá sinal. Eu já vi um psiquiatra colocando isso em uma entrevista. E eu quero reforçar isso com uma situação do nosso grupo, dos pais participam. O filho de um deles, adolescente ainda, com 17 anos, não deu sinal algum; não algum sinal que eles tenham visto. O filho deles tinha inclusive economizado toda a mesada para comprar um ovo de Páscoa caríssimo - isso foi há quatro anos, e era um ovo

de mais de R\$50 -, que estava guardado na geladeira para ele comer no dia seguinte, que seria o domingo de Páscoa. No domingo de manhã, quando o pai viu a réstia de luz pela porta, pensou: "o fulano deve ter dormido com a luz acesa". E, quando ele abriu a porta, o filho dele estava morto.

Às vezes até eu penso assim: gente, eu fui, de certa forma, poupada, porque um pai que não tem notícia nenhuma, indício nenhum, e abre a porta e encontra o filho morto é diferente de uma mãe que já estava sofrendo, mas que já tinha tido as tentativas, então ela já vinha sendo preparada para algo que poderia acontecer, mesmo que eu não quisesse enxergar, que foi o meu caso. Porque, quando a gente diz "ele sempre dá sinal", aí o pai se sente mais culpado ainda - então, eu não vi o sinal que o meu filho deu. Então, assim, eu não sei se vocês querem falar um pouco sobre isso, mas eu ouvi um psiquiatra colocando que existe cerca de 10% que não dá nenhum indício, nenhum sinal. Viu, Cinthia?

Obrigada, gente.

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Alguém quer falar sobre o que ela falou? *(Pausa.)*

Então, gente, eu acho que nós cumprimos o nosso objetivo de debater o assunto. Eu não esperava que saíssem daqui também as soluções, porque eu sei que as soluções são difíceis, mas eu acho que houve alguma luz no que a gente debateu para o telespectador que está assistindo - e vai ser repetido este programa. É importante esse alerta para a sociedade, para as pessoas ouvirem os especialistas, mas ouvirem também os depoimentos de quem passou pelo drama.

Na questão do psiquiatra, é interessante mesmo, porque eu já ouvi de uma pessoa a quem disseram que estava precisando ir ao psiquiatra: "eu não estou louca". Passou-se a ideia de que psiquiatra é médico de doido. Então, há esse preconceito mesmo. A pessoa não quer ir ao psiquiatra. Então, é uma questão a se vencer também.

(Soa a campanha.)

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Ainda era o tempo da Francimélia, que estava correndo.

Mais uma vez, a gente chega ao ambiente para onde tudo vai: a escola. Eu trato muito também da questão do feminicídio, e eu digo sempre que a escola é o ambiente propício a educar a criança para a não violência, para não sentir vontade de agredir. Se ela incorpora isso, vai ser um adulto muito sereno, não vai ser agressor na vida. A escola, de novo, aparece aqui. É o ambiente onde a criança passa metade do seu dia, praticamente, e em que convive com muita gente. E alguém tem que observar isso, alguém deve perceber alguma coisa. Então, acho que deve ser feito esse treinamento. Essa já é uma linha que a gente vai encaminhar.

Porque o feminicídio tem sintomas - quando eu discuto feminicídio: ele começa com um bate-boca, um xingamento, um empurrão, o célebre "caiu da escada", "eskorregou no banheiro", até que vai às vias de fato. Mas, quanto ao suicídio, como se falou, talvez haja um sintoma, mas a gente não percebe bem, até por conta de não aceitar. Ninguém aceita que é depressivo - nem a pessoa nem a família -, acha que é bobagem, que passa. Mas acho que a escola é realmente o grande ambiente da educação e da prevenção de muita coisa.

Ela trouxe um livro. Já distribuiu todos? O meu está aqui, mas se alguém quiser o livro do Conselho de Psicologia... Eu já peguei o meu.

Então, é isso.

Acho que nós estamos vivendo um momento propício. Acho que, para os candidatos a governador, esse é um tema a ser incorporado em seus programas de governo, até porque está nos Objetivos do Milênio também - a gente viu isso. Então, com certeza, algum resultado a gente vai obter. Da minha parte, prometo que vou levar bem a sério essa história.

Nada mais havendo a tratar, declaro encerrada esta reunião da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa.

(Iniciada às 14 horas e 46 minutos, a reunião é encerrada às 17 horas e 27 minutos.)