

## Encontros ou Desencontros: histórias de idosos que tentaram suicídio e a Rede de Atenção Integral em Porto Alegre/RS, Brasil

Convergence and Non-Convergence: stories of elderly who have attempted suicide and the Integrated Care System in Porto Alegre/RS, Brazil

Marta Conte <sup>1</sup>

Claudia Weyne Cruz <sup>1</sup>

Carla Guimarães da Silva <sup>1</sup>

Nara Regina Moura de Castilhos <sup>1</sup>

Alberto Domiziano Rita Nicolella <sup>1</sup>

**Abstract** *This article is the product of research undertaken in the city of Porto Alegre, in the Brazilian state of Rio Grande do Sul. The goal is to bring to light and discuss a little known phenomenon - attempted suicide by the elderly. Under-reporting of suicide attempts among this population makes it difficult to place this serious public health problem on the political agenda. As part of this study, we interviewed not only elderly persons who had attempted suicide, but also their family members and mental health and emergency and urgent service professionals. These interviews took place during the course of 2014. From a textual discourse analysis of the various reports, there emerged a category we will call Convergence and Non-Convergence, which deals with the relationship between the elderly population's need for care and the healthcare model in use. This study uses three short stories of individuals to question the biomedical model of serving risk situations, stressing the concept of an Expanded Clinic to provide integrated healthcare. This concept focuses on the different types of care and the uniqueness of each user, which often the biomedical model neglects. This study also highlights the need to develop a line of care for the elderly, with investments in continued education about active aging and care in times of crises, articulating a cross-sectorial network.*

**Key words** *Attempted suicide, Elderly, Care Network, Biomedical Model, Expanded Clinic*

**Resumo** *Este artigo, fruto do trabalho de pesquisa realizado na cidade de Porto Alegre/RS, visa colocar em discussão um fenômeno, pouco conhecido, que é a tentativa de suicídio em idosos. A subnotificação das tentativas nessa população tem dificultado a inserção desse grave problema de saúde pública na agenda política. Neste estudo, foram entrevistados não só idosos que atentaram contra a própria vida como os seus familiares e profissionais vinculados a serviços de emergência e de urgência em geral e em saúde mental, no ano de 2014. A análise textual discursiva permitiu identificar, nos diferentes relatos, a emergência da categoria intitulada encontros e desencontros, que aborda a relação entre as necessidades de cuidado dos idosos e o modelo de atenção em saúde. O estudo, por meio de três breves histórias, questiona o modelo biomédico quanto ao atendimento a situações de risco e enfatiza, para a conquista da atenção integral em saúde, a concepção da Clínica Ampliada. Essa concepção privilegia, nas diferentes formas de cuidado, a singularidade do usuário que tem sido, muitas vezes, negligenciada no modelo biomédico. O estudo também destaca a necessidade da construção de uma linha de cuidado para a população idosa, bem como investimentos em educação permanente sobre o tema do envelhecimento ativo e do acolhimento na crise, sob a perspectiva da articulação da rede intersetorial.*

**Palavras-chave** *Tentativas de suicídio, Idosos, Rede de Atenção, Modelo biomédico, Clínica ampliada*

<sup>1</sup> Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga 6311 Partenon. 90610001 Porto Alegre RS Brasil. martacte@gmail.com

## Introdução

*Tudo depende do olhar pelo qual se mira.*

Rubem Alves

Este artigo tem como proposta descrever e analisar as formas de atendimento que os idosos receberam ao acessar os serviços de saúde antes e depois das tentativas de suicídio, bem como as implicações desse atendimento em suas vidas. O estudo é um recorte da pesquisa nacional intitulada *Estudo sobre Tentativas de Suicídio em Idosos sob a Perspectiva da Saúde Pública*, coordenada pela Fundação Osvaldo Cruz – Centro de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Fio-cruz/Claves), que abrangeu cinco regiões do país: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

Além do depoimento desses idosos e de seus familiares, foram considerados os relatos de trabalhadores de saúde inseridos na atenção básica, no pronto atendimento e na atenção especializada em saúde mental. Na análise dos dados, emergiu, como categoria principal, a relação do idoso com o serviço de saúde, o que permitiu problematizar o modelo de atenção ofertado em situações de crise e risco de vida. O estudo também abordou outras intervenções possíveis. O trabalho de campo foi desenvolvido no município de Porto Alegre e realizado por uma equipe de pesquisadores do setor da saúde. A escolha desse município se deve ao crescimento do número de tentativas de suicídio entre seus residentes com idade igual ou superior a 60 anos. Segundo o Centro de Informação Toxicológica da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul<sup>1</sup> – onde são registradas tentativas de suicídio por autoenvenenamento –, a incidência, em Porto Alegre, é de 15 a cada 100.000 idosos. Isso significa um percentual de 70% acima da média do estado para o mesmo grupo populacional, que, nos últimos nove anos, teve taxa equivalente a 9 tentativas a cada 100.000 idosos.

No Rio Grande do Sul, o número de tentativas de suicídio vem preocupando as autoridades, e há a possibilidade de esses números serem ainda mais expressivos em virtude da subnotificação dos casos. No período de 2005 a 2013, foram registradas 34.166 tentativas de suicídio por autoenvenenamento na população. Esses valores representam uma taxa média anual de 36 a cada 100.000 habitantes. Apesar de as taxas mais altas (71/100.000) terem sido verificadas na faixa etária de 15 a 19 anos, chama atenção o fato de que houve, na população de idosos, um aumento anual e constante desses agravos, cujos

registros passaram de 85/100.000, em 2005, para 149/100.000, em 2013.

Como a real dimensão do fenômeno estudado é desconhecida, a prevenção do suicídio acaba não sendo incluída na agenda política da gestão pública, e ainda não é uma reivindicação do controle social. Muitos serviços que prestam atendimento de urgência e emergência, como se constatou no trabalho de campo, não estabeleceram fluxos para notificação, embora reconheçam a importância de mapear as tentativas de suicídio entre idosos para o enfrentamento desse grave problema de saúde pública.

A capital do estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, possui 1.409.939 habitantes, dos quais 15,04% têm idade igual ou superior a 60 anos. Segundo o Censo (2010), é a cidade brasileira com o maior número de idosos, superando o Rio de Janeiro, que era tradicionalmente reconhecida como a capital com maior parcela dessa população<sup>2</sup>. Outro aspecto que caracteriza Porto Alegre é a sua heterogeneidade étnica, por ter recebido imigrantes de várias partes do mundo, além dos movimentos migratórios internos em virtude do deslocamento da população da zona rural para a zona urbana. Estes últimos resultaram em processos amplos de desadaptação psicossocial, econômica e cultural<sup>3</sup>.

A Organização Mundial da Saúde<sup>4</sup> considera o suicídio como um fenômeno social de grande impacto, cuja demanda é crescente nos serviços da rede de saúde e intersetorial. Para cada suicídio, estimam-se 10 a 20 tentativas, as quais, em geral, são atendidas nos serviços de urgência e emergência que deveriam encaminhar o paciente para o atendimento especializado. Em muitos casos, o idoso, antes da tentativa de suicídio, chegou a procurar ajuda em algum serviço de saúde, sem que tenha sido identificada a situação de risco. Por isso, é importante que esse tema possa ser estudado a partir de diferentes perspectivas. Neste artigo, o abordamos sob o ponto de vista do próprio idoso e de seus familiares, bem como dos profissionais de saúde.

## Metodologia

O trabalho de pesquisa teve início em 2013, e o contato com os participantes concentrou-se no primeiro semestre de 2014. Foram entrevistados seis idosos (Porto Alegre) e três profissionais (dois de Porto Alegre e um de Santa Cruz do Sul). As informações analisadas compõem o banco de dados da pesquisa nacional acima nominada. O

acesso aos participantes ocorreu por intermédio do Centro de Informação Toxicológica da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS) e do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, além dos serviços de urgência e emergência da capital, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Localizar idosos que aceitassem falar de suas experiências em relação à tentativa de suicídio foi uma das maiores dificuldades enfrentadas para a realização deste estudo. Alguns afirmavam estar em crise e não se achavam em condições de participar, outros sequer admitiam o ato e, ainda, houve aqueles que, por estarem em acompanhamento de saúde, só queriam tratar do assunto com seu profissional de referência.

Nas entrevistas, tanto com os profissionais de saúde quanto com os idosos e seus familiares, foram utilizados os instrumentos construídos pelo grupo de pesquisa em âmbito nacional. O roteiro da entrevista com os idosos abordou os seguintes temas: identificação; perfil pessoal e socioeconômico; atmosfera e impacto da tentativa de suicídio. No caso dos profissionais de saúde, a entrevista privilegiou a escuta da trajetória de cada profissional e as experiências de atendimento aos casos de tentativa de suicídio, bem como os impasses e potencialidades das equipes para lidar com esse fenômeno. Já na entrevista com os familiares, a ênfase foi na interpretação dos motivos pelos quais os idosos tentaram suicídio. Além disso, o contato telefônico realizado com a maioria dos participantes para apresentação da pesquisa transformou-se em um elemento importante para o estudo – por meio dele, foi possível não só acolher pedidos de ajuda como identificar os motivos pelos quais os idosos não quiseram participar de um estudo dessa natureza.

As entrevistas transcritas foram trabalhadas por meio da análise textual discursiva<sup>5</sup> – um método de análise de conteúdo no qual o texto produzido é desmontado em unidades de sentido, após inúmeras leituras. As relações de aproximação que podem ser estabelecidas entre as unidades de sentido originam as categorias que ganham consistência graças às contribuições teóricas. A reorganização do material em um sistema de categorias permite a emergência de “uma compreensão renovada do todo”<sup>5</sup> que não poderia ser prevista de antemão. No caso deste estudo, o processo de análise articulou conhecimentos da saúde coletiva, psicanálise e psiquiatria. O esfor-

ço, por meio da escrita, de produzir e explicitar sentidos, que valorizem as perspectivas dos participantes da pesquisa, faz parte do ciclo de análise.

### Encontros e Desencontros

Neste artigo, daremos destaque a um dos sentidos emergentes da análise, que é a relação do idoso em situação de risco de vida com os serviços de saúde, que denominamos de “encontros e desencontros”. Para ilustrar essa relação, utilizaremos três breves histórias.

#### Primeira história

Senhora L., 66 anos, teve uma vida produtiva e financeiramente organizada por meio de seu trabalho como técnica de enfermagem. Após o desenlace do casamento e a saída dos filhos de casa, começou a apresentar sintomas depressivos. Buscou ajuda no ambulatório de doenças afetivas em um hospital geral e permaneceu ligada a esse serviço por seis anos, participando de um grupo terapêutico. O aumento do número de participantes no grupo em que estava inserida lhe provocou desconforto: *No início era bom, mas depois vinham muitos [participantes], cada um levava muitos problemas. Às vezes, tu ia[s] lá numa boa e saias ruim.* Além disso, as trocas frequentes do profissional de referência fizeram com que ela abandonasse o tratamento: *Aí eu saí sem medicação nenhuma... O médico disse [que] se [...] não está se sentindo bem, não toma nada. Aí fiquei sem nada, internei no hospital. Fiquei mais seis meses internada para lá e para cá.* Após um período de desorganização, passou a apresentar um quadro depressivo, com inapetência e emagrecimento acelerados: *Eu não sentia gosto de nada.* Foi então que realizou a primeira tentativa de suicídio, com ingestão de medicamento. Por intermédio da irmã, foi internada em um hospital psiquiátrico.

Outras internações de caráter clínico fizeram parte de sua história. Essa ausência do gosto pela vida, nas sucessivas internações, foi tratada durante um período apenas como uma alteração neuroquímica, sem que lhe fossem ofertadas outras formas de intervenção terapêutica (psicossocial). Além do apoio familiar, essa senhora buscou recursos na comunidade e se inseriu na associação de bairro que promovia atividades de lazer (churrascos, bailes e jogos). Esse esforço de superação e autocuidado lhe possibilitou a reconstrução de vínculos socioafetivos, o que lhe restituiu o prazer de viver. No momento da entrevista, encontrava-se bem e sem ideia suicida.

### Segunda história

Senhor A., 82 anos, teve uma vida voltada à família (filhos e esposa), com quem viveu por mais de cinquenta anos. Na velhice, deparou-se com a deterioração da saúde da esposa, que estava com problemas neurológicos, possivelmente Mal de Alzheimer. Sem ajuda dos filhos, responsabilizou-se pelo cuidado integral da esposa: *Eu estava cansado de lutar com ela. Cuidei dela dois anos, noite e dia. [...] Tinha que cuidar das medicações dela. Sempre sozinho. Tinha que cuidar da alimentação* (sic).

O cansaço emocional, agravado pela descoberta de um tumor na próstata, o levou à primeira tentativa de suicídio. *Eu me senti esgotado. Estava chovendo. Tomei um monte de medicação. Me senti sozinho e com medo.* No Pronto-Socorro, foi atendido e submeteu-se a uma lavagem estomacal. Porém, os encargos em relação à esposa, somados à falta de apoio familiar e de recursos financeiros, precipitaram a segunda tentativa de suicídio: *Eu comprei uma corda. Por causa da desajuda e da pobreza.* Na ocasião, o filho conseguiu erguê-lo a tempo de evitar o enforcamento. Senhor A. afirma que, se tivesse utilizado uma arma de fogo na tentativa de suicídio, teria conseguido se matar.

As dificuldades desse idoso parecem ter se agravado após a venda da casa, conquistada com muito esforço, já que precisou conciliar, ao longo da vida produtiva, mais de um emprego para prover as necessidades da família. Com a perda de sua moradia e a internação da esposa em uma clínica geriátrica contra a sua vontade, passou a morar de favor, de forma precária, em uma peça construída nos fundos da casa de um dos filhos. Além disso, o diagnóstico de transtorno de personalidade<sup>6</sup>, recebido durante a internação psiquiátrica em decorrência da segunda tentativa de suicídio, produziu um efeito iatrogênico na relação com seus familiares. Os filhos passaram a vê-lo como *manipulador e mal intencionado*. Interpretaram as tentativas de suicídio como um ato de covardia para mobilizar culpa na família, tornando-se mais hostis em relação ao pai, pois não conseguiam compreender o seu momento de vida e passaram a julgá-lo moralmente.

Em seu relato, senhor A. disse que visita todos os dias a esposa na clínica geriátrica: *A razão do meu resto de vida é ver ela.* Apesar dessa motivação, o risco de suicídio ainda é uma possibilidade, pois ele mantém sentimentos de desvalia: *Estou virado num resto, num lixo.* Ele referiu sentimento de solidão e sofrimento com a falta de

afeto dos filhos: *Todos os dias, é muito triste. Eu vejo [nora, neta e filhos] e não falo com ninguém.*

Na entrevista, observamos que o senhor A. mantinha um vínculo com o serviço de saúde apenas para renovar a receita da medicação. Mesmo com a presença de conflitos familiares, ele demonstrava desejo de mudança, aproveitando intensamente o momento compartilhado com os pesquisadores. Com o objetivo de oportunizar-lhe a atenção integral, foi acionado o atendimento especializado na assistência social e na saúde, a fim de fortalecer os vínculos familiares e acompanhar suas necessidades básicas. Além disso, ele foi orientado sobre a busca da medicação especial gratuita por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul.

### Terceira história

Senhor C., 64 anos, teve uma história marcada por sucessivos infortúnios no trabalho, que o levaram a necessitar de apoio financeiro da família de origem. Sempre apresentou um comportamento de dependência em relação à família, ao álcool, ao cigarro e ao jogo. Isso fez com que ocupasse, no discurso da esposa e da filha, uma posição de fracasso.

Apesar de várias tentativas de tratamento, recebia alta por não querer parar de beber: *Se eu tiver que parar com o trago, eu não vou me tratar. Antidepressivo e bebida não combinam.* No dia anterior à tentativa de suicídio por enforcamento, compareceu a um serviço de saúde para a consulta com um clínico geral, mas a equipe local, ao que tudo indica, não conseguiu identificar a situação de crise, já que nenhuma orientação protetiva foi indicada à família.

Em outra ocasião, havia surgido a possibilidade de ingressar em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) para realizar tratamento do alcoolismo. A filha havia implorado a ele que fosse. Porém, mais uma vez, ele não parou de beber, o que impediu sua adesão ao tratamento. Novamente, teve alta do tratamento porque não se enquadrava nos critérios exigidos pelo serviço, principalmente no que se referia à abstinência do álcool.

O senhor C. relatou ter tido mais de uma experiência mística: *O Sagrado Coração de Jesus e Maria me apareceram e me disseram que eu ia sofrer muito antes de chegar o meu fim, que eu ia parar embaixo da ponte. Nem é bom lembrar.* A filha falou que ele acreditava plenamente nesse trágico destino. Sua instabilidade emocional manifestava-se, também, pela intensa irritação, que

o levava à agressividade contra a esposa, a filha e a equipe de saúde: *Ele avançou no psiquiatra, na consulta, eu estava junto, eu e a mãe, e ele avançou nesse rapaz. Ele não respeitava os médicos que tentavam tratá-lo.*

As visões místicas que decretaram um fim sombrio e o lugar de fracasso no discurso familiar pareceram não lhe deixar outra saída senão a tentativa de suicídio, cujos motivos ele não conseguiu exprimir. Quanto às orientações do serviço de saúde, os familiares “entenderam” que não havia o que fazer e que deveriam abandoná-lo, conforme relato de sua filha: *Chegaram a dizer que ele era uma pessoa egoísta e que não tinha condições de convivência, que era para eu e a minha mãe sairmos de casa ou botar[mos] ele para fora.*

Após a entrevista, soubemos que os familiares o levaram para um asilo. Antes dessa providência, foi agendado um atendimento no serviço de psicologia da Unidade Básica de Saúde (UBS) do território ao qual já era vinculado, por mediação dos pesquisadores, que demandaram o serviço esclarecendo sobre a complexidade do caso.

#### Entrelaçando as três histórias

Foi possível constatar que, do encontro de histórias biográficas com os serviços de saúde, desdobraram-se destinos muito singulares. Chama atenção o fato de que todos os idosos haviam procurado ajuda para o seu sofrimento e desamparo, mobilizando seus familiares e os serviços de saúde antes da tentativa de suicídio. Porém, especialmente nas situações de crise, a atenção buscada não foi suficientemente acolhedora e resolutiva. Nos três casos, apesar das diferenças, encontramos algumas regularidades: os idosos tinham os serviços de saúde como uma referência, mesmo que não recebessem resposta para todas as suas demandas; conheciam recursos da saúde, e alguns, para além dela; lutaram, dentro de suas possibilidades, pela defesa de sua vida<sup>7</sup>.

Quanto às dificuldades ou limitações, identificamos, por meio das histórias dos idosos, que os serviços por eles acessados tinham características próprias de um modelo de atenção denominado de biomédico, que privilegia a “medicalização” da vida. “Com o termo ‘medicalização’, Illich pretendeu descrever a invasão crescente da medicina e seu aparato tecnológico em áreas da vida individual ou etapas da mesma [...], que vão sendo submetidas a cuidados e estratégias de intervenção, independentemente da existência objetiva de sinais e sintomas de caráter mórbido ou patológico (vale lembrar outras condições, entre

tantas, que vêm sendo “medicalizadas”, passando a ser objeto da ‘atenção médica’, a exemplo da depressão, alcoolismo, drogadição, esterilidade, homossexualismo e outros comportamentos não aceitos socialmente [...]”<sup>8</sup>. Nessa perspectiva, os medicamentos acabam sendo utilizados “para propósitos que extrapolam a função precípua a qual foram sendo descobertos e criados [...]. Interesses mercantis incentivam a crença na ‘pílula mágica’, pretensa solução para tudo”<sup>8</sup>. Essa abordagem que prioriza a medicação, nas três histórias, não foi suficiente para evitar as tentativas de suicídio, uma vez que, ao reduzir o processo saúde-doença à sua dimensão biológica, desconsiderou um “conjunto bem mais amplo de variáveis de cunho psicológico e econômico-social”<sup>8</sup>. As aflições humanas dos idosos foram, muitas vezes, naturalizadas e reorganizadas em doenças para as quais a ingestão de psicofármacos teria que dar conta<sup>9</sup>. O diagnóstico nosográfico ganha importância nesse modelo, uma vez que é a partir dele que se definem as prescrições e o manejo do paciente pelos familiares e pelas equipes. Ao se restringir a história dos idosos à doença, como foi constatado em dois casos (senhor A. e senhor C.), deixa-se de potencializar aspectos dessa história que permitiriam servir de ancoragem à vida.

Em ambos os casos, a ênfase no diagnóstico nosográfico e as orientações à família dele decorrentes produziram efeitos iatrogênicos, pois estimularam o julgamento moral. Os sintomas dos idosos foram considerados uma forma de “chamar atenção” e, com isso, obter ganhos secundários, banalizando, assim, o pedido de ajuda contido nos atos desesperados. Como se pode constatar, o manejo incentivou o abandono, o rechaço (no caso do senhor C.) e, conseqüentemente, aumentou o nível de agressividade nas relações familiares. Além disso, em função de orientações recebidas, a família do senhor A. passou a vê-lo como “manipulador e mal intencionado”. Quando o manejo do diagnóstico psicopatológico se atém mais ao padrão que se repete em todos os casos do que à singular expressão do adoecimento<sup>10</sup>, desconsidera-se a particularidade e a complexidade inerentes às histórias e aos contextos de vida, tanto na orientação ao sujeito sobre os riscos quanto na orientação à família para suporte e apoio. As questões existenciais, pelo que podemos perceber, não foram consideradas como elemento central na construção do Plano Terapêutico Singular para cada idoso. Para construir este plano, é preciso entender a situação do ponto de vista do idoso, da sua rede familiar e social, e contemplar a visão de cada profissional

dos vários pontos da rede intersetorial, a fim de levantar as propostas e discuti-las de maneira que um serviço sirva de retaguarda para o outro. Cabe ressaltar que não se muda algo PARA alguém, mas COM esse alguém, considerando suas potencialidades, necessidades e desejos e levando-se em consideração as estratégias de cuidados já experimentadas, o saber singular sobre si já construído, o que deu e o que não deu certo em seus modos de levar a vida.

Em contraposição à larga oferta de medicamentos presentes nessas histórias, verificamos uma escassez de investimento no espaço relacional (vínculo), na escuta dos idosos, e na oferta de outras estratégias de cuidado em saúde. Esse entendimento foi ratificado pelos profissionais de saúde entrevistados. Para eles, a não disponibilidade de outras abordagens terapêuticas deve-se, entre outras razões, à escassez de recursos humanos. Em alguns serviços, por exemplo, há listas de espera para psicoterapia. Os profissionais tentam, dentro do possível, superar essas dificuldades, principalmente quando se deparam com casos de tentativa de suicídio: *Via de regra, a gente telefona, explica, sensibiliza o colega e ouve: 'olha, me desculpa, só que eu estou com uma lista de espera imensa, eu sou só uma. A colega entrou de férias, e a outra em licença maternidade'.*

A falta de uma linha de cuidado com critérios de classificação de risco pactuada pelos diferentes serviços produz no profissional a sensação de impotência e sofrimento diante da impossibilidade de acolher a demanda: *Vocês já imaginaram a psicóloga do posto de saúde, que tem uma lista absurda de gente, que sabe que naquela lista tem horrores de gente com uma premência [de atendimento], e ela é uma [só] pessoa e não tem como dar conta? (profissional de saúde de Porto Alegre).*

Seja pela insuficiência de profissionais, seja pelo funcionamento do modelo biomédico, o fato é que nenhum dos idosos teve por indicação dos serviços uma atenção integral em saúde. A inserção da senhora L., por exemplo, na associação comunitária, que lhe proporcionou o amparo e o apoio necessários para superar o sentimento de solidão, foi feita por iniciativa própria – talvez em função da lembrança do bem-estar proporcionado pelo grupo de saúde mental que havia frequentado anos antes. O senhor A. somente acessou o grupo de fortalecimento de vínculos familiares, disponibilizado pelo Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), graças à intervenção dos pesquisadores. O mesmo se pode dizer em relação ao senhor C., cujo encaminhamento para a equipe

de saúde mental ocorreu por iniciativa da equipe de pesquisadores. A partir desse cenário, é possível perceber que a constituição da rede intersetorial (assistência social, saúde, associações de bairro, habitação, oficinas de trabalho e geração de renda, centros de convivência, artesanato, arte, música, dança, teatro, esporte, lazer, cultura, entre outros) ainda é muito frágil.

Cabe ressaltar, contudo, que, em contraposição ao modelo biomédico, ainda hegemônico no campo da saúde, tem se desenhado um novo modelo: o da Clínica Ampliada, no qual a escuta é considerada um elemento importante, na medida em que possibilita ao sujeito ressignificar sua história e construir um lugar possível para viver. Podemos dizer que, nesse novo modelo, ganha espaço a clínica do testemunho<sup>11</sup>, que tem por princípio suportar a dor do usuário, não abandoná-lo e, principalmente, abrigar a sua voz, o que lhe é específico e ao mesmo tempo compartilhado com o outro.

Para consolidar essa lógica de atenção, outra possibilidade promissora é a política de “Redução de Danos”, “que reconhece cada usuário em sua singularidade, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo único a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida”<sup>12</sup>. Essa diretriz de trabalho aposta no aumento do grau de liberdade e de corresponsabilidade dos atores envolvidos. De acordo com ela, as perspectivas de tratamento são diversas e, até mesmo, algumas vezes, antagônicas. No caso do senhor C., a redução de danos poderia ter aberto possibilidades em sua vida, já que não colocaria como condição para o tratamento, no serviço de saúde mental, a abstinência do álcool. Sabemos que o alcoolismo, muitas vezes, é uma comorbidade do quadro depressivo ou melancólico<sup>13</sup> que deve ser tratada, para que a abordagem terapêutica seja eficaz. Logo, exigir abstinência para manutenção do tratamento pode não só agravar o estado de saúde do paciente como incrementar o risco dele atentar contra a própria vida.

Observamos que os profissionais ainda trabalham na perspectiva da abstinência como objetivo central do tratamento. Esse posicionamento dificulta pensar a Redução de Danos como uma diretriz de trabalho, que possibilita a construção de estratégias protetivas que diminuam os riscos subjetivos e sociais do usuário. No caso do senhor C., o fato de ele ficar sem tratamento e usando substância psicoativa aumentou a probabilidade de suicídio, já que a possibilidade de atentar contra a própria vida é de 60 a 120 vezes maior entre alcoolistas do que no restante da população<sup>14</sup>.

A falta de um espaço de escuta nos serviços e de um profissional de referência a quem o usuário possa se dirigir, sem dúvida, podem aumentar a vulnerabilidade dos idosos em relação ao risco de suicídio. Se algum profissional de saúde tivesse feito contato ou uma visita domiciliar, a senhora L., quando deixou de comparecer ao serviço, talvez não tivesse abandonado o tratamento e, conseqüentemente, não teria ficado sem a medicação e sem o acompanhamento terapêutico grupal. Podemos supor que os vínculos entre os integrantes do grupo também eram frágeis, pois nenhum usuário tentou resgatar a sua participação. No caso do senhor A., um profissional de referência poderia ter se ocupado dos encaminhamentos necessários – entre eles, facilitar o acesso à medicação através do SUS e articular a retaguarda entre os serviços.

Os profissionais entrevistados, de certa forma, confirmam o que se identificou nas histórias dos idosos ao despreverem as dificuldades no atendimento de situações de crise. Muitos têm medo de perguntar para o usuário sobre ideação ou plano suicida e, com isso, ter que arcar com a responsabilidade sobre a vida do idoso sem ter a retaguarda da rede, já que os fluxos de atendimento, mesmo nos serviços de emergência, não estão implantados. Isso faz com que a constituição da rede dependa da iniciativa de cada profissional.

Os profissionais também afirmam que alguns medicamentos necessários não se encontram disponíveis no SUS, o que dificulta o acesso a essa população. Os idosos entrevistados pagavam pelos medicamentos psicotrópicos porque consideravam que os pedidos ao estado são pouco acessíveis pela falta de informações e a complexidade dos processos. Já os familiares referiram a dificuldade de encontrar ajuda especializada para o idoso por não saberem para onde se dirigir. Outro aspecto referente à fragilidade da rede é que a assistência social atende mais frequentemente situações em que a violência é perpetrada contra o idoso e não parece estar preparada para aquelas em que se apresentam as tentativas de suicídio. Assim, emerge um complicador: o não entendimento de alguns profissionais conduz a uma visão distorcida da realidade acerca das tentativas de suicídio e pode levá-los a associá-las, acriticamente, à senilidade, à tentativa de chamar atenção, ao estar “fora da casinha” (alteração no estado de consciência). Na verdade, falta-lhes preparo para uma escuta qualificada e para acolher o idoso em seu sofrimento e em seu contexto sociofamiliar.

*Na rede, todos os NÓS são importantes.*

### Considerações finais

Apesar de Porto Alegre estar entre os municípios com altas taxas de suicídio e de tentativas de suicídio de idosos<sup>15</sup>, o fenômeno é pouco conhecido em função da subnotificação. Daí a relevância de estudos sobre o tema, que, além de darem visibilidade ao fenômeno, podem subsidiar a construção de uma “Linha de Cuidado para o Idoso”, o que representaria um grande avanço para a capital do Rio Grande do Sul. Neste estudo, a análise dos dados permitiu problematizar o modelo biomédico nas várias situações que envolveram o risco de suicídio e colocar como desafio a construção de outro modelo de atenção. A Clínica Ampliada, ao operar com outras estratégias de acolhimento e de escuta, pode contribuir para evitar as tentativas de suicídio, mas ainda não está consolidada na organização dos serviços e nos processos de trabalho.

Deve ser ressaltado que, em seus testemunhos, os idosos revelaram não encontrar espaços para contar suas histórias; espaços onde elas fizessem sentido para quem as escutasse e, então, produzissem possibilidades de cuidado e de encontro. Nos dados analisados, observamos que, em nome das fragilidades decorrentes das perdas próprias da idade, o idoso passa a ser julgado como incapaz ou problemático e perde o lugar e o respeito construídos ao longo de sua vida, justo no momento em que necessitaria usufruir de algum reconhecimento familiar e social. Para Guttfreid<sup>16</sup>, a narrativa é uma das maneiras de deixar legado e de nascer subjetivamente, de transformar lacunas em histórias boas e bem contadas, mesmo que nem tudo possa ser dito. O encontro ocorre quando o que é escutado provoca sentidos em quem narra e em quem escuta.

Na direção da atenção integral, o cuidado envolve modalidades de abordagem que respondam aos graus de dependência que o idoso apresenta, com a necessária retaguarda dos profissionais, o que precisa se concretizar com a constituição de uma rede de cuidado intersetorial. Um “Plano Terapêutico Singular”, construído com o sujeito e as várias referências na rede, deveria ser o fio condutor desse processo. O que caracteriza esse modelo de Clínica é: a ampliação dos equipamentos e repertórios de cuidado em saúde, que podem incluir as já conhecidas estratégias de redução de danos; a construção de espaços, dentro e fora dos serviços, para as pessoas idosas falarem de sua

vida (rodas de conversa, grupos, fóruns, conferências de saúde, entre outros); o investimento em vínculos com responsabilidades compartilhadas entre usuários, familiares, profissionais e comunidade em geral. Nesta perspectiva, fica favorecida a construção de uma “linha de cuidado” para a prevenção do suicídio<sup>17</sup>.

A fim de superar as limitações que ainda existem, é preciso também investir na educação permanente em saúde, levando em conta as pessoas idosas em situações que envolvem o comportamento suicida (ideação, plano, tentativa e suicídio) e em campanhas e ações diversificadas, bem como na reorganização dos processos e fluxos de trabalho intersetoriais e com participação social.

Uma “Linha de Cuidado ao Idoso”, sob a perspectiva da saúde pública, inclui um conjunto de ações que vai desde as habilidades na abordagem da crise e as ações de acompanhamento pós-crise até a superação da situação e a qualidade de vida. Essa estratégia exige, frequentemente, observação,

intervenção e ações sociais no ambiente que estaria levando a pessoa idosa a desejar se matar e uma atenção integral à sua saúde, tendo em vista que as tentativas de suicídio frequentemente estão associadas a enfermidades físicas e mentais, à perda de autonomia e a problemas socioeconômicos.

Para finalizar, cabe ressaltar que os aspectos em que se pode intervir nessa realidade apontam para novas formas que favoreçam e promovam o envelhecimento ativo, não só com ações que dependam da gestão pública, mas que envolvam diferentes instâncias e atores sociais, tais como associações e conselhos de direitos, na formulação integrada de políticas intersetoriais para o idoso. Nunca se pode esquecer que a pessoa idosa também deve ser integrada em qualquer ação a seu favor, não só para que o cuidado seja adequado, mas porque ela tem vontades, desejos, sentimentos e propósitos, sendo, portanto, também sujeito nos processos de superação e de atuação familiar, comunitária e social.

### **Colaboradores**

M Conte, CW Cruz, CG da Silva, NRM de Castilhos e ADR Nicolella participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

### **Agradecimentos**

Agradecemos a Marcia Elisa Krahl Fell, psicóloga ligada ao Centro Estadual de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde (CEVS/SES), pela participação e contribuição no levantamento de dados sobre as tentativas de suicídios.

## Referências

1. Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde. Centro De Informação Toxicológica. *Banco do Centro de Informação Toxicológica*. Porto Alegre: Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul; 2014.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico 2010*. [acessado 2014 nov 24]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>
3. Vianna EC. *A migração em um novo contexto sociocultural: o provisório permanente* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Prevenção do Suicídio: Manual para conselheiros*. Genebra: OMS; 2006.
5. Moraes R, Galiazzi MC. *Análise textual discursiva*. Ijuí: Ed. Unijuí; 2007.
6. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão*. 3ª ed. São Paulo: EDUSP; 1996.
7. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface (Botucatu)* 2005; 9(17):389-406.
8. Barros JAC. Ampliando espaços para a “medicalização”: instrumento para desfrute de melhores níveis de saúde? In: Barros JAC. *Os fármacos na atualidade: Antigos e novos desafios*. Brasília: Editora da Anvisa; 2008. In: Caponi S, Verdi M, Brzozowski FS, Hellmann F, organizadores. *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Ed. Unisul; 2010.
9. Hernández AM. A medicalização dos estados de ânimo. In: Caponi S, Verdi M, Brzozowski FS, Hellmann F, organizadores. *Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica*. Palhoça: Editora Unisul; 2010. p. 111-134.
10. Figueiredo M. *A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio Paidéia e formação [tese]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2012.
11. Gagnebin JM. Memória, história, testemunho. *Com Ciência* [periódico na Internet]. 2004 [acessado 2015 jan 02]; Disponível em: <http://www.comciencia.br/reportagens/memoria/09.shtml>
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria do GAB/MS nº 1395, de 10 de dezembro de 1999. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. *Diário Oficial da União* 1999; 11 dez.
13. Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA). Os nomes da Tristeza. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre* 2001; 21.
14. Sher L. Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113(1):13-22.
15. Minayo MCS, Cavalcante FG, Figueiredo AEB, Mangas RMN. *Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública. Manual de Pesquisa*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fiocruz; 2013.
16. Gutfreind C. *A Infância Através do Espelho – A Criança no Adulto, a Literatura na Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed; 2014.
17. Conte M, Meneghel SN, Trindade AG, Ceccon RF, Hessler LZ, Cruz CW, Soares R, Pereira S, Jesus I. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2017-2026.

---

Artigo apresentado em 01/03/2015

Aprovado em 19/03/2015

Versão final apresentada em 31/03/2015