

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

**“A percepção dos profissionais dos CAPS da Cidade do Rio de Janeiro
sobre a atenção aos casos de tentativa de suicídio em idosos”**

por

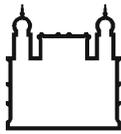
Monica Villaça Gonçalves

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Joviana Quintes Avanci

Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Elisa Bastos Figueiredo

Rio de Janeiro, março de 2013.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“A percepção dos profissionais dos CAPS da Cidade do Rio de Janeiro sobre a atenção aos casos de tentativa de suicídio em idosos”

apresentada por

Monica Villaça Gonçalves

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Ramos Louzada

Prof.^a Dr.^a Adalgisa Peixoto Ribeiro

Prof.^a Dr.^a Joviana Quintes Avanci – Orientadora principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

G635 Gonçalves, Monica Villaça
A percepção dos profissionais dos CAPS da Cidade
do Rio de Janeiro sobre a atenção aos casos de
tentativa de suicídio em idosos. / Monica Villaça
Gonçalves. – 2013 - 91 f.

Orientador: Avanci, Joviana Quintes
Figueiredo, Ana Elisa Bastos
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013

1. Tentativa de Suicídio. 2. Idoso. 3. Pessoal de Saúde.
4. Percepção. 5. Reforma dos Serviços de Saúde. 6.
Saúde Mental. 7. Psiquiatria. I. Título.

CDD - 22.ed. –

362.6

DEDICATÓRIA

Para os profissionais de saúde, pela dedicação e esforço em oferecer à população a saúde que lhe é direito, apesar de todas as adversidades políticas e institucionais.

AGRADECIMENTO

Escrever os agradecimentos em uma dissertação de mestrado nos leva a refletir sobre o percurso para chegar até esse momento: trata-se de uma trajetória longa, muito maior do que os dois anos que se passaram da entrada no mestrado à defesa dessa dissertação...

Agradeço primeiramente ao meu pai, por sempre ter me dado apoio, e ficado ao meu lado, em todas as decisões que tomei, independente de quanto elas poderiam parecer insanas e do fato de não terem sido as mais corretas.

Agradeço também às professoras e colegas do curso de Terapia Ocupacional da UFSCar, por terem despertado o gosto pela pesquisa e pelos estudos e por terem participado de 5 anos tão importantes da minha vida. Em especial às colegas “mafiosas” Carolzinha, Marina, Vanessa, Sara e Patricia, e as “bixetes” Carlinha e Ariana. Nestes tempos são carlenses não posso esquecer das Birosquetes que tanto me apoiaram e ainda apóiam até hoje, mostrando que nem a distância pode diminuir a cumplicidade: Aline, Carol, Camilinha, Giovana, Ju Lima, Lulis, Miliana, Mirley, Moara, Tati, Viviane.

Um agradecimento especial à minhas queridas roommates Carol Machado, Juka e Manu, por agüentarem todos os “perrengues” de se dividir um apartamento e fazerem disso tudo uma grande diversão. Aos “Pilenianos” por tornar a residência tão divertida e completa.

Agradeço aos amigos feitos no último ano no curso de Terapia Ocupacional da UFRJ, pelo apoio, ensinamentos, ombros amigos e desafios enfrentados em equipe, ensinando que é possível sim sentir-se feliz e realizada no ambiente de trabalho.

Obrigada também aos colegas do curso de Mestrado: Cristiane, Érica, Juliana, Thiago e Stênia por enfrentarem junto comigo essa longa e difícil jornada.

Por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer à minha querida orientadora Ana Elisa, pelo apoio, paciência e principalmente os ensinamentos nesses dois anos.

À todos, meu muito obrigada!

“Adding life to years, not just more years to life”.
(Gerontological Society of America, 1995)

RESUMO

O objetivo dessa dissertação é conhecer como os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS do Rio de Janeiro percebem a relação entre tentativa de suicídio em idosos e violência e como atendem os casos eventualmente recebidos. Realizou-se pesquisa qualitativa, e o instrumento de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, com 13 profissionais de saúde mental (3 assistentes sociais, 3 psicólogas, 2 psiquiatras, 2 musicoterapeutas e 3 terapeutas ocupacionais) que atuam em 3 CAPS II, localizados cada um em uma área programática da cidade do Rio de Janeiro. Os dados foram analisados sob a forma de análise de conteúdo, modalidade temática. Definiram-se três categorias para análise: relação entre suicídio e violência, atendimento no CAPS a idosos que tentaram suicídio, e facilidades e dificuldades no atendimento a esses idosos. Os resultados revelam que há grande dificuldade dos profissionais em relacionar a tentativa de suicídio com uma forma de violência. Quanto ao atendimento aos idosos que tentaram suicídio, os profissionais entrevistados entendem que o acolhimento inicial deve ser prestado no CAPS. A permanência neste serviço se dá após uma avaliação da situação do idoso, de seu contexto e de seu “perfil”. Entendem que para serem inseridos nestes serviços é preciso identificar uma demanda de atendimento intensivo, causada por fragilidade ou inexistência de laços sociais e rede de apoio social, além do quadro psicopatológico. Esse atendimento no CAPS pode ser temporário, sendo o idoso então encaminhado para outros serviços, como ambulatório, atenção básica, clínica da família e serviços de assistência social e convívio social, e centros de convivência como projetos específicos para idosos. São apontados vários fatores que facilitam e dificultam o atendimento dos idosos que tentaram suicídio. Alguns como a rede social de apoio, a família e a rede de serviços de saúde são mostrados como podendo tanto ajudar, como dificultar o atendimento, dependendo do contexto e das circunstâncias. Os elementos facilitadores destacados são: disponibilidade dos profissionais para atender idoso, desejo do próprio idoso em se tratar e a existência do Estatuto do Idoso. Já os que dificultam são: violência no território, presença de um quadro de demência e o próprio fato de ser idoso. Percebe-se que é necessário investir na formação de profissionais de saúde inseridos no CAPS para o atendimento de idosos que tentaram suicídio, assim como na fomentação de políticas públicas de prevenção ao suicídio.

PALAVRAS CHAVES: tentativa de suicídio, idosos, profissionais de saúde, CAPS.

ABSTRACT

This work aims to analyze how the professionals from the Centers for Psychosocial Care - CAPS in Rio de Janeiro perceive the relation between attempted suicide in the elderly and violence and how they attend the cases eventually received. It is based on a qualitative approach. Semistructured interviews were realized with 13 mental health professionals (3 social workers, 3 psychologists, 2 psychiatrists, 2 music therapists and 3 occupational therapists) of 3 CAPS II. Each CAPS is located in a different programmatic areas of the city. Data analysis was conducted in the form of analysis of thematic content. Three categories were defined for the analysis: relation between suicide and violence, treatment for the elderly who attempted suicide, and difficulties in treating the elderly who attempted suicide. The results show that there is a huge difficulty to the professional in linking suicide attempt as a form of violence. Professionals interviewed understand that elderly who attempted suicide have to be first received for treatment at the CAPS. After this first time, the elderly will stay or not in the service depending on an evaluation of his/her situation and "profile". The professionals also understand that to be included in this kind of services a demand to intensive care has to be identified. This demand is caused by fragility/lack of social support or psychopathological situation. The treatment in the CAPS can be temporary. Then, the elderly is referred to other services, such as ambulatory, family clinics, community centers and other specific projects for this kind of patients. They are appointed various factors that facilitate and hinder the care of the elderly who attempted suicide. Some of these factors, like social support network, family and health services network can be classified as booth, helping or not the care, depending on the context and circumstances. The elements that can only help the care are: the availability of professionals to attend elderly, the desire of the elderly to care yourself and the existence of "Elderly Statute". The factors that difficult are: violence in the community, the presence of a dementia and the fact of being old. The study recommends that the professionals need to be trained to provide care for the elderly who attempted suicide in CAPS, as well as fostering public policies suicide prevention.

PALAVRAS CHAVES: suicide attempt, elderly, health professional, CAPS

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	09
2- OBJETIVOS	12
2.1 – OBJETIVO GERAL	12
2.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3- QUADRO TEÓRICO	13
3.1 – SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO EM IDOSOS	13
3.1.1 – Definição de Termos	13
3.1.2 – Teorias Explicativas sobre o Suicídio e as Tentativa de Suicídio	14
3.1.3 – Magnitude do Suicídio e Tentativas de Suicídio em Idosos	16
3.1.4 – Fatores Associados às Tentativas de Suicídio em Idosos	19
3.1.4.1 – Ideação Suicida	20
3.1.4.2 – Transtornos Mentais	21
3.1.4.3 – Enfermidades Físicas	21
3.1.4.4 – Fatores Sociais	22
3.2 – OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL - OS CAPS	23
3.2.1 – História da Psiquiatria	23
3.2.2 - Reforma Psiquiátrica Brasileira	27
3.2.3 – Os resultados da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Nova Configuração da Rede de Saúde Mental no Brasil	31
3.3 – PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL	34
3.3.1 – Formação de Profissionais de Saúde no Brasil	34
3.3.2 – Formação de Profissionais de Saúde Mental	36
3.3.2.1 – Formação de Profissionais de Saúde Mental para o trabalho em equipe	38
3.3.2.2 – Formação dos Profissionais de Saúde para lidar com Tentativas de Suicídio	40
4 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	43
4.1 –CAMPO DO ESTUDO	43
4.2 – SUJEITOS	45
4.3 – INSTRUMENTO	46
4.4 – ANÁLISE DE DADOS	47
4.5 – ASPECTOS ÉTICOS	49
5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
5.1 – RELAÇÃO ENTRE TENTATIVA DE SUICÍDIO E VIOLÊNCIA	51
5.2 - ATENDIMENTO A CASOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO EM IDOSOS	54
5.3 – FACILIDADE E DIFICULDADES NO ATENDIMENTO	62
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	77
ANEXOS	87

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID-10	Classificação Internacional das Doenças
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASP	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PSF	Programa de Saúde da Família
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde

1 - INTRODUÇÃO

O objeto dessa dissertação é o atendimento e a percepção dos profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Rio de Janeiro sobre a atenção oferecida nestes serviços aos idosos que tentaram suicídio. O interesse pelo tema surgiu da minha experiência enquanto terapeuta ocupacional com formação em saúde mental. Durante a minha trajetória profissional e nos estágios realizados nos CAPS, tanto na graduação como na especialização, percebi que o tema do suicídio em idosos não era abordado pela equipe que trabalha nos serviços de saúde. Contudo, é uma questão entre aquelas que fazem parte da pauta da Saúde Pública, tanto no âmbito internacional, conforme definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000a,b), como nas Políticas Nacionais, através da implementação das Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006c) e dos manuais e recomendações que surgiram a partir da implementação dessa portaria (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b). Em função dessas portarias, os serviços precisam ter diretrizes próprias adequadas as suas especificidades para compatibilizar com as Estratégias Nacionais de Prevenção de Suicídio determinadas pelo Ministério da Saúde.

Nesse sentido, a OMS (2000a,b) recomenda ser necessário capacitar as equipes de saúde para identificar, abordar, manejar e encaminhar as pessoas que apresentam sinais de um possível comportamento suicida na comunidade como uma forma importante de se prevenir esse ato.

Shah e Bhat (2008) propõem que, para diminuir as taxas de suicídios, a exemplo do que aconteceu em outros países como China e Reino Unido, é preciso investir na implementação de políticas nacionais. O mecanismo proposto para que a implementação destas políticas ocorra deve comportar ações articuladas como: 1. percepção/identificação das altas taxas de suicídio; 2. políticas nacionais de saúde mental, que incluam a questão do suicídio; 3. aumento dos recursos financeiros para os serviços de saúde mental; e 4. aumento da oferta de serviços de saúde mental.

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU) de 2003, quase todos os países do mundo apresentam um acelerado crescimento na população de idosos. Assim, é preciso que as políticas públicas com relação a essa população sejam reorientadas para ações específicas, pela própria peculiaridade e singularidade desse grupo etário, de modo que os idosos possam exercer sua cidadania e ter condições adequadas de vida.

Esse fenômeno quantitativo coloca vários dilemas para todas as sociedades e seus governos, dentre eles, a necessidade de reconfiguração dos ciclos de vida e de seus respectivos papéis, hoje bastante estereotipados e das políticas sociais que lhe diz respeito. Embora mudanças sociais ocorram com muita lentidão, o fenômeno do aumento da expectativa de vida em todo o mundo e a presença indiscutível dos idosos nos mais diferentes espaços sociais repercutem nas suas formas de interação com os outros grupos etários e nas expressões de suas necessidades (MINAYO e SOUZA, 2005, p. 142).

Uma das questões que tem sido apontada como importante em relação à saúde dos idosos é o aumento da taxa de suicídio entre essa população. A Organização Mundial da Saúde – OMS (2002, 2004) coloca o suicídio em pessoas idosas como um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo. Estudos mostram que as taxas de suicídio na população em geral foram de 3,5 por cem mil em 1991 e de 4,00 por cem mil em 2000. Quando se refere à população acima de 60 anos, estes números sobem para 7,40 por cem mil em 1991 e 6,87 por cem mil em 2000 (MINAYO e SOUZA, 2005). Ainda segundo Minayo (2010b) ao analisarmos as proporções entre as tentativas de suicídio e o suicídio consumado em idosos, descritas por Beeston (2006), percebe-se que são ainda mais próximas, na relação de 4:1.

No Brasil, apesar das taxas de suicídio serem relativamente baixas quando comparadas à de outros países, essas taxas relativas às pessoas idosas são o dobro do que a população em geral apresenta, com o agravamento de uma leve e persistente tendência de crescimento (MINAYO, 2010b). Entre os anos de 1980 e 2009, as taxas de suicídio na população brasileira passaram de 4,0/100 mil para 4,8/100 mil, e esse discreto crescimento se deve, especialmente, ao aumento das mortes auto-infligidas em idosos do sexo masculino (PINTO et al, 2012).

O Ministério da Saúde (2006c) afirma ainda que os dados sobre suicídios e tentativas no Brasil não são confiáveis, pois há uma sub-notificação dos casos. Segundo Minayo (2005), no ano 2000 foram notificados 9.132 atendimentos em serviços públicos de saúde por tentativas de suicídio. Estes pacientes, juntos, precisaram de 36,699 dias de internação e acarretaram um gasto de R\$ 2.994.994,42, o que resulta em uma média de R\$ 321,62 por pessoa e tempo médio de internação de 3,9 dias. Porém, se considerarmos apenas o grupo de pessoas acima de 60 anos, essa média de tempo de

internação é elevada para 5,2 dias. Segundo informações do sistema de informações, destas, 301 pessoas morreram.

Os dados mostram a proporção do problema no Brasil, e, apesar desse tema ser apontado com um grave problema de saúde pública, tanto no contexto mundial quanto nacional, ainda são escassos os estudos e as publicações sobre ele, fato que me motivou a estudar o tema.

Destarte, o pressuposto teórico deste trabalho é que existe uma dificuldade por parte dos profissionais de saúde mental em atender idosos que tentaram suicídio, já que culturalmente esse ato tem uma representação negativa na nossa sociedade, e conseqüentemente é pouco abordado. Soma-se o fato dos profissionais de saúde não terem esse tema discutido durante a formação profissional nem no decorrer de sua prática, além da inexistência de diretrizes dos serviços de saúde mental com relação ao atendimento de tentativas de suicídio em idosos.

Essa pesquisa justifica-se principalmente, pela não existência de trabalhos realizados no Brasil com relação ao atendimento de idosos que tentaram suicídio nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.

A **organização da dissertação** está apresentada da seguinte forma:

- *Introdução e objetivos*: direciona as principais questões a serem abordadas ao longo da dissertação;
- *Quadro teórico*: aborda três principais temáticas: (1) Suicídio e Tentativa de Suicídio; (2) Os serviços de Saúde Mental; e (3) Profissionais de Saúde;
- *Percurso metodológico*: destaca a estratégia metodológica utilizada e como a pesquisa foi desenvolvida;
- *Resultados e Discussão*: apresentam os resultados da pesquisa e a discussão através dos referenciais teóricos sobre o tema;
- *Considerações finais*: comporta a reflexão dos resultados encontrados e propõe recomendações para futuros estudos, assim como para a atuação dos profissionais que lidam com a atenção aos casos de tentativas de suicídio em idosos.

Espera-se que este trabalho acrescente conhecimento nas discussões sobre o tema, subsidiando debates e propostas de atuação aos profissionais de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial no atendimento de idosos que tentaram suicídio, fomentando inclusive discussões às políticas públicas de saúde.

2 - OBJETIVOS

2.1 – OBJETIVO GERAL:

Analisar como os profissionais de saúde mental de nível superior que trabalham nos CAPS da cidade do Rio de Janeiro percebem a relação entre tentativa de suicídio em idosos e violência e como atendem os casos eventualmente recebidos.

2.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer a percepção desses profissionais sobre a relação entre tentativa de suicídio e violência;
- Verificar a existência de relatos de tentativa de suicídio pelos idosos, por esses profissionais;
- Conhecer o projeto terapêutico oferecido a idosos que tentaram suicídio, quando são inseridos para tratamento nos CAPS;
- Verificar para quais serviços esses idosos são encaminhados quando não são inseridos nos CAPS e por quais motivos;
- Identificar elementos facilitadores e complicadores na atenção a idosos que tentaram suicídio pelos profissionais dos CAPS;
- Oferecer subsídios sobre a atenção e prevenção à tentativa de suicídio em idosos nos CAPS da cidade do Rio de Janeiro.

3 - QUADRO TEÓRICO

3.1- SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO EM IDOSOS

3.1.1 – Definição de Termos

Vários autores propõem definições para o suicídio e para as tentativas de suicídios, ou suicídio não consumado. Émile Durkheim (2000) foi o primeiro sociólogo a se aprofundar no estudo desse tema, e define suicídio como “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela saiba que produziria esse resultado.” Já a tentativa de suicídio é “o ato interrompido antes que dele resulte em morte” (DURKEIM, 2000, p.14).

Neste trabalho utiliza-se a definição proposta por Minayo (2005, p. 207):

Suicídio também chamado tecnicamente “comportamento suicida fatal”, é o resultado de um ato deliberadamente empreendido e executado com pleno conhecimento ou previsão de seu desenlace. Na sua definição, a **intencionalidade** de dar cabo a vida por quem comete é o elemento-chave. **Tentativa de suicídio** ou comportamento **suicida não-fatal** nomeia os atos cometidos por indivíduos que pretendem se matar, mas cujo desfecho não resulta em óbito.

O suicídio e as tentativas de suicídio, assim como comportamentos de automutilação, estão dentro da categoria de violência auto-infligida, segundo a classificação da OMS (2000a,b). O violência, segundo a OMS, pode ser definida como:

“o uso da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, ou contra uma pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em uma lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”(OMS, 2002, p. 5).

Um dos aspectos mais relevantes nessa definição é a intencionalidade, assim como na definição de suicídio e tentativa de suicídio proposta por Minayo (2005) colocada anteriormente. Assim, ao entendermos que o suicídio e as tentativas são atos que intencionalmente causam lesão ou morte no indivíduo, percebemos que estes são sim

uma das diversas formas de manifestação de um fenômeno complexo e plural, a violência.

Existem relações próximas entre as idéias suicidas, as tentativas e o ato consumado. Minayo (2005) esclarece que “as tentativas se caracterizam por serem atos de automutilação, de auto-envenenamento ou até de intoxicações medicamentosas com uma dosagem acima da esperada, deliberadamente ultrapassada, sem que tivesse havido uma intenção de morte” (p.220).

3.1.2- Teorias Explicativas sobre o Suicídio e as Tentativas de Suicídio

Ao discutirmos as teorias explicativas sobre o suicídio e as tentativas de suicídio é importante relacioná-las com o contexto histórico-cultural. A visão sobre o suicídio pode ser diferente entre sociedades, tempos, indivíduos. Para a religião católica, é um afronto a Deus, para as ciências médicas, consequência de uma doença mental, para o senso comum, um desvio de conduta e, para algumas filosofias, um ato extremo de liberdade (MINAYO, 2010b).

Ximenes (2004), ao rever os estudos de Minois (1998), informa que, na Grécia Antiga, existiam pensamentos diferentes sobre o suicídio, e cada abordagem filosófica elaborou uma compreensão própria para esse ato. Estóicos e epicuristas acreditavam que o indivíduo tinha o direito de escolher o dia e a maneira de sua morte, pois a vida só merecia ser vivida se trouxesse mais alegria do que tristeza. Para os pitagóricos, o suicídio quebrava uma harmonia existente na relação corpo e alma, e por isso era extremamente contra ao que chamavam “homicídio de si mesmos”. Já Platão condenava o suicídio, mas não era rigoroso em seu pensamento, pois abria exceção para três situações: condenação à prisão ou à morte; doenças incuráveis e dolorosas e um destino miserável ou vergonhoso. Aristóteles era completamente contra.

Minayo (2005, p. 220) aponta três modelos explicativos para a questão do suicídio: 1. o modelo sociológico, que coloca o ato suicida como fruto do contexto histórico e cultural; 2. o modelo psicológico, que entende esse ato como resultado de conflitos internos dos indivíduos; e 3. o modelo nosológico em que o suicídio é visto como uma enfermidade.

Porém, como se trata de um fenômeno complexo, esses três modelos precisam se inter-relacionar para que explicações mais abrangentes possam ser refletidas, ressaltando sempre a dinâmica relação entre indivíduo e sociedade na determinação dos

comportamentos humanos. Assim, esses modelos articulam a questão do suicídio com as interações sociais, “destacando-se o contexto familiar inter-relacional como nuclear e fundamental no desenvolvimento da socialização saudável ou das pulsões que levam ao processo autodestrutivo” (MINAYO, 2005, p.225). Isto é, entendem que aspectos macro e microsociais são elementos determinantes desse ato extremo.

Numa *perspectiva sociológica*, Durkheim (2000), em seu livro “O suicídio” publicado na primeira edição em 1897 e que até hoje é referência para estudiosos do tema, define três tipos de suicídio: suicídio egoísta, altruísta e anômico. Essa classificação leva em consideração o grau de interação entre o indivíduo e a sociedade.

O suicídio egoísta, segundo ele, resulta de uma ruptura dos laços que unem o indivíduo ao seu grupo social. Trata-se, portanto, de um ato de individualidade extrema. Para exemplificar esse tipo de suicídio, Durkheim estudou as taxas de suicídio relacionando-as à cada uma das religiões e ao seu grau de individualismo. Conclui que as taxas de suicídio são maiores entre protestantes, medianas entre católicos e mais baixas entre os judeus. Analisando o grau de individualismo em cada religião, Durkheim analisa que o protestantismo é uma religião não organizada hierarquicamente. Seus membros não são tão fortemente ligados e estão menos submetidos a desígnios coletivos, pois prega o livre arbítrio como motivador das ações humanas. Assim, é uma religião onde as pessoas são mais individualistas. Já os católicos são mais organizados hierarquicamente. Seus membros são mais “controlados” por esta hierarquia, estão sujeitos a ordens coletivas, tem menos liberdade de escolha e são mais integrados à comunidade. Os judeus têm pouca liberdade de escolha, devem respeitar as normas e tradições de sua religião sem questionamento. O grau de individualismo é menor, assim como as taxas de suicídio (LEVCOVITZ, 1998). Deve-se atentar que esta análise foi feita em outra época e há que se refletir se tais considerações cabem integralmente nos dias atuais.

Já o suicídio altruísta é aquele em que a sociedade está totalmente introjetada no indivíduo, portanto, existe uma total falta de individualismo, o valor do indivíduo é mínimo em detrimento do grande valor dado ao grupo social. O indivíduo tira a própria vida em prol de um bem maior, que é a sociedade (LEVCOVITZ, 1998).

O suicídio anômico fala de uma sociedade não totalmente introjetada no indivíduo. É o suicídio relacionado com as súbitas mudanças da vida social, como em casos de enriquecimento ou empobrecimento súbito, por exemplo; ou pela perda de uma pessoa próxima como cônjuge. Nestes casos, com a necessidade de se readaptar às

novas circunstâncias de vida, pode haver um desencontro “entre os anseios do homem e suas verdadeiras possibilidades”, que leva a um estado que Durkheim chama de anomia (LEVCOVITZ, 1998).

O *modelo psicológico* é o mais estudado quando se busca explicar o suicídio e tentativa de suicídio. De acordo com o estudo de Levcovitz (1998), Esquirol considerava que os suicidas eram os “alienados”, ou seja, loucos. Já as correntes fenomenológicas e psicanalistas entendem que o suicídio é fruto de transtornos mentais, relacionados a existência, a maneira de ver e sentir a vida.

O *modelo nosológico* entende o suicídio como uma patologia ou resultado de alguma enfermidade, como por exemplo o desenvolvimento dos estudos neurológicos e genéticos sobre o tema (MINAYO, 2005). Como representação desse pensamento, temos a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) que tem um capítulo dedicado as Lesões autoprovocadas intencionalmente, colocando portanto as tentativas de suicídio como um diagnóstico médico (OMS, 1993). Artigos, como de Hills et al (2009), Brenner et al (2011) e Rost et al (1998), relacionam também o suicídio como manifestação patológica que necessita de tratamento médico.

3.1.3 – Magnitude do Suicídio e das Tentativas de Suicídio em Idosos

Segundo a OMS (2000), a violência auto-infligida (suicídio, tentativas de suicídios e comportamentos autodestrutivos) é um problema que causa grandes impactos na saúde pública em todo o mundo. Estatísticas apresentadas pela OMS, no ano 2000, mostram que 815 mil pessoas se suicidaram no mundo, o que representa uma taxa de mortalidade de aproximadamente 14,5 em cada cem mil, “uma pessoa a cada 40 segundos” (MINAYO, 2010b, p. 206). Com relação às tentativas de suicídio, as taxas são ainda maiores. A cada 3 segundos uma pessoa tenta suicídio (MINAYO, 2010b).

O próprio Ministério da Saúde (2006c) afirma que os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são ainda mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio.

Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos dez vezes. Com relação ao registro das tentativas de suicídio, além das questões culturais, sociais, religiosas e morais, soma-se o fato de que a maioria delas não chega ao conhecimento das autoridades de saúde, e quando chegam aos serviços acabam sendo notificadas apenas a(s) causa(s) secundária(s), como lesões e traumas.

Levcovitz (1998) coloca ainda algumas outras causas da sub-notificação da morbimortalidade por suicídio, entre as quais estão: a falta de uma definição consensual do suicídio, os diferentes critérios de classificação da *causa mortis* e as resistências culturais e familiares.

Com relação às internações de idosos por causas externas (violências e acidentes) no ano 2000, 0,8% das 92.796 foram causadas por lesões autoprovocadas (MINAYO e SOUZA, 2005). Ainda neste mesmo ano, segundo Minayo (2005), chegaram as unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) necessitando de cuidados médicos 9.312 pessoas que tiveram seus casos notificados como tentativas de suicídios. Essa tentativas de suicídio, com o aumento da idade, tem maior possibilidade de se consumarem, como afirmam De Leo et al (2001), citados por Minayo (2010): “com o aumento da idade, diminuem as tentativas de suicídio e aumentam os suicídios consumados”(p. 201). Minayo (2005) afirma que a idade tem sido um marcador importante na epidemiologia do suicídio. Na maioria dos países do mundo, o risco de morte auto-infligida aumenta com o envelhecimento. Pessoas de 75 anos ou mais apresentam uma vulnerabilidade triplicada em relação às pessoas mais jovens, em várias partes da Europa (OMS, 2002).

No Brasil, segundo o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde - SIM/DATASUS (2013), com relação à mortalidade de idosos por suicídio, observa-se um aumento em todas as faixas etárias nos anos pesquisados (2006-2010), sendo esse aumento nas taxas (por 100.000 habitante): de 5,71 para 6,33 na faixa entre 60 e 69 anos; 5,31 para 7,31 entre 70 e 79 anos; e 6,21 para 8,39 na faixa de 80 anos ou mais.

Já na cidade do Rio de Janeiro, em 2006, as taxas (por 100.000 habitantes) foram de 4,25 (faixa etária entre 60 e 69 anos); 1,15 (faixa entre 70 e 79 anos) e 5,88 (com 80 anos ou mais). Em 2010, percebemos que essas taxas diminuem um pouco entre a primeira faixa etária, passando de 4,25 para 3,89, e na última (de 5,88 para 5,58), mas aumentam consideravelmente na faixa entre 70 e 79 anos, passando para 5,89. No ano de 2006, dos 147 óbitos por suicídio, 27 ocorreram em idosos, correspondendo a 18% dos casos de suicídio no município. Em 2010 esse percentual subiu para 21% (DATASUS, 2013).

Percebe-se com relação a mortalidade uma predominância no sexo masculino em todas as faixas etárias e tanto no panorama nacional quanto na cidade do Rio de Janeiro.

Percebe-se também que o suicídio ocorre mais entre os homens de todas as faixas etárias acima de 60 anos de idade, em comparação às mulheres, tanto no panorama nacional quanto no Rio de Janeiro. No Rio de Janeiro, as taxas (por 100.000 habitantes) de óbitos por suicídio no ano de 2010 segundo sexo são: 7,25 no sexo masculino e 1,26 no feminino entre pessoas de 60 e 69 anos; 9,60 masculino e 3,37 feminino entre 70 e 79 anos e; 11,89 masculino e 2,45 feminino na faixa que considera idosos com 80 anos ou mais. No Brasil como um todo as taxas encontradas são: 10,90 masculino e 2,30 feminino entre 60 e 69 anos; 13,45 masculino e 7,31 feminino entre 70 e 79 anos e; 17,74 masculino e 8,38 feminino na faixa com 80 anos ou mais (DATASUS, 2013).

Esses dados vão em consonância com o estudo realizado por Pinto et al (2012) em todo o território nacional, onde verificou-se que a mortalidade masculina por suicídio em idosos supera bastante a feminina, ficando uma razão média de óbitos por suicídio em idosos do sexo masculino/feminino de 2,8 mortes de homens para cada mulher. Contudo, há diferenciações de sexo nas faixas etárias da velhice, segundo Minayo e Souza (2005):

No conjunto das causas externas em 2000, as proporções de suicídio foram de 9,7% para homens e 7,6% para mulheres nos estratos de 60 a 69 anos; de 10% para 4,5%, respectivamente, no grupo de 70 a 79 anos e de 6,4% para 1,0% na faixa de 80 anos e mais” (MINAYO e SOUZA, 2005, p.150).

Pinto et al (2012) reforçam essa diferença mostrando que ao longo dos últimos 30 anos analisados por estes pesquisadores, a taxa de suicídio em idosos do sexo masculino manteve-se em torno de 7 por 100 mil em ambos os sexos e 12 por 100 mil entre homens; e entre mulheres idosas essa taxa é abaixo de 5 por 100 mil. Esses resultados colocam o Brasil, segundo parâmetros da OMS, em nível médio de ocorrência de suicídios idosos (entre 5-15 óbitos por 100 mil), embora para o sexo feminino ainda seja considerada baixa.

Meneghel et al (2012) ressaltam a diferença entre as tentativas de suicídio e o suicídio consumado entre homens e mulheres: quando nos referimos às tentativas de suicídio, as mulheres tentam mais suicídio que os homens, embora estes consigam consumir mais o ato, utilizando meios mais eficazes para tirar a própria vida. Isto explica em parte as maiores taxas de mortalidade nos homens em comparação as

mulheres (BEAUTRAIS, 2006). As normas de gênero afetam tanto os homens quanto as mulheres com relação ao risco de suicídio:

“Desigualdades, estereótipos e vulnerabilidade de gênero estiveram presentes na vida de mulheres que se suicidaram após terem cumprido rigidamente os papéis femininos e em homens em contradição com os princípios de honra ou com os preceitos normativos da masculinidade dominante” (MENEGHEL et al, 2012, p.1990)

Dados encontrados no Sistema de Informações Hospitalares do DATASUS (SIH/DATASUS), com relação às internações provocadas por lesões autoprovocadas em idosos, temos, no Rio de Janeiro, em 2010, as seguintes taxas (por 1.000 habitantes): entre 60 e 69 anos – 0,03 no sexo masculino e 0,01 no sexo feminino; entre 70 e 79 anos – 0,02 masculino e 0,01 feminino; com 80 anos ou mais – 0,03 masculino e 0,02 feminino. Já considerando o Brasil como um todo, as taxas (por 1.000 habitantes) encontradas são: 0,04 masculino e 0,02 feminino entre 60 e 69 anos; 0,03 masculino e 0,02 feminino entre 70 e 79 anos e 0,03 tanto para o sexo feminino quanto para o masculino na faixa etária que considera idosos com 80 anos ou mais (DATASUS, 2013).

3.1.4 – Fatores Associados às Tentativas de Suicídio em Idosos

O suicídio é um fenômeno complexo e multicausal. Diversas são as explicações dadas aos motivos que levam uma pessoa a dar fim a sua vida.

Segundo evidências constatadas por Beeston, “o crescimento de taxas de suicídio entre idosos está a indicar que o aumento da idade relaciona com processos biológicos e psicológicos que podem induzir a pessoa à decisão de se autodestruir” (MINAYO, 2010b, p. 202).

Quando se fala de idosos, é importante entender que o envelhecimento é um processo universal em que acontecem diversas mudanças e, dependendo da forma como aparece, pode ser visto como um fenômeno fisiológico, de comportamento social ou ainda cronológico, isto é, de idade. Uma pessoa idosa pode apresentar perdas funcionais, doenças características do processo de envelhecimento como também, diminuição ou perdas em suas relações sócio-afetivas, quando, por exemplo o cônjuge

morre, os filhos casam-se ou vão trabalhar em outra cidade e saem do habitat de origem, ou quando se efetiva a aposentadoria, muitas vezes, colocando fim a uma trajetória de vida profissional. Assim, o impacto que envelhecer traz para cada indivíduo e em cada sociedade pode levar a adaptações e transformações no estilo de vida e algumas vezes, às crises, podendo desembocar na tentativa ou no suicídio propriamente dito.

São diversos os fatores que podem se relacionar com as tentativas de suicídio e o suicídio em idosos, entre os quais estão a ideação suicida, os transtornos mentais, as enfermidades físicas e os fatores sociais, destacados a seguir.

3.1.4.1 - Ideação suicida

Minayo (2010b), analisando o estudo realizado por Beeston (2006) sobre o tema, informa que quando o idoso decide dar fim à própria vida, ele costuma ter mais êxito do que o resto da população. Desta forma, torna-se importante trabalhar com a prevenção das tentativas de suicídio antes que elas ocorram, uma vez que a possibilidade desta tornar-se fatal é muito maior.

Osgood e Thielmann (1990), citados por Minayo em revisão bibliográfica realizada em 2010b, apontam que a relação entre ideação, tentativas e efetivação do suicídio pode ser encontrada em comunicações verbais, em comportamentos e em sinais manifestados pelas pessoas. Entre essas manifestações, falar sobre o desejo de morte é uma das mais comuns. Outras podem ser mais indiretas, como estados depressivos, ausência de cuidados com a própria saúde, e atitudes como organização da herança, de documentos, de visitas à parentes como formas de despedida.

3.1.4.2 - Transtornos mentais

Diversos estudos com idosos que cometeram suicídio (Barclough (1971), Harwood (2001), Vannoy e col (2007); Waern e col (2002)), realizados através de autópsias psicológicas¹, mostram que entre 71% e 95% dos idosos que cometeram suicídio tinham algum transtorno mental, conforme afirma Minayo (2010b).

¹ Autópsias psicopatológicas é um método criado por Edwin Shneidman (1970), concebido para auxiliar médicos legistas a esclarecer a natureza e uma morte dita como indeterminada e tem sido usado principalmente para conhecer as razões que levam as pessoas ao suicídio e confortar os familiares dessas pessoas. (CAVALCANTI e MINAYO, 2012)

Até hoje, o transtorno mental que mais está associado com o comportamento suicida, as tentativas e o suicídio consumado é a depressão. Mais de 90% dos idosos que cometeram suicídio tinham o diagnóstico de depressão (SHAH et al, 2008).

Minayo (2010b) informada pelos estudos de Beautrais (2002), coloca que é necessário que idosos com depressão sejam tratados, pois um cuidado adequado a esse tipo de patologia poderia prevenir até três quartos das atitudes suicidas nesta população.

Contudo, ainda existem, na prática em saúde mental, algumas dificuldades diagnósticas da depressão na velhice. Estas dificuldades ocorrem devido às características atípicas que esse grupo etário pode apresentar. Isto porque são, segundo Boechat (2002), alguns pacientes que relutam em admitir alguns sintomas psicológicos da depressão, como a tristeza por exemplo, e acabam expressando esse quadro através de queixas somáticas inespecíficas, como dores. Em idosos, como suas condições de saúde costumam apresentar quadros clínicos que causam essas condições clínicas, essas queixas podem acabar mascarando a queixa de sintomas depressivos.

3.1.4.3 - Enfermidades físicas

Com relação às possíveis relações entre as doenças físicas e o suicídio em idosos, ainda não existe consenso entre os autores. A presença de doenças orgânicas como câncer, doenças degenerativas que não tem cura, aquelas que causam muitas dores podem ser considerada um fator de risco para suicídio em pessoas idosas. Por outro lado, há estudiosos, como Beeston (2006), que alegam que, na verdade, o que acontece é que estas doenças podem desencadear um quadro depressivo e é essa depressão que leva ao suicídio (MINAYO, 2010b).

3.1.4.4 - Fatores sociais

A maneira como se constrói o processo de envelhecimento para cada indivíduo relaciona-se diretamente com a realidade social em que ele vive, e esta realidade é fruto de um processo social, cujas relações e posições estão situadas no tempo e no espaço (CORTÊS et al, 2009).

Ao dirigirmos o olhar para o imaginário social da pessoa envelhecida, percebe-se a incorporação de diversos significados ao longo do tempo. Atualmente o aumento da população acima de 60 anos se constitui como um campo específico de investigação,

acompanhado por mudanças econômicas, sociais e na estrutura familiar. Durante muito tempo a velhice foi associada à idéia de doença, passando a exercer acentuada influência social, definindo não somente o envelhecimento físico como também as representações sobre a experiência de envelhecer.

Aleixo e Figueiredo (2005) comentam que os idosos, ao longo da vida, passaram por estágios específicos marcados por períodos alternativos de relativa estabilidade e de transição, numa seqüência obrigatória de transformações e adaptações. Durante esse percurso de envelhecer é preciso aprender a lidar com as mudanças, passando por um processo de (re)significação da vida o que sofre influência de diversos fatores sociais, além dos individuais.

Entre os fatores sociais que podem influenciar a pessoa idosa ao suicídio ou à tentativa de suicídio, podemos apontar como principais: perda (morte de uma pessoa próxima, especialmente de um cônjuge); os efeitos de uma doença terminal ou dor crônica; medo de viver por muito tempo sem dignidade, trazendo prejuízos financeiros e emocionais para a família; isolamento social, mudanças e perda de papéis sociais; dependência física e ou mental; problemas financeiros, conflitos familiares e solidão (MINAYO, 2010b).

Shah et al (2008) afirmam que as taxas de suicídio são menores em culturas onde os idosos são mais respeitados, como na cultura árabe e em algumas sociedades do leste europeu.

3.2 – OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

3.2.1 – História de Psiquiatria

Os hospitais não nasceram como instituições para cuidados com a saúde, mas sim como instituições religiosas, filantrópicas e assistencialistas, que acolhiam pessoas que necessitavam de cuidados de assistência humanitária. Porém, no século XVII esse papel dos hospitais foi modificado, e estes passaram a exercer também uma função social e disciplinadora, e passaram a receber também pessoas consideradas “delinqüentes”, “desajustados”, além dos pobres e necessitados. Eram pessoas consideradas ameaças para a sociedade, e portanto iam para o hospital para que fossem excluídos, e lá ficavam internados, sem nenhum tipo de tratamento ou trabalho de reabilitação (FOUCAULT, 1989).

Com a Revolução Francesa, no século XVIII, estas instituições começaram a ser reformadas, com o objetivo de melhorar o local em suas condições de cuidados e mudar a visão da exclusão social que estes lugares representavam. Foi nessa época que Philippe Pinel começou a modificar o tratamento oferecido nestas instituições, organizando pela primeira vez a psiquiatria. Com este movimento, chamado de alienismo, Pinel começou a retirar desses espaços as pessoas que sofriam de alguma enfermidade e levou-os a outro local onde poderiam ser tratados para a sua doença. Pinel acreditava que somente pessoas doentes deviam ficar no hospital. Esse é um momento em que o hospital começa a ter sua função redefinida. No hospital, os enfermos deviam ser separados de acordo com os tipos de doenças que apresentavam. Iniciou-se aí a prática médica de classificar e estudar as doenças (LANCETTI & AMARANTE, 2006).

Pinel dedicou-se, nessa divisão, a estudar os “alienados mentais”. Essa foi a primeira vez que foi usado um termo médico para designar a loucura. Pinel é por isso considerado o pai da psiquiatria, e escreveu o primeiro livro médico sobre psiquiatria, o “Tratado Médico-filosófico de Alienação Mental ou Mania”. A psiquiatria pineliana trouxe como grande inovação a concepção de loucura enquanto doença mental. Pinel acreditava na busca científica para o conhecimento dos fenômenos da realidade. Ele ficou conhecido por ter desacorrentado os loucos, porém essa “liberdade” era uma liberdade das correntes, já que, livres dessas, eles eram submetidos a um tratamento

asilar, sob regime de isolamento. Este tratamento era entendido como a única forma de retomar a liberdade que foi tirada pela alienação mental. Os pacientes eram isolados do meio exterior, já que é entendido que este meio lhe causou o estado de alienação (AMARANTE, 1995).

Era preciso isolá-lo numa instituição especial, primeiro para retirá-lo de suas percepções habituais, aquelas que haviam gerado a doença ou, pelo menos, acompanhado seu despontar, e depois para poder controlar inteiramente suas condições de vida. Ali, ele era submetido a uma disciplina severa e paternal, num mundo inteiramente regido pela lei médica (BERCHERIE, 1989, p.41-42).

Esse isolamento é visto pela primeira vez com o propósito de cura. A partir desse momento, o hospital passa a ser uma instituição médica, com propósito de tratamento e cura. Era visto como sendo por si só terapêutico. A forma de tratamento utilizada era a do “tratamento moral”, e uma das suas principais estratégias era a do “trabalho terapêutico”, já que o trabalho era visto como condição necessária para reintegração na sociedade, que começava a se tornar capitalista (AMARANTE, 2007).

A grande revolução em Pinel é a ruptura efetuada com a idéia de loucura completa ou alienação total - há uma distância possível do alienado em relação à sua alienação, distância esta que possibilita a idéia de tratamento (CAVALCANTI, 1998, p.23).

Porém, com o tempo começaram a surgir denúncias de maus-tratos nos hospitais, e iniciaram-se várias propostas de mudanças a esse modelo de tratamento psiquiátrico.

As duas grandes guerras levantaram à sociedade uma reflexão acerca da crueldade e da violência, o que proporcionou uma revisão das formas de tratamento nos hospitais psiquiátricos, uma vez que essas instituições se assemelhavam, na maneira como eram estruturadas na época, aos campos de concentração. Soma-se a essa nova forma de pensamento, como ressalta Desviat (1999), a descoberta de medicações psicotrópicas, um crescimento econômico e a necessidade de reconstrução social, que culminaram na necessidade de se repensar o modelo de tratamento oferecido nos hospitais psiquiátricos:

Junto com essa vontade coletiva de criar uma sociedade mais livre e igualitária, mais solidária, a descoberta dos medicamentos psicotrópicos e a adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições da psiquiatria foram elementos propulsores dos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica, desde a desinstitucionalização norte-americana até a política de setor francesa (DESVIAT, 1999, p.23).

Iniciaram-se então várias experiências de reformas ao redor do mundo. A primeira delas ocorreu no Reino Unido e foi chamada de Comunidade Terapêutica. Seu precursor foi Maxweel Jones e a idéia principal era que todos os que trabalhavam no hospital deviam se envolver em um projeto terapêutico comum. Para isso, seriam realizados assembléias, grupos e reuniões.

Depois, em 1940, na França, surgiu o movimento que foi denominado Psicoterapia Institucional, cujo idealizador foi Francóis Tosquelles. A psicoterapia institucional parte do princípio que a instituição total, que inicialmente tinha objetivo de tratamento e cura, apresenta problemas e por isso não exerce seu papel primordial. Assim, surge a idéia de que a instituição precisa ser tratada, recuperada enquanto lugar terapêutico (AMARANTE, 2007).

Propõe, para isto, o que foi chamado de escuta polifônica, com a ampliação de referenciais teóricos, numa tentativa de reconciliar a psiquiatria e a psicanálise. Daí vem a noção de transversalidade, que é o encontro e ao mesmo tempo o confronto dos papéis profissionais e institucionais com o objetivo de problematizar a questão da hierarquia e hegemonia. Introduziu também o conceito de acolhimento, ressaltando a importância da equipe e da instituição na construção de suporte e referência para os pacientes. Portanto, Francóis Tosquelles colocava em análise a cura individual, trabalhando então com a coletividade. Coletividade em que não houvesse definições de papéis e hierarquia de funções, pois isto causava a alienação mental. Surge o trabalho terapêutico, que trazia a possibilidade dos internos participarem e assumirem funções e responsabilidades na instituição. Fundamentadas pela teoria psicanalítica, eram organizadas festas, passeios, ateliês, assembléias e oficinas de trabalho (AMARANTE, 2007).

Depois dessa proposta, outras surgiram, todas com o propósito de sair do modelo hospitalar e buscar uma forma de tratamento voltada para a comunidade. Surgiram mais dois movimentos: nos Estados Unidos, a Psiquiatria Preventiva e na França, a Psiquiatria de Setor. Esse dois modelos tinham como princípio a idéia de que era

necessário um trabalho externo ao manicômio (LANCETTI & AMARANTE, 2006). Colocam que era preciso criar medidas de continuidade do tratamento pós-alta hospitalar, dentro da comunidade em que o paciente vivia. Além disso, propunham que este tratamento fora do hospital teria que evitar a reinternação e a internação de novos casos. Inicia-se a idéia de acompanhamento terapêutico do paciente. Assim, são criados Centros de Saúde Mental distribuídos pelo território. O paciente era um indivíduo com direito a ressocialização e tratamento perto da comunidade onde vivia. Também tinha direito à acompanhamento pós-alta para evitar uma reinternação. Visava uma melhor aceitação do doente na sua sociedade após o momento da crise (AMARANTE, 2007).

Franco Basaglia, no início da década de 1960, na Itália, percebeu que, apesar das tentativas de humanização e mudanças administrativas, as instituições não eram mais dispositivos eficazes no tratamento dos doentes mentais. Surge a idéia de superação do manicômio, não só enquanto estrutura física, mas como um conjunto de saberes e práticas. Entende, portanto, que desinstitucionalizar é mais do que apenas desospitalizar.

Este movimento, que Basaglia iniciou no manicômio de Gorizia, ficou conhecido como a Psiquiatria Democrática Italiana, e serviu de modelo para a reforma Psiquiátrica Brasileira.

Os anos subseqüentes ao trabalho de Gorizia produziram a consciência de não poder prosseguir - enquanto impossibilitados de deixar os muros do manicômio - no questionamento de uma instituição que já não era somente o manicômio nem a psiquiatria como ciência, mas tudo o que, partindo do "território", repelia a doença e confinava a psiquiatria ao manicômio (BASAGLIA, 2005, p.242).

Durante o processo de construção da psiquiatria democrática, Basaglia usou de princípios da comunidade terapêutica e da psicoterapia institucional enquanto meios de chegar ao seu objetivo final. Utilizou recursos como assembléias, reuniões de equipe, clube de pacientes, escuta polifônica, acolhimento, adotados como desmontagem da lógica manicomial (BASAGLIA, 2005).

A experiência iniciada por Basaglia em Trieste, também na Itália, demonstrou que era possível a desmontagem do manicômio como possibilidade única de tratamento da doença mental e enfatizou a construção de dispositivos extra-hospitalares no território. Basaglia (2005) ressalta a importância da profunda mudança do quadro político como diferencial, proporcionando a possibilidade dessa mudança.

Rotelli (2001), que substitui Basaglia, afirma que devem ser acionados atores sociais diretamente envolvidos. Compreende que a transformação deve superar a simples organização do modelo assistencial e alcançar práticas e concepções sociais.

Para a criação de possibilidades reais de inclusão, foram criadas cooperativas de trabalho, construção de residências para ex-internos, meio de produção e participação social. Também foram criados Centros de Saúde Mental, pela primeira vez como serviços substitutivos ao manicômio, caracterizados como serviços que se responsabilizavam pelos ex-internos em seu território (AMARANTE, 2007).

Nesse contexto, percebe-se a necessidade de mudanças também na legislação em vigor na época, a fim de que as mudanças ocorridas pudessem firmar-se como uma política em que o paciente psiquiátrico passa a ser cidadão com direitos civis e sociais.

De fato, a desinstitucionalização muda progressivamente o estatuto jurídico do paciente: de paciente coagido a paciente voluntário, depois paciente como “hóspede”, depois a eliminação dos diversos tipos de tutela jurídica, depois o restabelecimento de todos os direitos civis (ROTELLI, 2001, p.34).

Em 1978 é criada a lei 180, também nomeada Lei Basaglia, que provocou modificações na legislação italiana e estabelecia mudanças no estatuto jurídico do paciente. Tal lei decretava o fim das internações em hospitais psiquiátricos, assim como a proibição de construções de novos hospitais. Estipulava a criação de serviços alternativos ao modelo manicomial e desvinculou o estatuto jurídico do doente mental ao conceito de periculosidade e perda dos direitos civis (AMARANTE, 2007).

Assim, a experiência da psiquiatria democrática italiana buscava modificar a estrutura psiquiátrica existente até então, através da proposta de inventar novas formas de tratar a loucura e pela instauração de uma nova legislação.

3.2.2 – Reforma Psiquiátrica Brasileira

Durante a década de 70, começam a surgir críticas principalmente em relação à ineficiência da assistência pública e denúncias vindas dos profissionais de saúde mental devido aos maus tratos aos quais eram submetidos os pacientes psiquiátricos nos grandes hospícios do país.

Devido às constantes críticas em relação às políticas de saúde do Estado autoritário surge o movimento da reforma sanitária, que propunha a reformulação do sistema nacional de saúde, através do aperfeiçoamento técnico e do gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública.

A mudança do modelo assistencial em saúde mental demandou investimentos políticos, técnicos, financeiros e éticos, assim como a articulação com outras instâncias, tais como educação, trabalho, cultura, habitação e formação profissional. Buscava-se dar outra resposta social à loucura e resgatar a cidadania do 'louco'. Segundo o Ministério da Saúde (2005), a transformação no modelo de assistência psiquiátrica no país era entendida como:

um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais (...); é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da reforma psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, s/n.)

A partir da ineficiência apresentada pelo setor de saúde psiquiátrica, a qual já vigorava no Brasil durante anos, surge em 1987 o movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, marcado por dois eventos principais: a I Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 1988) e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1987 (BRASIL, 1994). Nesse processo de reforma no Brasil, foram incorporadas as questões nascidas de todas as experiências de reforma anteriores de outros países, porém com maior influência da psiquiatria democrática italiana e a psicoterapia institucional francesa, apresentadas anteriormente.

Amarante (1995) define a Reforma Psiquiátrica Brasileira da seguinte forma:

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p. 91).

Mais do que apenas acabar com os manicômios, buscava-se mudar a lógica manicomial e excludente com a qual eram tratados os pacientes psiquiátricos até então.

A I Conferência representou o impulso para novas formas de se pensar e lidar com a loucura no cotidiano das instituições e da sociedade, já que contava com a participação agora dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares (BRASIL, 1988).

Esse movimento foi denominado desinstitucionalização e tinha como lema: “Por uma Sociedade sem manicômios”. Surge assim o Movimento da Luta Antimanicomial que procurava chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura. Desse movimento surgiu o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, 18 de maio, com o qual busca-se até hoje reafirmar a necessidade da participação da sociedade no processo de reabilitação psicossocial e garantia de cidadania dos doentes mentais (BRASIL, 1994).

As estruturas de cuidado também ganham um novo enfoque, através da busca da substituição de uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada por diversos dispositivos, de natureza comunitária.

Assim, começou também o processo de revisão legislativa. Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou a Lei da Reforma Psiquiátrica, como ficou conhecida posteriormente. Esse projeto de lei fez avançar o movimento da reforma.

Após muitos anos de tentativas em prol da discussão e da promoção de mudanças relacionadas a ideologia e a prestação de serviços psiquiátricos até então vigentes, na década de 1990 ganha espaço o processo que culminou, hoje, na mudança da assistência psiquiátrica brasileira. No entanto, o surgimento de novas formas de se promover a assistência psiquiátrica não permite falar no fim das instituições manicomiais, que existem até hoje; porém, fomentaram-se muitas propostas em prol da desospitalização, como a de ampliação da rede ambulatorial e o fortalecimento de iniciativas dos municípios e estados que possibilitem a criação de serviços intermediários aos de internação hospitalar e os ambulatoriais, dando prioridade aos serviços cujo caráter predominante é o da reabilitação psicossocial, tais como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). E tudo isso só vêm sendo possível com o concomitante nascimento de novas condutas e diferentes olhares sobre a loucura dentro dos espaços sociais (BRASIL, 2004a).

Em Novembro de 1991, a portaria 189 do Ministério da Saúde ofereceu um arcabouço normativo para a regulamentação da remuneração e do incentivo público aos

CAPS e aos NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial). Já em 1992, dividem-se, por meio da portaria 224 do Ministério da Saúde, os atendimentos hospitalares e ambulatoriais; sendo os CAPS e os NAPS abrangidos pelos serviços ambulatoriais. Estes serviços passam a ter sentido mais amplo, com atuação local/regionalizada, com estruturas específicas e financiamento diferenciado, além de oferecerem um cuidado ampliado, com a atuação não tão centrada no caráter biomédico, sintomatológico e hospitalocêntrico (BRASIL, 2004a).

Um pouco antes, em 1989, iniciou-se outro marco na história da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que só foi concluído no início dos anos 2000. Naquela ocasião, o deputado Paulo Delgado deu o primeiro passo para a tentativa de uma efetiva reforma de caráter nacional e enviou ao Congresso seu projeto de lei que propunha entre outros aspectos, a regulamentação dos direitos dos indivíduos com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios, com substitutos que atendessem as necessidades dos, até então, internos dessas instituições.

O projeto tramitou pelo Congresso por anos, sendo aprovado pela Câmara dos Deputados e sendo muito modificado pelo senado. Chegou à aprovação com um conteúdo muito amenizado, sob a Lei 10.216, datando 6 de Abril de 2001, ou seja, doze anos após sua proposta original. Esta lei afetou diretamente aqueles que buscam auxílio na rede pública, já que alterou substancialmente sua lógica de atendimento. A partir dela, entre outras diretrizes, ficou postulado: (1) a proibição de internações em instituições com características asilares; (2) a previsão de um melhor acesso aos tratamentos do sistema de saúde, conforme suas necessidades; e (3) o tratamento passa a ter como objetivo principal a reinserção social do paciente em seu meio (BRASIL, 2001).

Essa lei contribuiu para o surgimento de uma nova consciência, em que a sociedade, juntamente com o governo, assume a responsabilidade que lhe cabe para com os indivíduos com transtornos mentais, passando a serem vistos como cidadãos que precisam ser respeitados e reinseridos.

3.2.3- Os Resultados da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Nova Configuração da Rede de Saúde Mental no Brasil

Com o movimento da reforma psiquiátrica aconteceram grandes modificações na assistência psiquiátrica no Brasil. São criados novos serviços de saúde mental com a pretensão de se mudar a lógica manicomial e se trabalhar efetivamente para a reabilitação psicossocial. Esses novos serviços são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os ambulatórios de Saúde Mental, as ações de saúde mental na Atenção Básica, os serviços residenciais terapêuticos (SRT), os leitos em hospitais gerais, os ambulatórios e o Programa de Volta para Casa, bem como os centros de convivência e cultura. Tais serviços substitutivos inscrevem-se nas estratégias de uma política pública, dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Lobosque (2003, p.153) refere-se aos novos dispositivos assistenciais não como avanços da ciência, mas “como inovações da cultura que se inscrevem num outro registro.”

Segundo Pitta:

A um só tempo temos que “desinstitucionalizar” a assistência psiquiátrica ofertada por nossas instituições e também desenvolver uma tecnologia de cuidados que considere um compromisso ético de acolher e cuidar de pessoas culturalmente desinseridas, socialmente abominadas, transfigurando-as em sujeitos amorosos, passíveis de alguma inteligibilidade, de provocar simpatia, solidariedade, alianças terapêuticas (PITTA, 1996, p.12).

O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em São Paulo, em março de 1986, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como

unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2004b, s/n).

Atualmente os CAPS são os serviços estratégicos na organização da rede de serviços, de sua porta de entrada e de sua regulação, ou seja, são os articuladores da

rede de saúde mental. Os CAPS e os outros dispositivos substitutivos são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS:

Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2004a, s/n).

Segundo a definição do Ministério da Saúde, os CAPS têm como principais funções: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, de forma a evitar as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Assim, aos CAPS, cabem organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Esses são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (BRASIL, 2004b).

No que se refere ao atendimento clínico, os CAPS são os lugares de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Tem como objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004b).

Para ter essa idéia de cotidiano como algo que deve operar o cuidado que oferecemos nos CAPS, o cardápio de atividades e recursos terapêuticos deve ser variado e aberto. A vida cotidiana dos pacientes, o modo como desenham sua existência no serviço e fora dele devem ser a baliza para indicar o recurso a ser privilegiado (LEAL, 2001, p.8).

Existem vários tipos de CAPS: I, II e III, sendo os dois primeiros com funcionamento de 2^a. à 6^a. feira, das 8h-18h, diferenciando-se pela quantidade de

pacientes atendidos, a população pela qual é responsável e o número de integrantes da equipe. Já o CAPS III tem funcionamento diário e 24 horas, dispondo de leitos para acolhimento noturno. Há ainda os CAPS ad, direcionado à assistência a usuários de álcool e outras drogas; e os CAPS i, para cuidado de crianças e adolescentes. Bezerra (2004) nos fala da dupla natureza dos CAPS:

Eles são, ou devem ser, formuladores e ordenadores do sistema e das ações de saúde, ao mesmo tempo em que são os agentes de cuidado. Devem se preocupar com a estruturação do sistema, a integralidade das ações, a articulação de recursos na área, e, paralelamente, cumprir o mandato terapêutico que lhe cabe, voltar-se para a dinâmica subjetiva do sofrimento, compreender as especificidades dos processos de subjetivação e os conflitos subjetivos que fazem sofrer os que os procuram (BEZERRA, 2004, p.2).

Além dos CAPS, outras estratégias são lançadas na organização da rede de serviços, entre as quais estão: a criação de leitos em hospitais gerais, com o intuito de diminuir os leitos em hospitais psiquiátricos; a atuação da Estratégia de Saúde da Família e a proposta de matriciamento em saúde mental; a criação dos ambulatórios de saúde mental em Centros de Saúde e Policlínicas; a existência dos Centros de Convivências, dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e as Moradias Assistidas.

Todos estes serviços buscam constituir uma rede adequada às novas propostas de atendimentos e assistência aos pacientes com transtorno mental. A aprovação da lei 10.216 de 2001 (dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental) e a III Conferência Nacional de Saúde Mental contribuíram para o fortalecimento da reforma psiquiátrica no país, que a partir de então, ganhou mais sustentação e visibilidade.

3.3 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

3.3.1 – Formação de Profissionais de Saúde no Brasil

O conceito de profissão é uma produção humana que surgiu ao longo de um processo histórico-cultural e a partir de uma necessidade de especialização para o exercício de tarefas.

No mundo do trabalho, a formação profissional está hoje entre os grandes temas em discussão. Cada vez mais, as pessoas – clientes, beneficiários, pacientes - exigem do profissional um saber técnico-científico, que o identifique como profissional habilitado para prestação de serviços, com qualidade, visando a sua satisfação.

Atualmente, o ensino das ciências, entre elas a da Saúde, tem entendido a complexidade dos fenômenos que a cercam, e questionam cada vez mais a “a lógica da especialização e do conhecimento mediante a ‘desmontagem’ do objeto em suas partes” (FEUERWERKER, 2003, p.24). A formação de profissionais de saúde atualmente no Brasil traz desafios no que se refere à capacitação para o trabalho na perspectiva da atuação no SUS – Sistema Único de Saúde. Esses profissionais precisam de uma formação ampla, que contemple conceitos das ciências humanas além da formação clínica tradicional, para atuar nos dispositivos de saúde que são preconizados pelas políticas atuais.

L’Abbate (1999) acrescenta ainda que é preciso que os profissionais de saúde tenham entendimento para “compreender as formas de as pessoas adoecerem e os determinantes político-institucionais da organização do sistema de saúde brasileiro”(p.16), e que, em sua prática, levem em consideração a técnica, a ética e a política.

Acrescenta-se a essa discussão a afirmação de Ferraz (1989 apud ZÁRATE BANDA, 2004), quando afirma ser necessário, além de ter uma formação teórica bem definida através dos conteúdos programáticos dos currículos das instituições de ensino, incluir a perspectiva da reflexão sobre processo de trabalho vivenciado pelo sujeito. Esta autora esclarece que os profissionais formados precisam ser capazes de pensar, analisar experiências e se sentirem motivados a transformar a prática, como afirma Buhr (2002, p.58): “estimulando o aprendizado e a mudança nas ações, fazendo com que ocorra uma transformação das pessoas, na sua maneira de pensar, agir ou fazer”.

Machado (1995), citado por L'Abbate (1999), defende a idéia de que “trabalhadores de saúde são um bem público, uma utilidade pública”, uma vez que a maioria dos profissionais de saúde é empregado pelo SUS e, portanto, necessitam de estarem envolvidos em contínuos processos de capacitação, cada vez mais eficientes e inovadores. Esta formação para o trabalho no SUS é também um dever das instituições formadoras públicas: as universidades, que devem estar em associação com os serviços. Feuerwerker (2006) defende que as universidades devem formar profissionais com capacidade de:

(...) desenvolver competência no campo da tomada de decisões, que lhes permitam desenvolver trabalho visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Também devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada (...); aprender continuamente e, para tanto, necessitam aprender a aprender, além de responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios dos futuros profissionais (...); realizar o gerenciamento e administração da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e da informação, além de ser gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (...); desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação ao nível individual e coletivo; assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde (FEUERWERKER, 2003, p.25).

L'Abbate (1999) conclui sobre a relevância de cursos de capacitação profissional para trabalhadores da rede pública de saúde. Fala da necessidade de constantes adequações dos conteúdos e aprimoramento do processo ensino-aprendizagem. Ressalta também a necessidade de estabelecimento de parcerias entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, a fim de que os profissionais dos serviços possam aproveitar a formação recebida para a implementação de melhorias em sua prática, assim como estimulá-los à especialização. Por outro lado, Albuquerque et al (2008), falam das críticas dos serviços de saúde em relação a universidade e a parceira para ensino-serviço afirmando que muitas vezes, os objetivos acadêmicos são definidos sem considerar as necessidades reais e primordiais dos serviços de saúde. Apontam também a necessidade de supervisão dos estudantes, a qual parte do serviço, mas que na

realidade nem sempre ocorre. Muitas vezes os estudantes ficam solitários e sem a presença dos docentes no processo.

Há, portanto, uma crítica ambígua à formação de profissionais para o trabalho em serviços públicos de saúde. De um lado, existe uma grande diferença entre a lógica da gestão e da organização dos serviços de saúde, ainda centrados na questão da produtividade e de procedimentos técnico-operativos e; por outro lado, há a lógica da formação universitária, pautada em conhecimentos teóricos e metodológicos baseados na estrutura pedagógica que divide o conhecimento em núcleos específicos que nem sempre contemplam a prática dos serviços (ALBUQUERQUE et al, 2008).

3.3.2– Formação de Profissionais de Saúde Mental

O sucesso da prática em saúde mental pautada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica está intimamente ligado aos profissionais de saúde mental. Assim como a iniciativa de todo este processo, a sua concretização também depende da atuação desses profissionais, os quais devem inserir-se de maneira participativa. Para tanto, torna-se necessário uma contínua qualificação/formação destes profissionais.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, estabeleceu o rompimento da alienação e burocratização do trabalho através da abertura de um espaço onde o profissional possa realizar pesquisas, atualizações, intercâmbio e supervisão de equipe. Em relação às Universidades, esta Conferência propôs a obrigatoriedade dos estágios acadêmicos nas redes públicas e privadas de saúde mental (BRASIL, 1994). Já a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, ampliou a importância das Universidades nessas transformações da assistência em saúde mental, conforme trecho abaixo:

Formalizar e ampliar as parcerias com as instituições formadoras (instituições de ensino e outras), mediante contrato elaborado por comissão paritária (prefeitura municipais e instituições formadoras) que regulamente os estágios curriculares prevendo a realização de projetos de pesquisa e extensão, internato rural, especialização, residência, para todos os profissionais de áreas afins, a partir do eixo preconizado pela Reforma Psiquiátrica, possibilitando intervenções no campo da saúde, cultura, lazer, etc (BRASIL, 2002b, p. 79).

O relatório final da II Conferência (BRASIL, 1994) afirma ainda que é fundamental que as Universidades incluam a disciplina de saúde mental, nos moldes da Reforma Psiquiátrica, na grade curricular dos estabelecimentos de ensino superior. Estabelece também a criação de programas interdisciplinares e permanentes de formação em Saúde Mental, através da capacitação/educação permanente visando promover a qualificação e atualização dos profissionais através de cursos de pós-graduação, estágios, residências, integração docente-assistencial, etc.

Diante das transformações ocorridas no campo da saúde mental, faz-se necessárias contínuas mudanças na formação dos profissionais que atuarão nesta área, instrumentalizando-os para o desenvolvimento de práticas mais consoantes com os princípios da Reforma Psiquiátrica. A formação dos profissionais de saúde, inclusive o da área de saúde mental, deve ter como base a realidade social e de saúde do país, sendo necessário o envolvimento das diversas instâncias e transformações importantes no campo da educação, que assume um papel importante nesse processo de transformação.

Especificamente com relação à formação dos profissionais para atuarem nos CAPS, Nunes et al (2008), em estudo com estes profissionais, realizados em um CAPS em Salvador, Bahia, encontraram conflitos entre os profissionais destes serviços. O maior motivo desses conflitos são as diferentes posições relacionadas ao diagnóstico e objeto de cuidado em saúde mental. Estes autores apontam três grupos diferenciados de concepções para a atenção: (1) os que seguem o chamado “modelo biomédico humanizado”, com ênfase na psicopatologia e cuidado assistencial; (2) outros que se baseiam no “modelo psicossocial com ênfase na instituição”, que tem como concepção psicossocial do cuidado e do fazer institucional pouco orientado para as práticas territoriais e; (3) um terceiro grupo denominado “modelo psicossocial com ênfase no território”, que são mais influenciados por um modelo territorializado que valoriza os aspectos sociais do sofrimento. Além dessas diferenças, Nunes et al (2008) apontam também que as orientações institucionais e legais para a prática clínica não são muito seguidas. Insatisfações salariais, interesses pessoais, modificação de carga horária e retaliação de profissionais com relação a benefícios de distintas categorias profissionais são outros motivos de conflitos relatados pelos entrevistados. Mas, apesar desses problemas, este trabalho revela que, apesar de ser consenso as deficiências na atuação dos CAPS, é clara a defesa da proposta do modelo assistencial que pauta esse serviço substitutivo. Estes autores mostram ainda o reconhecimento dos profissionais entrevistados à melhoria da qualidade de vida dos usuários dos serviços. Assim, o que

percebemos que esse o trabalho nos serviços substitutivos, proposto pela reforma psiquiátrica, é o modelo que deve servir como base para a formação dos profissionais de saúde mental.

Em outra pesquisa realizada com profissionais de saúde mental de um CAPS da cidade de São Carlos – SP, os próprios trabalhadores reconhecem que a falta de formação dos profissionais para a atuação na perspectiva da atenção psicossocial causa dificuldades na prática clínica no dia-a-dia da instituição. Este trabalho reforça a necessidade de um aprimoramento dos profissionais e do serviço, tanto no que se refere ao aspecto clínico, quanto às questões psicossociais, no sentido de afinar as ações que vão de encontro aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica para os serviços substitutivos, ou seja, que o CAPS seja um serviço que promova aos pacientes/usuários a inclusão social (LEÃO e BARROS, 2008).

Assim, é necessário investir cada vez mais na formação dos profissionais de saúde mental, mais ainda os que estão nos CAPS, seja através de cursos de especialização, educação continuada, formação através da prática em serviços e de convênios entre universidade e instituições de saúde.

3.3.2.1 – Formação de Profissionais de Saúde Mental para o Trabalho em Equipe

Atualmente, pode-se considerar como praticamente impossível, que uma ou outra categoria profissional consiga desempenhar, com toda eficiência necessária, as ações de saúde entendida hoje como um conjunto amplo e complexo de acordo com o processo saúde/doença. Para que a prática em Saúde Mental se realize de acordo com as premissas da Reforma Psiquiátrica, faz-se necessário a participação ativa de uma equipe de profissionais de diferentes formações. O Ministério da Saúde no relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental propõe uma política de recursos humanos que implante o trabalho interdisciplinar e multiprofissional no campo da Saúde Mental em todos os níveis (BRASIL, 2002b).

No atual contexto da Saúde Mental, espera-se que os diversos aspectos da vida dos usuários dos serviços sejam contemplados, considerando a complexidade dos fatores envolvidos no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico. Partindo deste princípio, é de grande importância o diálogo entre profissionais com diferentes olhares.

É fato que uma proposta de trabalho multidisciplinar implica novos desafios aos profissionais envolvidos, suscitando novos posicionamentos, olhares e saberes. Se a

partir de todo trajeto da Reforma Psiquiátrica foi possível construir equipes interdisciplinares para o cuidado de pacientes graves, onde se somam esforços para construir uma assistência de qualidade, continua sendo importante que os profissionais incluídos nesse campo possam pensar e preservar as especificidades de sua clínica, mantendo assim as diferenças técnicas. Contudo, é importante marcar a importância da divisão de um trabalho mais flexível, oferecendo ao usuário uma assistência mais abrangente e a construção de um projeto terapêutico singular (GONÇALVES et al, 2011). O trabalho em equipe funciona como uma construção coletiva de um saber que não é sobre o paciente, mas que se constrói a partir do que ele indica. Na atenção à saúde mental, há um objetivo comum entre as profissões, que é a clínica do sujeito.

O trabalho de um membro da equipe deve ser partilhado e respeitado pelos demais. Necessita, acima de tudo, ser sustentado por um eixo ético, que é também teórico-clínico. Cada membro deve se sentir autorizado a tomar um caso em responsabilidade, sendo essa uma noção de autorização que seja contrária à da autoridade permissiva ou proibitiva. Logo, essas formas de parcerias de trabalho em uma instituição apontam para novas saídas nas intervenções clínicas. O caso clínico pode ser tomado por toda a equipe de forma a ajudar ao sujeito criar soluções inventivas e construir na instituição em que está inserido, um lugar próprio que o protege e localiza sua existência. (GONÇALVES et al, 2011)

Assim, para que os profissionais possam se inserir de maneira diferenciada e qualificada na equipe, há que se rediscutirem questões da formação acadêmica tradicional como formato de aulas, experiências oferecidas aos alunos, conteúdo trabalhado, entre outros. Assim, é essencial pensar sobre o trabalho em equipe na formação profissional desde a graduação.

(...) a proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes (PEDUZZI, 2001, p.103)

A existência de uma equipe multiprofissional nos CAPS favorece a abordagem dos pacientes em risco de suicídio. A presença e atuação dessa equipe têm auxiliado na redução do número de mortes por suicídio. “Isso ocorre resgatando o indivíduo à

sociedade e junto de sua família através do acompanhamento sistematizado dos profissionais vinculados às equipes de saúde mental” (HECK et al, 2012, p.28-29).

3.3.2.2– Formação de Profissionais de Saúde para Lidar com Tentativas de Suicídio

Em revisão de literatura realizada para esta dissertação, utilizando a combinação de descritores: “tentativa de suicídio”, “idoso” e “profissional de saúde mental”, não foram encontrados artigos publicados na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), em qualquer idioma. O mesmo ocorre com a substituição do termo “profissional de saúde mental” por “profissional de saúde”. Estes dados mostram a invisibilidade da discussão sobre as tentativas de suicídio em idosos e a formação e atuação do profissional de saúde mental.

Contudo, apenas três publicações foram encontradas em bases bibliográficas não indexadas, as quais voltam-se ao estudo da formação de profissionais de saúde na atenção de pacientes que tentaram de suicídio, mas não se referem a população de idosos e nem todas dizem respeito à prática de saúde mental.

O estudo de Moura et al (s/d) relacionado ao discurso de profissionais de CAPS que tiveram casos de suicídio no serviço em que trabalhavam, identificou sentimentos de impotência, perda, surpresa e culpa nos profissionais. Falaram ainda que a instituição necessitava de adequações na sua arquitetura e estrutura. Esse estudo concluiu que existe uma cobrança muito grande por parte dos profissionais com relação ao seu trabalho pessoal e ao trabalho da equipe multidisciplinar na prevenção do suicídio. Esses profissionais também apontam para a necessidade de justificar o ato cometido pelo paciente, apoiando-se principalmente na questão da presença de um transtorno mental, procurando, segundo esses autores, “encobrir seus sentimentos de impotência” diante desse ato. Tal fato aponta para a necessidade de discussão dos serviços de saúde mental sobre a atuação dos seus profissionais frente aos casos de tentativas de suicídio.

Entretanto, existe também a resistência dos profissionais no atendimento de uma pessoa que tentou suicídio, pois se ela quis morrer, não merece o atendimento. Machin (2009) acrescenta que o paciente que tentou suicídio sofre desprezo no cuidado em serviços de saúde, especialmente os de emergências, já que é uma demanda incompatível com a formação biomédica dos profissionais de saúde, uma vez que não se trata de uma doença propriamente dita, mas sim uma situação que foi intencionalmente provocada pela pessoa.

(...) o cuidado a um ato autoprovocado é questionado, já que não se trata de cuidar de uma vítima ou mesmo de lidar com um corpo doente. A intencionalidade manifesta por estes atos abala a noção de cuidado a um ser fragilizado. Nesses contextos, o cuidado é substituído, muitas vezes, pela negativa em cuidar, por imprimir sofrimento e dor ou mesmo punir os usuários (MARCHIN, 2009, p.1747).

Esse autor afirma ainda que o fato da pessoa tentar se machucar ou se matar intencionalmente vai contra a formação médica que, culturalmente, pressupõe que os pacientes que buscam atendimento são pessoas em situação de fragilidade, por terem adoecido ou sofrido um acidente.

A pesquisa desenvolvida por Pfützenreuter (2006) encontra resultados semelhantes. Neste trabalho o discurso de profissionais sobre os casos de pacientes em risco de suicídio volta-se mais para a responsabilidade profissional e da instituição à ocorrência do suicídio do que para o sofrimento e a saúde do sujeito com comportamento suicida. Um dos profissionais entrevistados nessa pesquisa revela sentir raiva dos pacientes que tentam tirar a própria vida, enquanto outros lutam para viver:

Já o trabalho de Heck et al (2012), realizado especificamente com profissionais de saúde mental que atuam em um CAPS da Região Sul do Brasil, mostra que os casos de tentativa de suicídio mobilizam e sensibilizam os profissionais do CAPS, incentivando a articulação dos profissionais deste serviço com os outros da rede de atenção.

Em geral, no acolhimento de pacientes em risco de suicídio, os estudos apontam ser preciso: (1) trabalhar a formação de profissionais para que eles entendam qualquer tipo de sofrimento como uma necessidade de cuidado em saúde; (2) contar com uma equipe multidisciplinar que trabalhe em conjunto nas ações de (re)integração de laços sociais; (3) existir uma rede de serviços de saúde, de assistência social e inclusão social e cultura no território, desenvolvendo ações conjuntas e complementares; e (4) entender a tentativa de suicídio como uma situação de emergência que necessita de atenção imediata (HECK et al, 2012; MACHIN, 2009; MOURA et al, s/d).

Dentre as estratégias do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde estão a educação continuada dos profissionais da saúde e a transmissão de informações essenciais para realização do manejo adequado para atendimento desses

casos por meio dos Manuais de Prevenção, como por exemplo a Portaria nº 1.876/GM, que determina a necessidade de:

promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (BRASIL, 2006).

É primordial, portanto, formar os profissionais para a atuação na lógica preconizada pelo Sistema Único de Saúde e pela Reforma Psiquiátrica Brasileira no que se refere à atenção integral, intersetorial, multidisciplinar e individualizada. Essa formação deveria iniciar-se ainda na graduação dos profissionais que atuarão na saúde, mas também devem ser oferecidas através da educação continuada dos serviços.

4 – PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

O objetivo mais perseguido pelo ser humano é o de conhecer a realidade, conhecer a verdade. Para tanto, ao longo de sua vida, utiliza vários mecanismos, entre os quais está a pesquisa científica (MARTINS, 1994).

O conhecimento científico é um processo desencadeado progressivamente, em função do devir a ser, e que emerge da coexistência ou da relação entre teoria e prática, sendo que a prática é o fundamento da teoria (BARROS, 1995).

Pesquisa científica é, portanto, a “realização concreta de uma investigação planejada, desenvolvida e redigida de acordo com as normas da metodologia consagrada pela ciência” (RUIZ, 1982, p. 48). Contudo, para se desenvolver uma pesquisa científica, é preciso seguir um conjunto de passos básicos, o qual é denominado método.

O caminho metodológico que se estabelece para a condução de uma pesquisa é o que se enquadra melhor diante dos objetivos que se pretende alcançar. Para isso, é necessária a utilização de instrumentos que atendam de forma mais completa a exigência do estudo. Segundo Minayo (2010a, p. 4), a ‘metodologia’ é assim definida:

o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade)

Nessa pesquisa empregou-se a metodologia qualitativa, numa abordagem descritivo-analítica. Esta abordagem possibilita o estudo de objetos onde “o universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade” (MINAYO, 2010a, p.21).

4.1 – CAMPO DE ESTUDO

A cidade do Rio de Janeiro possui 14 CAPS que atendem adultos, sendo 12 do tipo II e 2 do tipo III, divididos em 9 APs (áreas programáticas). Neste estudo trabalhamos com os CAPS II, pois estes serviços são em maior número na rede do Rio

de Janeiro e existem há mais tempo que os CAPS III, que são recentes, em funcionamento há 2 anos na época da realização da pesquisa.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foi realizada uma busca sobre os CAPS II e a sua distribuição pelas APs, através dos dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – SMSDC/RJ na internet, no site <http://saudementalrj.blogspot.com/>. Organizada a listagem dos CAPS da cidade do Rio de Janeiro segundo as áreas programáticas (A.P.), o CAPS com mais tempo de funcionamento de cada A.P. foi selecionado, totalizando 8 serviços. Uma das APs não tem CAPS II.

Após essa seleção, foi feito o contato com a Coordenação de Saúde Mental da SMSDC – RJ para apresentação do projeto e aceite formal para a realização da pesquisa nos CAPS selecionados. Como decisão da Coordenação de Saúde Mental, todos os 8 CAPS foram contatados e consultados sobre o aceite do serviço em participar da pesquisa, assim como da existência de atendimento de casos de tentativa de suicídio em idosos. Após esse contato, apenas três dos oito CAPS selecionados aceitaram participar. A maior justificativa para esta recusa foi a inexistência de atendimento a pacientes idosos que tentaram suicídio.

Todos os três CAPS participantes localizam-se na Zona Norte da cidade. Dois deles funcionam desde 1997 e um desde o ano 2000. Um deles compartilha o mesmo terreno de outro serviço de saúde, no caso a unidade de atenção básica. Os outros funcionam separadamente, em casas.

Os três CAPS têm uma direção e uma coordenação técnica própria, sendo que a coordenação técnica costuma também participar da equipe enquanto técnico, realizando todos os procedimentos clínicos, como atendimentos, grupos e recepção. Esses serviços têm reuniões de equipe semanais, nas quais os profissionais devem participar para discussão de casos, determinação de diretrizes clínicas e supervisão, realizadas por profissionais externos.

4.2 – SUJEITOS

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais de nível superior que trabalham nos CAPS da cidade do Rio de Janeiro. Os profissionais entrevistados foram selecionados pelos seguintes critérios:

Inclusão:

- disponibilidade;
- tempo de serviço, no mínimo de 6 meses;
- ser profissional de saúde de nível superior;
- ser profissional contratado pelo CAPS

Exclusão:

- recusa em participar da entrevista;
- ser estagiário

Inicialmente, a intenção era entrevistar, em cada CAPS, um profissional de nível superior de cada uma das seguintes categorias: assistente social, enfermeiro, musicoterapeuta, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional. A previsão original era de realizar dezoito entrevistas. Contudo, no contato com os CAPS, verificou-se que dois dos três CAPS não tinham enfermeiros contratados ou que trabalhavam no serviço há pelo menos 6 meses, não atendendo aos critérios de inclusão; e no outro CAPS não tinha musicoterapeuta.

Assim, naquele momento foi prevista a realização de quinze entrevistas. Em dois dos serviços foram realizadas as cinco entrevistas previstas, mas em um dos CAPS foram realizadas apenas três por impossibilidade de agendamento das entrevistas restantes dentro do prazo da pesquisa, apesar de inúmeras tentativas.

Desta forma, as entrevistas foram em número de treze nos três CAPS acordados com a Coordenação de Saúde Mental. Os profissionais entrevistados, foram: 3 assistentes sociais, 3 psicólogas, 2 psiquiatras, 2 musicoterapeutas e 3 terapeutas ocupacionais. A maioria é do sexo feminino, e somente 2 do sexo masculino. O tempo de trabalho na instituição variou entre 10 meses e 10 anos, sendo que a maioria trabalhava no CAPS entre 1 e 3 anos, conforme o quadro 1:

Quadro 1: Perfil dos profissionais dos CAPS entrevistados

CAPS	Sexo	Profissão	Tempo no Serviço
CAPS a	F	Assistente social	10 meses
	F	Psicólogo	3 anos
	F	Terapeuta Ocupacional	1 ano
CAPS b	F	Assistente social	3,5 anos
	F	Musicoterapeuta	2 anos
	F	Psicólogo	6 anos
	F	Psiquiatra	1,5 ano
	F	Terapeuta Ocupacional	1 ano
CAPS c	F	Assistente social	5 anos
	M	Musicoterapeuta	1 ano
	M	Psiquiatra	3 anos
	F	Psicólogo	6 anos
	F	Terapeuta Ocupacional	10 anos

4.3- INSTRUMENTO

O instrumento utilizado foi entrevista a semi-estruturada, de modo que os entrevistados pudessem falar sobre o tema de maneira mais livre, sem se prender às questões formuladas (MINAYO, 2010a). As entrevistas foram feitas individualmente e todos os procedimentos para se garantir o anonimato do entrevistado foram tomados. Foram realizadas nos próprios CAPS, com uma duração média de 20 minutos, o que foi considerado pouco, apesar da insistência da pesquisadora para o maior desenvolvimento das perguntas realizadas. A dificuldade para a abordagem do tema e a realização da entrevista no horário do trabalho foram os maiores obstáculos para a limitada abordagem do tema de estudo. A entrevista seguiu um roteiro (anexo 1), que abordou os seguintes aspectos: relação entre tentativa de suicídio e violência, existência de atendimento no CAPS de casos de tentativas de suicídio em idosos, inserção no CAPS desses casos ou encaminhamento a outros serviços, projeto terapêutico desenvolvido com esses pacientes e facilidades e dificuldades no atendimento dos casos de tentativa de suicídio em idosos. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas pela própria pesquisadora, mantendo “hesitações, risos, silêncios, bem como estímulos dos entrevistados” (BARDIN, 2011, p.93).

4.4 – ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram analisadas segundo os princípios da análise de conteúdo, modalidade temática, que é definida por Bardin (2011) como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p.42).

A abordagem da análise de conteúdo tem por finalidade, a partir de um conjunto de técnicas parciais, mas complementares, explicitar e sistematizar o conteúdo da mensagem e o significado desse conteúdo, por meio de deduções lógicas e justificadas, tendo como referência sua origem (quem emitiu) e o contexto da mensagem ou efeitos dessa mensagem. O objetivo dessa técnica é assinalar e classificar de maneira objetiva e exaustiva todas as unidades de registro existentes no texto, obtendo indicadores úteis ao objetivo da pesquisa (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo está fundamentada em princípios filosóficos e teóricos que permeiam a estrutura de pensamento do pesquisador. Ela permite que o pesquisador escolha entre uma gama de métodos, técnicas e operações, a condição que para que suas idéias sejam claramente definidas.

O pesquisador, ao utilizar os métodos escolhidos por ele na análise de conteúdo, deverá fundamentar suas ações, justificando sempre a organização do trabalho, assim como a confiabilidade e validade de seus instrumentos.

O processo de análise de conteúdo se inicia pela totalidade do material, a partir do qual se faz uma classificação ou recenseamento, identificando a frequência ou ausência de itens. Essa categorização é necessária para introduzir uma ordem. Assim, foram percorridos os seguintes passos para a análise das entrevistas:

- **Organização do material**, de modo a facilitar a realização das etapas posteriores;
- **Leitura flutuante**, por meio do qual o pesquisador, num trabalho gradual de apropriação do texto, estabelece várias idas e vindas, entre o documento analisado e suas próprias anotações, até emergir contornos de suas primeiras unidades de registro. Estas unidades de registro formam uma locução e são definidos passos que ajudarão o

pesquisador na busca de informações contidas no texto. A partir desse procedimento podem surgir intuições e hipóteses;

- **Definição das unidades de registro:** podem ser palavras, conjunto de palavras, pronomes, locuções verbais, locução adverbiais ou temas;
- **Definição e delimitação do tema:** o tema, segundo Bardin (2011), é “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia a leitura” (p.135). Essa autora, citando d’Unrug (1976) coloca que

O tema pode ser evocado por uma única afirmação ou desenvolvimento em uma passagem de texto inteira; ele pode aparecer em forma de uma alusão em um detalhe (a escolha de uma palavra ou mesmo uma forma gramatical) ou estar presente, difuso, dentro de uma passagem (D’UNRUG apud BARDIN, 2011, p.135).

- **Definição de categorias:** é uma etapa muito importante, pois a qualidade de uma análise de conteúdo depende de suas categorias. Para categorizar, segundo Bardin (2011):

torna-se necessário recorrer a teorias (quer do senso comum, como experiências pessoais, quer decorrentes de um saber – psicológico ou outros) mais elaborados. Ora, essa interpretação deve ser controlada, ou seja, consciente (formulação de hipóteses implícitas, regras de pertinência entre projeção teórica e conteúdo do texto, explicitação dos indicadores que permitem a inferência) (p. 68).

A categorização gera classes que reúnem um grupo de elementos de uma unidade de registro. As classes são batizadas a partir da correspondência entre a significação, a lógica do senso comum e a orientação teórica do pesquisador. Os critérios para categorização podem ser semânticos, sintáticos, léxicos ou expressivos. O sistema de categorização é composto por um reagrupamento progressivo de unidades de registros cuja amplitude causa uma forte generalidade até uma generalidade fraca (BARDIN, 2011). Essa autora afirma ainda que uma boa categoria deve suscitar a exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade, a fidelidade e a produtividade. E explica:

Em primeiro lugar, é preciso “ler”. Mas não basta ler e compreender “normalmente”. É possível usar perguntas como auxílio: “O que está dizendo esta pessoa realmente? Como isso é dito? Que poderia ela ter dito de diferente? O que ela não diz? Que diz sem dizer? Como as palavras, as frases, as sequências se encadeiam entre si? Qual é a lógica discursiva do conjunto? Será que posso resumir a temática de base a lógica interna específica da entrevista? etc.” [...]

A leitura é ‘sintagmática’ (segue o encadeamento, único e realizado numa entrevista, de um pensamento que se manifesta por uma sucessão de palavras, frases e sequências) e, ao mesmo tempo, ‘paradigmática’ (tem em mente o universo dos possíveis: isto não foi dito, mas poderia tê-lo sido, ou foi efetivamente dito noutra entrevista). (p. 98)

4.5 - ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente, atendendo as exigências éticas da pesquisa o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP - CEP/ENSP, pelo parecer no.13882 (anexo 2).

Após a aprovação no CEP/ENSP, o projeto foi apresentado à Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da cidade do Rio de Janeiro – SMSDC/RJ, que aprovou o projeto e autorizou a participação dos CAPS na pesquisa. O projeto então foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da SMSDC/RJ e aprovado (Parecer no. 111A/2012, anexo 3). É preciso ressaltar a grande demora para a aprovação do projeto pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Foram inúmeras dificuldades burocráticas apontadas pelo CEP desta Secretaria para registro do projeto. Desde a aprovação do projeto pelo CEP/ENSP, passaram-se 4 meses até que o projeto foi avaliado e aprovado pelo CEP da Secretaria, viabilizando a entrada no campo. Tal fato reduziu muito o tempo do trabalho de campo e análise das entrevistas.

Todos os profissionais que participaram da pesquisa assinaram o Termo Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, em duas vias, sendo uma para o pesquisador e a outra para o entrevistado (anexo 4); conforme preconizado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normaliza as pesquisas com seres humanos.

As entrevistas foram gravadas mediante a autorização dos participantes, que foram informados que poderiam a qualquer momento retirar seu consentimento da pesquisa.

Esta pesquisa apresentou riscos mínimos para os sujeitos, pois foram utilizados recursos para preservar o anonimato dos entrevistados, como a não citação dos nomes dos entrevistados e nem em que CAPS desenvolvem suas atividades profissionais. Em caso de constrangimento por qualquer questão ou desconforto ao entrevistado foi explicado que ele teria direito a se abster da entrevista, sem nenhum prejuízo para si. Além disso, a disponibilização dos contatos dos pesquisadores envolvidos visou garantir que, a qualquer momento, os participantes poderiam entrar em contato com a equipe para questionar algum ponto da pesquisa, ou solicitar algum outro esclarecimento.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados nos seguintes tópicos: (1) relação entre tentativa de suicídio e violência, (2) atendimento à tentativa de suicídio em idosos nos CAPS pesquisados; e (3) facilidades e dificuldades para os profissionais de saúde mental no atendimento.

Primeiramente, é necessário ressaltar que ao iniciar as entrevistas houve muita dificuldade dos entrevistados em responder às questões. Alguns profissionais pediram para desligar o gravador para refletir sobre o assunto, e muitos falaram da dificuldade em se manifestar acerca de uma experiência pela qual ainda não tinham passado: *“Olha, eu não, eu não consigo assim, falar antes porque depende do caso...”* (psicólogo). O desconhecimento do assunto fica evidente na seguinte fala:

“(...) eu nem sabia que idoso se suicidava...” (assistente social).

Nota-se nesse contexto, sobretudo, um silêncio no que se refere à discussão de condutas dos profissionais em casos de tentativas de suicídios em idosos, aspecto que será abordado nos itens que se seguem.

5.1 - RELAÇÃO ENTRE TENTATIVA DE SUICÍDIO E VIOLÊNCIA

No que diz respeito à **relação entre tentativa de suicídio e violência**, a maioria dos entrevistados demorou em manifestar-se e demonstrou certa insegurança em suas colocações. Somente dois profissionais estabeleceram uma **relação conceitual** e se posicionaram de forma mais imediata, conforme relato abaixo:

“Ah sim, eu acho que seja uma violência contra si...” (psicólogo)

“Eu acho que qualquer atentado contra a própria vida é uma forma de violência. [...] O ato em si do suicídio é um ato violento” (assistente social).

A maioria dos entrevistados estabelece uma **relação de causalidade entre tentativa de suicídio e violência**, isto é, a tentativa de suicídio como consequência de violência sofrida. Esta relação, muitas vezes, não ocorreu logo quando a pergunta foi feita, mas ao longo da entrevista, revelando a dificuldade em reconhecer a tentativa de

suicídio como um ato violento, conforme relato: “[...] *como uma intercorrência da violência... Nesse caso, violência pode ser doméstica, sexual, psicológica...*” (psiquiatra). Nesta perspectiva, a tentativa de suicídio seria o efeito de uma violência que o idoso teria sofrido.

Coadunando com este achado, dados recentes, de 2012, apontam que um dos fatores associados ao suicídio em idosos são os abusos físicos e verbais, assim como problemas nas relações familiares, presentes em 13,4% dos casos (MINAYO, BASTOS & CAVALCANTI, 2012).

Já outros profissionais **vincularam a tentativa de suicídio a uma manifestação patológica**, principalmente a depressão:

“[...] *a tentativa geralmente é resultado de uma depressão que não foi cuidada, que não foi tratada, e que culmina na tentativa [...]*” (psiquiatra).

A associação de suicídio como manifestação de uma patologia, no caso, a depressão, parece ser reflexo da formação que é oferecida aos profissionais de saúde, que tem como substrato questões biomédicas. Numa revisão bibliográfica feita por Minayo (2010b) também foi verificada a relação que os profissionais fazem entre patologia e tentativa de suicídio. Nesta revisão entre 71% e 95% dos idosos que cometeram suicídio, tinham diagnóstico de algum transtorno mental, especialmente os transtornos de humor, depressão, dependência química e psicose.

No entanto, numa abordagem mais abrangente, Durkheim (2000), em seus estudos sobre suicídio, afirmou que para tentar explicar esse ato extremo precisa-se analisar não somente o que aconteceu com o indivíduo, mas também a sociedade em que ele vive. Figueiredo et al (2012) complementam que, além do fator social, é preciso também considerar o subjetivo, compreendendo o ato suicida como “uma decisão pessoal carregada de significação social” (p.1995).

Segundo Minayo, Figueiredo e Cavalcanti (2012), diversos fatores podem estar associados a tentativa de suicídio e ao suicídio consumado em idosos, e citam os principais: “*sobrecarga financeira; abusos e desqualificações; morte e adoecimento de parentes; deficiências, doenças físicas e transtornos mentais; isolamento social e traços depressivos, ideações, tentativas e suicídio na família*”(p.32). É importante ressaltar que esses fatores podem se intercambiarem, ou seja, vários atuam concomitantemente na decisão de tirar a própria vida.

Minayo (2005) afirma que:

Investigadores e médicos cada vez mais trabalham também com as tentativas de suicídio, considerando sua relevância para a saúde, pois é sabido que existem relações importantes, embora não determinantes, entre idéias (ideações), tentativas e ato fatal (MINAYO, 2005, p.220).

Figueiredo et al (2012), complementando a afirmativa de Minayo, ressaltam que “existem relações importantes entre ideação suicida, tentativa e o ato final” e que culturalmente adultos e jovens não costumam acreditar nos idosos que dizem que vão tirar a própria vida, fato compatível como o senso comum de que “quem vai se matar não avisa”. Neste trabalho os familiares de idosos que se suicidaram mostram sentimentos de culpa por terem minimizado ou ignorado tentativas anteriores mal-sucedidas ou sinais de alerta.

Os fatores sociais relacionados às tentativas de suicídio em idosos são diversos, entre eles estão: a perda de uma pessoa próxima (como cônjuge, por exemplo), a ocorrência de uma doença terminal ou que cause muitas dores, o medo de viver por muito tempo sem dignidade, os problemas financeiros, o medo de trazer problemas financeiros e emocionais para a família, isolamento social, mudança/perda de papéis sociais, dependência física ou psicológica, dificuldades de relacionamento (MINAYO, 2010b). Berzins e Watanabe (2012) questionam em seu trabalho se o suicídio em pessoas idosas não seria “um ato que objetiva publicizar o desespero das vidas que perderam seu significado social ou existencial” (p. 1959).

E, por último, alguns dos profissionais **não conseguiram estabelecer qualquer relação entre as tentativas de suicídio e violência:**

“Não, não, assim, pelo menos na minha experiência não vejo nada relacionado” (psicóloga).

Como já colocado anteriormente, existe uma invisibilidade no que diz respeito à tentativa de suicídio em idosos que se reflete na formação dos profissionais de saúde no sentido do manejo terapêutico. Essa invisibilidade é detectada inclusive pela escassez de artigos publicados sobre o assunto nas bases bibliográficas.

Desse modo, embora a relação entre tentativa de suicídio e violência já esteja fazendo parte dos estudos acadêmicos, sua visibilidade ainda não é suficiente para que

os profissionais de saúde entrevistados possam discorrer sobre esse tema com mais fluência.

O Ministério da Saúde, já em 2004, visando o aprimoramento da formação dos profissionais de saúde, apresenta algumas propostas, relacionadas à participação das instituições de ensino como: valorização do conhecimento produzido de interesse local e o trabalho em território; abertura de novos cursos superiores na área da saúde, incluindo novas profissões; estabelecimento de políticas para especialização em serviço, criando modalidades de especialização em serviço para outras profissões da saúde; ampliação e diversificação nos programas de pós-graduação lato sensu; financiamento de bolsas e de investigação em linhas de interesse do SUS; propiciar a integração dos Hospitais Universitários ao Sistema Único de Saúde, com inovação nas práticas de atenção (FEUERWERKER, 2004). No entanto, o que se observa é que ainda há uma lacuna entre o conhecimento teórico e a prática. Existe ainda uma necessidade em se pensar nessa articulação entre os serviços e a formação profissional na área da saúde no que se refere a capacitação para lidar com situações de violência, incluindo o suicídio. Sobre isso, Souza et al (2008a), buscou analisar a formação de profissionais de saúde de duas categorias (medicina e enfermagem) no que se refere a abordagem do tema violência. Os resultados mostram que o tema da violência aparece em apenas 23% das disciplinas de medicina e em 16% de enfermagem. Percebe-se também que, principalmente na área médica, esse tema é tratado através de uma visão biomédica, relacionada ao trauma físico, embora na enfermagem já comece a ser abordado pelo foco psicossocial. Com relação a especificidade do suicídio e das tentativas de suicídio, não encontramos material sobre o assunto, o que corrobora com a urgência da implantação dessa discussão na formação profissional.

5.2 - ATENDIMENTO A CASOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO EM IDOSOS

No tocante a categoria **atendimento a casos de tentativa de suicídio de idosos**, os seguintes pontos são abordados: a existência de casos de tentativa de suicídio de idosos atendidos nos CAPS e o atendimento desses idosos, ressaltando-se o acolhimento inicial e projeto terapêutico desenvolvido com eles.

Em relação à **existência de casos de tentativa de suicídio de idosos atendidos no CAPS**, iniciamos perguntando aos entrevistados se já haviam atendido no CAPS

idosos que tentaram suicídio. Tal como na categoria relação entre tentativa de suicídio e violência, houve uma demora da maioria dos entrevistados em responder a questão, o que demonstra que não é comum a procura dos CAPS como local de recepção desses casos. Alguns profissionais ainda mencionaram o atendimento de caso de suicídio, mas não com idoso.

“Não (...) Não, idoso nunca atendi, a gente já atendeu outras idades, eu lembro de pessoas de outras idades, mas acima de 60 não tem, nunca atendi. E nunca nem ouvi falar” (psicóloga).

Dos treze profissionais entrevistados, apenas dois haviam atendido idosos que tentaram suicídio, conforme relato abaixo:

“Sim, a gente atualmente tem até um caso em pauta,[...] que já tentou várias vezes suicídio [...]”(assistente social).

Esses dois profissionais trabalhavam no mesmo CAPS. Interessante assinalar que os outros profissionais do mesmo CAPS não se referiram ao caso de tentativa de suicídio mencionado por estes 2 profissionais. Esse fato pode apontar para a fragilidade do trabalho em equipe deste serviço, pois nesses casos a intervenção multiprofissional seria a mais adequada e pertinente. Podemos também deduzir que não houve uma discussão em equipe sobre a tentativa de suicídio dos idosos citados por esses dois profissionais. Tal fato corrobora para um dos pressupostos desta pesquisa, que acredita que falar de suicídio de idosos ainda é um tabu, mesmo para profissionais de saúde mental.

Outra possibilidade para esse achado é o fato dos idosos não mencionarem as tentativas de suicídio para os profissionais que os atendem, ficando sob a família tal responsabilidade.

Outra questão abordada com os entrevistados refere-se ao **atendimento do idoso que tentou suicídio**. Ao serem interrogados sobre a inserção deste idoso no CAPS ou encaminhamento para outros serviços, os dois profissionais que afirmaram já terem atendido esses casos, relataram que os idosos já faziam tratamento no CAPS, o que remete à necessidade de serem desenvolvidas ações preventivas nesse sentido. Um

desses profissionais ressaltou também importância da rede de serviços de saúde ser articulada com os CAPS, havendo necessidade de desenvolverem ações conjuntas:

“[...]infelizmente, a falta de recursos, de retaguarda, de locais de atendimento pra idoso não facilita essa interface, então a gente fica muito sem estrutura de trabalho, então assim acho que esse diferencia; seria se a gente pudesse criar espaços, dentro e fora do CAPS para atendimento a pessoa idosa...” (assistente social).

Esses dois profissionais informam que a inserção do idoso com relato de tentativa de suicídio para tratamento no CAPS depende do seu perfil e explicam como se dá esse processo. O principal aspecto para definição do perfil do idoso seria a adequação da demanda às modalidades de atendimento oferecidas pelo serviço, o que só pode ser definido após um período de acolhimento do idoso pela equipe de saúde mental. Caso seja constatada a inadequação do atendimento do idoso pelo CAPS, ele será encaminhado para ambulatórios e serviços da atenção básica, como a Estratégia de Saúde da Família:

“Se a gente identifica que é um caso que precisa ser cuidado no CAPS normalmente ele vai ser inserido por prontuário” (musicoterapeuta).

“Olha, eu primeiro acolheria no CAPS e deixaria um período até passar essa fase desse humor, e aí depois eu encaminharia, talvez a gente fosse, quando a pessoa melhorasse não seria muito aqui o lugar dela, então eu encaminharia pro ambulatório mais próximo, pra estratégia de saúde da família [...]”(psiquiatra).

Ainda em relação ao **atendimento nos CAPS**, os profissionais informaram que um mesmo paciente pode participar de diferentes modalidades de atenção terapêutica, de acordo com a avaliação feita pela equipe de saúde mental, dando ênfase ao atendimento multidisciplinar e em diversas modalidades concomitantemente:

“[...] ela participa de um grupo e está fazendo medicação antidepressiva e está acompanhando, então essa pessoa tem períodos de melhora [...], mas tem períodos de muita depressão, tentativas, já comprou chumbinho e tal [...] Ela participa de oficinas,

ela participa do grupo de mulheres e agora ela vai fazer um atendimento individual, porque nesse momento ela não está bem.” (psiquiatra).

Os outros profissionais entrevistados, embora não tivessem atendido casos de tentativa de suicídio de idosos, manifestaram-se de forma semelhante aos dois profissionais já mencionados, ressaltando a importância do acolhimento inicial para avaliação do caso considerando o perfil do idoso; do encaminhamento para outros serviços da rede de atenção à saúde caso seja necessário; da co-participação do paciente na construção do seu projeto terapêutico, assim como da inserção da rede de atenção integral, o que pode ser observado nos relatos abaixo:

“Vai depender muito da demanda da pessoa. A gente não chega pra pessoa e fala, a gente constrói com essa pessoa é... de acordo com o que ela faz, o que ela gosta de fazer, aí a gente mostra pra ela as possibilidades dos CAPS e faz junto o projeto terapêutico” (psicólogo).

“A gente iria avaliar, até a questão do perfil pra ver se realmente seria perfil pro CAPS ou não, se envolve algum tipo de transtorno mental grave ou não, e aí dependendo da situação, se a gente não apóia aqui no CAPS ou a gente faz o encaminhamento pra rede, então a gente faz um encaminhamento” (assistente social).

Um dado que diferenciou a resposta dos profissionais que já atenderam esses idosos no CAPS daqueles que não atenderam foi a importância de se avaliar o contexto sócio-cultural e familiar do idoso, mencionado pelo último grupo:

“A princípio eu ofereceria todos os recursos que o CAPS tem enquanto saúde mental, até pra avaliar melhor o caso, entender [...] o contexto da família, entender o contexto do lugar onde essa pessoa mora e as condições, psicossociais, psíquicas, do sofrimento psíquico, depois dessa avaliação é que a gente vai pensar nas possíveis intervenções(...)” (psicólogo).

Outro aspecto que integra o perfil do idoso e que determina seu atendimento no CAPS e que foi comum nas respostas tanto dos profissionais que atendem casos de tentativa de suicídio, quanto dos que não atendem, foi a presença de um transtorno

mental e da gravidade das questões sociais que envolvem a vida cotidiana do idoso, e que poderiam ser minimizadas pela existência de uma rede social de apoio satisfatória:

“O critério que eu uso [...] é um paciente que é grave, é um paciente que tem uma autonomia prejudicada, que tem uma rede social prejudicada, que não consegue construir essa rede de vida social para estar vivendo na sociedade de maneira saudável, construir vínculo [...] seria nessa mesma lógica de entendimento, [...] até que ponto ele precisa de um serviço que promova esse tipo de contexto, ou se ele tem tudo isso e precisa só de um acompanhamento ambulatorial” (psicólogo).

A preocupação dos profissionais com a rede social, no sentido de contemplar a demanda, pode ser observada nas colocações de Souza et al (2008b) ao conceituarem rede social, citando Sluski (1997), como “tudo aquilo com que o sujeito interage, tudo que faz parte da rede relacional do indivíduo” (p.1154). Nesse sentido, a família e a comunidade (amigos e vizinhos), enquanto “rede informal” são reconhecidas como espaços naturais de proteção e inclusão social onde as pessoas tem “companhia, a possibilidade de compartilhar confidências, prover serviços ou auxílio em atividades cotidianas” (ERBOAT, 2002; DOMINGOS, 2000 apud SOUZA et al, 2008).

Anda segundo Souza et al (2008b), as redes sociais podem ser classificadas como:

a) formais - políticas públicas direcionadas à população idosa em geral, agregando serviços de atenção à saúde, instituições jurídicas de garantia dos direitos, órgãos da previdência social, dentre outros e b) informais - relações marcadas pela “espontaneidade e reciprocidade” (LEMOS e MEDEIROS, 2008) que auxiliam o idoso a manter os vínculos e proporcionam bem-estar. Considera-se como rede informal a família, a comunidade, os amigos e os vizinhos. Todas essas relações que ocorrem na vida social do idoso contribuem para a proteção e o apoio na garantia dos direitos previstos por lei (SOUZA et al, 2008b, p.1154)

Desse modo, compreende-se que os profissionais entrevistados, ao mencionarem a importância da rede social, parecem alertar para o fato de que pessoas com redes sociais precárias apresentam maiores riscos de adoecimento, tanto físico como psíquico. Nesse caso os próprios CAPS como serviços que integram a rede social formal e que se configuram como serviço de atenção integral devem acolher essa

clientela e trabalhar para a (re)construção desses vínculos, promovendo a (re)inserção social dos usuários e melhora de sua qualidade de vida.

Com relação a **possíveis encaminhamentos dos idosos para outros serviços**, os profissionais relataram que os idosos que fossem atendidos por eles, de acordo com o caso, seriam encaminhados para os seguintes serviços: ambulatório, clínica da família, academia carioca, vila olímpica, grupos de convivência para idosos e outros projetos que existem na comunidade.

“É, dependendo do caso, se não fosse muito grave, a gente encaminharia pro ambulatório, e dando um suporte, todo o suporte pra ser atendido, e ver os projetos que tem na área da comunidade, porque têm centros de convivência, tem, assim, dependendo do caso, vamos supor que seja abandono, a gente teria que ‘tá’ vendo essa família, pra ver se vai encaminhar mesmo, pro ambulatório mais próximo da residência. E aqui na área a gente tem vários centros de convivência, tem a Vila Olímpica que pode ‘tá’ inserindo em atividades, pode ir dando esse suporte pra pessoa” (terapeuta ocupacional).

No entanto, quase todos os profissionais ressaltaram dificuldades de se realizar encaminhamentos para os serviços de saúde, pois desconhecem a existência de instituições especializadas no tema suicídio e tentativa de suicídio em idosos:

“Eu não conheço, especificamente pra suicídio eu não conheço, [...]eu não sei na rede quem trabalha especificamente com tentativa de suicídio em idoso. É algo que a gente deveria, eu estaria procurando. Se alguém viesse estaria sendo acolhido no serviço e eu estaria na rede procurando pra onde poderia ser encaminhada essa pessoa...[...]Dentro da própria equipe, primeiro, estaria procurando alguém pra ver se alguém sabe pra onde a gente poderia estar.. procuraria na CAP (Coordenação de Área Programática), normalmente a gente liga pra CAP pergunta [...]”(musicoterapeuta).

A colocação da entrevistada em relação a profissionais que trabalhem *“especificamente com tentativa de suicídio em idosos”* é prevista na Portaria no. 1.876 de 2006, que institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, e que afirma em seu artigo II ser preciso *“organizar linha de cuidados integrais (promoção,*

prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas” (BRASIL 2006).

Contudo, os textos publicados após a instituição dessas Diretrizes - os dois Manuais de Prevenção de Suicídio, um para profissionais das equipes de Saúde Mental (BRASIL, 2006a) e outro para profissionais da Atenção Básica (BRASIL, 2006b), assim como as publicações anteriores da OMS (Manuais para Prevenção de Suicídio voltados para: 1- agentes prisionais; 2- profissionais de atenção básica; 3- médicos clínicos gerais; 4- profissionais da imprensa; 5- professores e educadores; 6- para iniciar um grupo de sobreviventes, do ano 2000; e 7 – para profissionais de aconselhamento e 8 – no ambiente de trabalho, de 2006) - não instituem a criação de um equipamento de saúde para atendimento de pessoas que tentam suicídio. Assim, o que se tem é uma política que preconiza que esses casos devem ser atendidos pelos diversos serviços já existentes na rede de saúde, em parcerias com outros órgãos de outras esferas públicas, como educação, esporte e lazer, cultura.

Observa-se que tanto os profissionais que atendem os pacientes com tentativa de suicídio como aqueles que não atendem, conseguem fazer uma descrição teórica de como seria um atendimento ideal, incluindo o projeto terapêutico. Essa descrição é compatível com o que é preconizado nos documentos oficiais, entre os quais a Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002, que institui os CAPS como serviços de portas abertas que devem acolher inicialmente toda demanda que chegue (BRASIL, 2002a). Essa portaria também afirma que, em saúde mental, cada paciente deve ser atendido e avaliado individualmente, sendo respeitadas suas individualidades e analisado seu contexto sócio-cultural, suas particularidades e suas demandas. O Manual publicado pelo Ministério da Saúde em 2006, que oferece recomendações aos profissionais dos CAPS, ressalta a inclusão dos pacientes que tentaram suicídio como clientela do CAPS (BRASIL, 2006a).

Esses documentos afirmam que ao ser inserido para tratamento no CAPS, todo paciente deve ter um projeto terapêutico:

Os projetos terapêuticos dos CAPS serão singulares, respeitando-se diferenças regionais, contribuições técnicas dos integrantes de sua equipe, iniciativas locais de familiares e usuários e articulações intersetoriais que potencializem suas ações (BRASIL, 2002a, s/n).

Segundo Saraceno (2001), o projeto terapêutico deve ser elaborado e executado com a participação de toda a equipe de profissionais do serviço e dos próprios usuários. Não é um projeto fixo, deve estar aberto a mudanças de acordo com as demandas e necessidades do paciente e ter seus objetivos claros e estabelecidos conjuntamente, conforme a avaliação dos resultados alcançados. Deve ser reformulado sempre que se avaliar a necessidade e contar com o apoio de todos da equipe para sua execução, assim como do próprio paciente, sua família e a comunidade.

Isso mostra que a equipe tem tentado trabalhar de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e da literatura relativa ao tema no que se refere a construção de projeto terapêutico. No entanto, o que se observa na fala dos entrevistados é que na prática existem ainda fragilidades que dificultam a operacionalização do projeto terapêutico planejado e que essas dificuldades podem ocorrer por problemas na articulação de rede e falta de recursos comunitários.

As respostas dos profissionais parecem apresentar aspectos semelhantes no que se refere ao processo de atendimento. O projeto terapêutico de cada serviço deve contemplar, além das diversas modalidades de atendimento oferecidas pelos próprios CAPS, a articulação com recursos de serviços presentes no território em que estão inseridos. Pode-se pensar nessa semelhança pelo fato dos 3 CAPS participantes dessa pesquisa estarem inseridos na mesma região da cidade, em bairros próximos e contarem com os mesmos serviços de apoio. As características dos territórios são semelhante no que se refere a constituição sócio-cultural. Além desse fato, os 3 CAPS passaram pelo mesmo processo de implementação, já que têm o mesmo período de funcionamento e suas equipes são constituídas de forma semelhante no que se refere ao número e categoria de profissionais.

Ao abordar o atendimento de casos de tentativa de suicídio, alguns trabalhos (SCOCCO et al, 2009; RUNESON et al, 2000; KITANAKA, 2008; BLAKE & MITCHELL, 1976) apresentam como tema principal o manejo clínico de profissionais de saúde mental, se referindo exclusivamente ao médico psiquiatra, não contemplando as outras categorias profissionais. O que pode sinalizar a falta de compreensão da necessidade das ações terapêuticas relacionadas à assistência psiquiátrica serem desenvolvidas por equipes multidisciplinares.

5.3 - FACILIDADES E DIFICULDADES NO ATENDIMENTO

Diversos são os fatores que **facilitam ou dificultam o atendimento a idosos que tentaram suicídio**, mencionados pelos profissionais entrevistados.

De início, vale ressaltar que neste aspecto não foram percebidas diferenças entre os relatos dos profissionais que já atenderam idosos que tentaram suicídio dos que não atenderam. Embora ainda não tenham atendido casos de tentativas de suicídios, os profissionais enumeram fatores que se constituem como elementos facilitadores e outros como elementos que dificultam o atendimento e que correspondem aqueles relatados pelos profissionais que já tiveram experiência no atendimento desses casos.

Fatores que facilitam o atendimento

Dentre os **facilitadores** para o atendimento, são citados: a disponibilidade dos profissionais em atender esses idosos; o trabalho em equipe; o desejo do próprio idoso em se tratar; e as deliberações do Estatuto do Idoso.

A **disponibilidade dos profissionais** para atender um idoso que tentou suicídio e o **trabalho em equipe** foram destacados por mais de um profissional. Eles afirmam ainda que não se referem apenas aos profissionais atuam nos CAPS como também aos profissionais dos serviços de saúde próximos que constituem, por exemplo, a atenção básica:

“Agora, acho que tem algumas coisas que facilitam, [...] A disponibilidade profissional, a gente tem uma galera boa, de profissionais que gosta de trabalhar com idoso, isso é um negócio bem bacana” (assistente social).

“Pra mim facilitador seria ter o parceiro da equipe para troca, eu acho que isso é fundamental, não dá pra gente atender sozinho assim, eu acho que atender uma pessoa assim sozinho, eu acredito que seria ruim, aí eu já não sei o que é que é [...] Eu acho que uma coisa que facilitaria também é o acompanhamento na área, quem tá lá atendendo, que a gente possa contar com quem tá lá na área, no caso com a família, os agentes comunitários que estão acompanhando junto, com apoio do CAPS com essas pessoas”(psicólogo).

Essas afirmações dos profissionais são semelhantes aos resultados encontrados por Heck et al (2012). No estudo desses autores, os agentes comunitários de saúde aparecem como um profissional estratégico, uma vez que são pessoas que vivem na comunidade onde está inserido o serviço e que realizam seu trabalho através de estratégias dentro dos serviços de saúde. Além disso, são pessoas que podem ajudar os profissionais dos CAPS a entenderem o contexto social, familiar e comunitário em que o idoso está inserido, e realizar intervenções diretas neste contexto, portanto podem ser importantes parceiros dos outros profissionais de saúde no desenvolvimento das ações de atenção e prevenção.

Os profissionais também acreditam que **o desejo do próprio idoso em se tratar**, ou seja, a adesão ao tratamento seja um fator que facilita o atendimento, pois parece estimular o profissional e despertar satisfação no desenvolvimento de suas atividades terapêuticas:

E assim, eu acredito que o desejo por parte deles também seja um facilitador [...] Desejo de melhorar, de ser inserido, de ser valorizado, assim, a gente, quando a gente consegue, é, quando essa auto-estima não tá tão baixa isso vem a tona com mais facilidade, esse desejo de se ver, de se melhorar, a fala do que perdeu” (assistente social).

Por outro lado, Machin (2009) em estudo realizado em emergências sobre a conduta de profissionais ao atendimento de lesões autoprovocadas, constatou que a ausência do desejo do idoso em se tratar pode levar ao que a resistência aos cuidados pelos profissionais.

Por último, foram mencionadas, as **deliberações do Estatuto do Idoso** como um fator que influencia positivamente o profissional nesse atendimento:

“acho que ele (o Estatuto do Idoso) é facilitador, [...], está tomando determinadas atitudes aí com relação à família, de responsabilizando a até legalmente, dependendo da situação até uma responsabilização legal, acredito que seja um facilitador” (assistente social).

Ao referir-se ao Estatuto do Idoso, o profissional reporta-se aos marcos legais que subsidiam os direitos dos idosos e que garantem o atendimento prioritário e integral a essa população, ao mesmo tempo em que oferecem subsídios concretos em forma de recomendações, deliberações e medidas legais que parecem dar sustentação às ações de atenção aos idosos, desenvolvidas por ele, mesmo que contrarie a outros, como os familiares. Ou, como na fala do profissional “*ele [Estatuto do Idoso] te empodera*” Dessa forma, o profissional parece eleger o Estatuto como parceiro na atenção aos idosos que tentaram suicídio.

O Estatuto do Idoso garante para essa população direitos individuais, políticos, civis, sociais e econômicos. Este aparato garante ao idoso o acesso a uma rede a uma rede de serviços de proteção contemplada nas diversas políticas brasileiras: assistência social, saúde, transporte, justiça, educação, cultura, trabalho e previdência (SOUZA et al, 2012), sendo portanto um importante marco nessas políticas, destacando-se na fala da entrevistada.

Percebe-se, então, que existe sim um progresso nessa construção de políticas públicas voltadas para a pessoa idosa, porém ainda são necessários avanços.

Fatores que dificultam o atendimento

Os fatores nomeados pelos profissionais como complicadores para o atendimento dos idosos que tentaram suicídio dizem respeito a: violência no território, presença de quadros demenciais, e o próprio fato de ser idoso.

A **violência do território** foi expressa na fala abaixo:

“Complicar olha eu acho que é a violência de fora” (terapeuta ocupacional).

Nesta fala, a “violência de fora” mencionada pelo profissional pode ser compreendida como a violência do território, no caso a área programática em que o CAPS onde ele trabalha está inserido. É uma área onde existem muitas comunidades, com predomínio do tráfico de drogas e pouca atuação do poder público. E tal como em outras áreas do Rio de Janeiro semelhantes, a violência é presente e cotidiana, e existe muita dificuldade de intervenção na comunidade onde moram alguns idosos que são

atendidos pelo serviço. Nessas comunidades, a criação de redes sociais de apoio formais são dificultadas pela ausência do poder público.

A pesquisa realizada por Souza et al (2008b) sobre redes sociais de apoio aos idosos vítimas de violência também mostrou que a rede social informal, constituída pela família e comunidade (território), por estarem em áreas carentes da presença do Estado e dominadas pelo narcotráfico, tem uma atuação muito restrita devido ao medo de represálias por parte do tráfico.

Em contrapartida, Minayo, Figueiredo e Cavalcanti (2012) apontaram a rede de apoio social como um fator protetivo ao suicídio em idosos. A ausência desse apoio, seja ele formal ou informal, além de contribuir para a existências desses casos, dificulta a atuação dos profissionais de saúde mental que não podem contar com o apoio social no território onde vive o sujeito para suas intervenções, tanto clínicas quanto preventivas.

Um outro fator complicador mencionado pelos entrevistados foi **o idoso estar em processo demencial:**

“ela pode estar num quadro demencial [...] Essa é uma situação muito complicada, porque a gente não consegue que a pessoa compreenda, num determinado momento o que a gente fala, sobre a vida... É uma situação mais difícil”(psiquiatra).

O entrevistado, ao estabelecer uma relação entre o processo demencial e a tentativa de suicídio, chama atenção para esse fato considerado importante, pois, como já demonstram Matusevich, Finkelszteins e Vain (1999), existem dois motivos para a crença da não existência de idosos com demência que se suicidaram: falta de habilidades de pragmatismo para cometer o ato e da capacidade de organizar a tentativa devido as perdas cognitivas. Porém, nos últimos anos, o fato de idosos com demência tentarem suicídio tem chamado a atenção de especialistas. Almeida (1999) em seu estudo encontrou ideação suicida em 11% dos pacientes idosos diagnosticados com demência, principalmente os idosos mais jovens (65-75 anos). É preciso uma formação dos profissionais para lidar com o atendimento de idosos com quadros demenciais, pois apesar das dificuldades no entendimento e discernimentos de algumas questões, é uma parcela da população idosa que apresenta risco de suicídio.

O próprio **fato de ser idoso**, mesmo sem a presença de quadro demencial, foi apontado como fator complicador para o atendimento, principalmente porque “[...] *Muitas vezes eles já tem uma idéia de que já estão mais próximos da morte (...)*”(musicoterapeuta), conforme relato abaixo:

“[...] De certa forma o caminho natural é isso mesmo, [...] já criaram, já fizeram o que tinham que fazer, é aí, morrer não é a grande questão, e eu acho que isso complica, porque tem uma coisa cultural, eu sou jovem ainda, então posso tentar muita coisa, tenho uma vida inteira pela frente, eles trazem muito isso, eu não tenho mais muita vida pra frente. Isso tem um significado então suicídio fica... vira geralmente meio que um aliado...” (musicoterapeuta).

Essas colocações nos remetem a questões fortemente culturais, que envolvem a imagem que a sociedade constrói sobre o idoso e a imagem que o próprio idoso constrói de si mesmo. Parece haver, nessa fala, uma naturalização do suicídio em idosos, quando sabe-se que o suicídio não é um caminho natural. A própria imagem de fragilidade e vulnerabilidade construída social e culturalmente em torno do idoso, pode ter levado os profissionais a pensarem que, pelo fato de ser idoso, e possivelmente não encontrar mais alternativas satisfatórias para sua vida, o caminho seria a tentativa de suicídio ou a consumação do ato. Quando, na verdade, como nos informam Aleixo e Figueiredo (2005, p. 33), é “no processo histórico de sua vida, na aventura de sua própria vida” que o sujeito idoso ou não se constitui e não “em função de uma determinação antecipada onde lhe é conferido um lugar social classificatório e preconcebido, resultante de generalizações.”

Bastos (2006) faz uma apresentação sobre o tema do envelhecimento e da morte e suas representações na cultura humana através de contos, mitos, peças teatrais, tradições folclóricas e mitológicas desde a antiguidade e conclui que o envelhecer e a proximidade com a morte nunca deixaram de ser “fatos angustiantes, ou pelo menos desagradáveis (p.302)” em todas as culturas e em todas as épocas. Py e Oliveira (2012) concordam com essa colocação e afirmam que:

O tempo de vida, a história pessoal de cada um, é também uma criação social, que se integra à história da coletividade humana. Para os idosos, na maioria das vezes, esse processo transcorre através de um envelhecimento regido pela apreensão das significações negativas que o social usa para marcar a velhice. (p. 1975).

Berzins e Watanabe (2012) entendem que é preciso mudar o comportamento social da população com relação à vida e à velhice, assim como Bastos (2006), que afirma que é possível que seja dado outro sentido ao envelhecimento e à proximidade com o fim da vida, tornando esse processo senão feliz, ao menos digno e sereno.

Na sociedade moderna, interesses individuais e capitalistas inverteram a hierarquia de saber e de valorização do indivíduo, sendo os mais jovens mais valorizados e respeitados que os idosos. O mercado de trabalho deixou de se interessar pelos idosos e com isso aumentou o número de idosos aposentados, mesmo aqueles que apresentavam condições de continuar no mercado de trabalho.

Essa mesma lógica capitalista construiu a condição de que para um envelhecimento saudável era necessária uma prévia condição econômica e social elevada. A mídia representa a velhice de uma forma que faz acreditar que com exercícios físicos, alimentação saudável e bons hábitos somente é possível envelhecer sem passar pelas dificuldades típicas desse processo, através da imagem de atores e atrizes que não apresentam as marcas típicas de idade e não condizem com a realidade do envelhecimento natural da maioria da população (BASTOS, 2006).

O idoso percebe, através das sucessivas perdas de suas capacidades e funcionalidades, o seu atual papel social e a realidade diferente daquela construída culturalmente na sociedade moderna de como seria a velhice ideal.

Aparecem então inúmeros problemas, como o fato do próprio idoso mesmo descuidar de sua autonomia, desestimular-se para novos investimentos, colaborando assim para os estereótipos a respeito da velhice. Ao mesmo tempo, o contexto social negativo em relação ao envelhecimento, agrava esses sentimentos de perda do idoso e leva a um vazio existencial (BASTOS, 2006; PY e OLIVEIRA, 2012).

Rodrigues e Neves (2012) afirmam que a maneira como o idoso percebe a própria saúde apresentam-se como recursos protetores que facilitam a adaptação dos idosos às perdas associadas ao envelhecimento:

a qualidade de vida tem menos relação com a presença de comorbidades do que com a funcionalidade e com o modo como se adaptam às perdas físicas e cognitivas decorrentes do envelhecimento. A independência funcional está associada a boa saúde, participação social e qualidade de vida na velhice (p.2136).

Fatores tanto facilitadores como complicadores para o atendimento

Alguns fatores ainda são vistos pelos profissionais como tanto facilitadores ou dificultadores, dependendo da forma com que atuam (se ausente ou presente), entre os quais estão: a rede social de apoio, o papel da família e a articulação entre os serviços.

A ausência ou presença de uma **rede de apoio social** de modo geral e da **família** em particular são apontadas como um dos fatores que mais influencia no atendimento, como podemos observar na fala que segue:

“Porque vai depender de com quem a gente pode contar. Na verdade assim, não necessariamente a família, quem tem alguém próximo, porque às vezes não tem família mas tem uma rede de vizinhos, que é bem legal, que dá pra gente contar, então eu acho que isso é um facilitador e um complicador também né[...]”(psicóloga).

A “Pesquisa Nacional sobre Suicídio de Idosos e Possibilidades de Atuação do Setor Saúde” mostra que o fator associado mais freqüente nos casos de suicídio em idosos é o isolamento social (MINAYO, FIGUEIREDO e CAVALCANTI, 2012). A família é o principal constituinte da rede de suporte social dos idosos devido a fraqueza da rede de apoio formal oferecido pela comunidade e pelo Estado. “A tarefa de amparar os idosos está quase que exclusivamente sob a responsabilidade das famílias, já que a organização comunitária também se mostra bastante incipiente” (Saad (1991) apud Souza et al, 2008b).

Essa importância da família como principal apoio social dos idosos também foi encontrada em nossa pesquisa, sendo um dos fatores mais citados na entrevista, também como sendo tanto como elemento facilitador como um fator de dificuldade:

“Eu acho que um complicador é a família. Na verdade eu acho que um complicador e um facilitador é a família. Porque vai depender de que suporte esse paciente tem, com quem a gente pode contar” (psiquiatra).

“Quando a família não está presente ou quando a família sabota a condução do caso, e isso é a maior dificuldade [...]” (terapeuta ocupacional).

Assim como nos resultados encontrados nesta pesquisa, no estudo desenvolvido por Heck et al (2012), os profissionais de CAPS também assinalam a família como o mais importante elemento de rede de suporte social de pacientes que tentaram suicídio. Entretanto, não se encontram estudos sobre como a família pode auxiliar o tratamento de prevenção de idosos que tentaram suicídio.

Estudos sobre família, mas que abarcam outro segmento populacional, como Chacon (2012) também afirma que a família pode ser rede de apoio ou impeditiva para a intervenção em saúde. É fundamental a criação de vínculo entre a família e os profissionais que atendem ao sujeito, para garantir a aderência ao tratamento e reduzir o abandono (UNICEF, 2004). Além disso, as famílias precisam ser parceiras no tratamento de seus familiares ao mesmo tempo em que necessitam receber suporte emocional por parte da equipe (CAZEIRO et al, 2004).

O principal apoio social do idoso, como já colocado anteriormente, é a família, e as dificuldades inerentes à idade fazem com que este grupo seja mais vulnerável às situações de risco social e de saúde. Destarte, esse grupo necessita mais do apoio que pode ser oferecido pelos familiares, situação percebida pelos profissionais de saúde que atendem idosos.

Fazendo outra relação sobre o suicídio em idosos e a família, o artigo de Figueiredo et al (2012) sobre o impacto do suicídio de idosos em suas famílias revela uma grande parcela de familiares de idosos que também se suicidaram, em decorrência do sentimento de culpa pelo ato cometido por seu familiar. Esse sentimento vem ainda mesclado com raiva e isolamento social.

Como colocado anteriormente, o isolamento social também é um fator mencionado por pesquisadores como fator de risco para o cometimento de autoextermínio pelos idosos, e vê-se um ciclo que pode acarretar mais um ato suicida na mesma família. Uma das entrevistadas nesta pesquisa conta que a mãe tentou suicídio

várias vezes após a morte de seu pai, fato também já mencionado por Minayo (2010b) como sendo um dos fatores sociais de risco para o suicídio: a morte do cônjuge.

Um outro fator que pode facilitar ou dificultar o atendimento a idosos que tentaram suicídio nos CAPS é a rede de serviços de saúde, segundo os entrevistados:

“A rede pode ser tanto facilitadora quanto um fator dificultador, [...] outras culturas, outros países que tem uma atenção diferenciada com o idoso, e aí acho que isso nos deixa muito aquém assim no cuidado, eu acho que hoje a gente já melhorou bastante, tem vários serviços pra terceira idade, mas muito pontuais, não tem uma política estrutural de atenção ao idoso” (assistente social).

Essa crítica a rede de serviços para atender o idoso, tanto com relação ao atendimento quanto a sua articulação também é enfatizada pelos profissionais, que afirmam que as várias modalidades de atenção em saúde, como, por exemplo, as unidades básicas de saúde, as emergências e as clínicas de família, *“não estão preparados para trabalhar com a pessoa idosa”* (assistente social).

Em pesquisa realizada pelo Claves (Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde) em cinco regiões do Brasil, (MINAYO et al, 2010c), em que foram entrevistados profissionais que atendem idosos vítimas de violência na rede de atenção e proteção ao idoso, especialmente a rede de serviços de saúde e assistência social, foram apontadas também como elementos que dificultam o atendimento desses idosos devido a sua precariedade, desarticulação e pouca formação dos profissionais para atender idosos.

Numa tentativa solucionar essa questão a Secretaria Nacional de Direitos Humanos da Presidência da República em parceria com o município do Rio de Janeiro, iniciou, em 2009 a elaboração uma proposta de metodologia composta de ferramentas que facilitasse a integração e articulação das políticas públicas locais para pessoas idosas. Essa proposta, que foi denominada Plano Técnico de Articulação de Rede de Promoção dos Direitos da Pessoa, tem como um dos seus objetivos o fortalecimento da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (Renadi), em que os serviços de saúde e de assistência social estão incluídos (BRASIL, 2010).

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste trabalho chegamos a algumas e importantes considerações que passamos a discutir.

A maioria dos profissionais não situa o suicídio como uma forma de violência e grande parte deles estabelece uma relação de causalidade entre esses dois temas. Assim, percebe-se a escassez da discussão sobre a(s) violência e sua incipiência na formação inicial e continuada dos profissionais de saúde. O suicídio classifica-se como violência autoinfligida e também precisa ser discutido como tal pelos profissionais de saúde.

Além desse fato, muitos profissionais ainda entendem o suicídio apenas como manifestação de uma patologia psiquiátrica, principalmente a depressão. E uma pequena parcela não percebe nenhuma relação entre suicídio e violência, o que é extremamente preocupante, uma vez que mostra a falta de informação sobre esse tema e acarreta na fragilidade da atuação desses profissionais nesses casos.

A maior parte dos profissionais dos CAPS nunca atendeu idosos que tentaram suicídio nesses serviços. Dos 13 entrevistados apenas 2 tiveram essa experiência. Grande parte inclusive relata não ter atendido nenhum caso de idosos nos CAPS, destacando que a maioria dos usuários dos CAPS é composta por adultos jovens. Porém, mesmo sem terem essa experiência, os profissionais fazem suposições de como seriam esses atendimentos.

No atendimento aos idosos que tentaram suicídio, os profissionais entrevistados nesta pesquisa entendem que o acolhimento inicial deverá ser prestado no CAPS. A permanência neste serviço se dá após uma avaliação da situação do idoso e seu contexto, que fazem parte de um “perfil” de usuários desses serviços. Os entrevistados entendem que para serem inseridos nestes serviços é preciso identificar uma demanda de atendimento intensivo, causada por fragilidade ou inexistência de laços sociais e rede de apoio social e pela gravidade do quadro psicopatológico. Esse atendimento no CAPS pode ser em alguns casos temporário, sendo o idoso então encaminhado para outros serviços, como ambulatório, atenção básica, clínica da família e serviços de assistência social e convívio social, como projetos específicos para idosos, centros de convivência.

Vários fatores são apontados como facilitadores e dificultadores do atendimento a idosos que tentaram suicídio. Alguns são mostrados como podendo ajudar ou não o atendimento, como a rede de apoio social e família. Como elementos facilitadores são destacados a disponibilidade dos profissionais para atender idoso, o desejo do próprio

idoso em se tratar e o estatuto do idoso. São apontados como elementos que dificultam esse atendimento a violência no território, a presença de um quadro de demência e o próprio fato de ser idoso.

Um dos aspectos relevantes levantados na pesquisa foi a falta de serviços para atendimento a idosos e a fragilidade da articulação desses serviços. Esse aspecto foi colocado como um fator dificultador na assistência.

É importante resgatar o apoio da atenção básica, em especial da Estratégia de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde, como serviço importante na prevenção e na atenção propriamente dita dos casos de tentativas de suicídio em idosos.

Outro ponto importante é a necessidade de incremento da formação de profissionais de saúde para o atendimento à clientela formada por pessoas idosas, que ainda é incipiente. Berzins e Watanabe (2012) lembram que o Brasil está passando por um processo de envelhecimento populacional, caminhando para ser o sexto país em número de idosos nos próximos anos e, apesar deste quadro, questões relacionadas aos idosos ainda não estão na agenda das políticas públicas, tanto de saúde quanto sociais. Veras (2009) destaca que esse processo de transição demográfica traz questões no que diz respeito ao sistema de saúde, suscitando a necessidade de discussões e estudos por parte de gestores, pesquisadores e profissionais de saúde, principalmente pelas questões sociais do país, como a pobreza, a acentuada desigualdade social e a precariedade de algumas instituições. Esse grupo populacional necessita de programas e serviços específicos no que refere às políticas públicas. Essa formação poderia ser implementada com a inclusão das disciplinas de Geriatria e Gerontologia nos cursos de graduação e pós-graduação da área de saúde, assim como nas linhas de pesquisa o tema “suicídio e tentativa de suicídio em idosos”.

Com relação aos serviços de saúde, culturalmente ainda não é comum a preocupação com a saúde mental de idosos, sendo grande parte das intervenções e propostas de trabalho desenvolvidas para essa população relacionadas às questões clínicas e suas conseqüentes perdas de funcionalidades. Pouco se discutiu, na reestruturação dos serviços de assistência a saúde mental, sobre a necessidade de adequar-se ao segmento populacional formado pelas pessoas mais velhas. Como conseqüência, os serviços emergenciais e de atenção básica que atendem os idosos que tentaram suicídio, além de não se debruçarem em uma avaliação da necessidade de atendimento em saúde mental, não fazem os encaminhamentos para os CAPS por desconhecimento dessa possibilidade. É preciso entender os CAPS como serviços

preconizados pela atual política de saúde mental e compostos de forma a serem os ordenadores da rede de saúde mental de um município, deveriam ser os locais de acolhimento às pessoas que tentam suicídio e apresentam algum tipo de sofrimento psíquico, e os profissionais deveriam estar preparados para atender essa demanda.

Com relação a esse aspecto, percebe-se que são necessários investimentos na questão de informação com relação a rede de saúde sobre o papel de cada serviço. É preciso que os profissionais dos outros serviços de saúde, especialmente de emergência e atenção básica saibam sobre a possibilidade de se encaminhar para os CAPS os casos de tentativa de suicídio.

Uma possibilidade de articulação e diálogo entre os serviços é utilizar a estratégia do matriciamento. O apoio matricial em saúde tem como objetivo garantir retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico especializados à equipes e profissionais de referência encarregados da atenção a problemas de saúde, sejam eles quais forem. O apoiador matricial é o profissional que busca promover e buscar espaço para comunicação, discussão, troca de conhecimentos e informações entre profissionais de referência e apoiadores. Essa prática implica sempre a construção de um projeto terapêutico singularizado e integrando diferentes serviços e profissionais, com a personalização dos sistemas de referência e contra-referência, e a articulação entre os serviços. O matriciamento em saúde mental é oferecido pela equipe especialista na área, e busca ajudar os profissionais de saúde da família na escuta e acolhimento de pessoas em sofrimento, entendendo sua subjetividade e podendo assim lidar com ela. Assim, a saúde mental deixa de compor o eixo das especialidades e passa a participar da rede matricial de apoio, objetivando superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho (FIGUEIREDO & CAMPOS, 2008).

Percebe-se que há falta informação, tanto por parte dos usuários quanto dos profissionais de outros serviços, que o CAPS é o local para atendimento de pessoas que tentam suicídio. Ainda é presente o estigma de conotação negativa relacionado aos serviços de saúde mental. A recente inauguração de serviços substitutivos em algumas áreas da cidade, a tradição dos grandes hospitais psiquiátricos com uma forte história dentro das práticas médicas, os poucos CAPS III e leitos em hospitais gerais contribuem para a manutenção desse estigma, que faz muitas vezes que tanto a população quanto as pessoas tenham receio em procurar atendimentos nos serviços de saúde mental.

A formação deveria incluir a educação continuada para profissionais de saúde mental do CAPS. Percebe-se que existem poucos cursos de aperfeiçoamento para os

profissionais desses serviços, assim como grande dificuldade destes se disporem a buscar uma formação complementar, haja as grandes demandas dos serviços, a falta de profissionais e a consequente dificuldade na liberação desses profissionais para a busca de uma formação especializada. Desta forma, o trabalho no CAPS pode tornar-se uma ação mecanizada, sem espaço e tempo para reflexão e escassez de projetos inovadores que aprimorem a prática dos serviços e à assistência ao usuário. É preciso que as discussões e reflexões levem os profissionais a estarem mais atentos para investigar a possibilidade de existência de tentativas de suicídio e ideação suicida dos pacientes que chegam aos CAPS, uma vez que, devido ao tabu já mencionado na discussão dessa questão, esses temas podem acabar não sendo adequadamente investigados pela equipe. Muitos CAPS não incluem em seus questionários e roteiros de avaliação de pacientes um tópico específico para a questão da violência auto-infligida, e nem sempre os encaminhamentos chegam com essa demanda explicitada.

Aos profissionais que atendem idosos que tentaram suicídio é preciso ofertar um suporte em termos de supervisão continuada para intervir nesses casos. Percebe-se, pela complexidade do tema, que o atendimento a esses casos gera sentimentos ambíguos no profissional, que somado à falta de formação, causam as dificuldades no atendimento. Os próprios profissionais apontaram também a necessidade do retorno para os serviços dos resultados de pesquisas realizadas nestes, o que, segundo eles, não é uma prática comum. Esse fato influencia os serviços na recusa à participação em pesquisas e projetos de intervenção, como percebemos em nosso percurso, uma vez que o retorno para o serviço não é contemplado nem garantido. Determinamos nesta pesquisa que haveria um retorno aos serviços para apresentação dos resultados encontrados, assim como encaminhamento de futuros artigos e recomendações que possam emergir dessa dissertação.

Um dos serviços apontados como prioritários na questão da formação dos profissionais de saúde é a Estratégia de Saúde da Família - ESF. Foi apontado, tanto pelos profissionais entrevistados quanto pela literatura sobre tema, a necessidade de se investir na capacitação dos Agentes Comunitários - ACS e da equipes desses serviços para a prevenção e encaminhamento desses casos para outros serviços e redes de apoio. A ESF é uma política prioritária da agenda da saúde pública brasileira e visa trabalhar não só no âmbito do tratamento, mas também da prevenção e promoção de saúde. Por ser um serviço com a prática voltada para o território, seus profissionais, principalmente os ACS tem um papel fundamental no que se refere à prevenção de tentativa de suicídio.

No Rio de Janeiro a implantação das Clínicas de Família ainda é recente, e apesar do crescente investimento nessa área da atenção à saúde, não foram implantados até o momento Núcleos de Apoio a Saúde da Família, que contam com equipe multidisciplinar e auxiliam o matriciamento, manejo clínico, articulação entre a rede especializada e prevenção em áreas específicas da saúde, como saúde mental por exemplo.

É possível, sim, prevenir o suicídio. Para isto são necessárias ações de saúde pública além de ações e políticas sociais e assistenciais. Segundo Minayo (2010b, p. 214)

Vários autores recomendam que, do ponto de vista dos cuidados médicos, é preciso focalizar a depressão como fator desencadeador mais relevante. Outras ações devem ser promovidas, como é o caso de cuidados que ajudem a diminuir sofrimento e dependências e ações sociais que auxiliem as pessoas idosas a terem uma vida de interação com sua comunidade e cheguem com dignidade ao final da vida.

Assim, o que encontramos também é a necessidade de uma melhor articulação e integralidade da rede no sentido da atenção a saúde do idoso, investindo principalmente nas ações de prevenção e promoção da saúde. É fundamental investir na articulação de serviços não só de saúde, mas também de educação, assistência social, esporte, lazer e cultura. Projetos pontuais como Academia Carioca, Centros de Convivência, Universidade da Terceira Idade e ações realizadas por organizações não governamentais (ONG) precisam ser avaliadas e entendidas como primordiais para a manutenção da qualidade de vida da população, entrando então na agenda de prioridades das políticas públicas e se constituírem como tal, deixando de serem apenas projetos pontuais de determinado governo, dependentes da manutenção da sociedade civil para sua existência.

As consequências das tentativas de suicídio são as mais diversas, e vão desde a desestabilização econômica e financeira, incluindo os prejuízos sociais e de saúde para os familiares. Martinez e Parra (2004) indicam que estas implicações são atenuadas quando a família recebe algum tipo de suporte, principalmente dos serviços de saúde.

Torna-se necessário então que os profissionais estejam preparados não apenas para a atuação com os idosos mas também com suas famílias e a rede social. Reforça-se

a necessidade de uma formação profissional adequada e em consonância com as propostas de atendimento integral e universal das políticas públicas de saúde.

Ao final deste trabalho, consideramos que o pressuposto desenvolvido no início da pesquisa foi confirmado. Ou seja, existe uma dificuldade por parte dos profissionais de saúde mental dos CAPS em atender idosos que tentaram suicídio, sendo este tema pouco abordado na formação desses profissionais. Observamos também que não existem, nos serviços em que a pesquisa foi realizada, diretrizes clínicas com relação ao atendimento de tentativas de suicídio em idosos.

Por último, esta pesquisa apresenta algumas limitações, por abarcar um tema tão amplo e complexo em pouco tempo. Além disso, seria importante que o campo pudesse ter sido ampliado com a pesquisa nos outros CAPS do município, o que não foi possível devido a questões de autorização, como descrito nos procedimentos metodológicos. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de outros estudos sobre o atendimento à tentativa de suicídio em idosos por profissionais de CAPS. Estes estudos poderiam complementar os achados deste trabalho para propor novas ações que visem melhorar a capacitação dos profissionais e o atendimento a idosos que tentaram suicídio nos serviços de saúde mental.

Esperamos que os resultados dessa pesquisa possam contribuir para o conhecimento sobre a atenção aos casos de tentativa de suicídio em idosos que oferecer subsídios para a implantação de políticas públicas referente ao tema.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V.S.; GOMES, A.P.; REZENDE, C.H.A.; SAMPAIO, M.X.; DIAS, O.V.; LUGARINHO, R.M. **A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde.** Revista Brasileira de Educação médica, n.32 (3): 356 – 362; 2008

ALEIXO, M.A.R.; FIGUEIREDO, A.E.B.- **Envelhecimento, identidade e memória.** Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, vol 99, no.4, out/Nov/dez, 2005

ALMEIDA, O.P. **Sintomas Psiquiátricos entre Pacientes com Demência Atendidos em um serviço Ambulatorial.** Arq. Neuro-Psiquiatr. vol.57 n.4 São Paulo Dec. 1999

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007

AMARANTE, P.(coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo – edição revisada e ampliada.** Lisboa: Edições 70, 2011

BARROS, A.de J. P. de; LEHFELD, N.A. de S. **Projeto de Pesquisa: Propostas metodológicas.** 8ª. edição. Petrópolis: Vozes, 1995, 95p.

BASAGLIA, F. **A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de desintitucionalização: mortificação e liberdade do “espaço fechado”.** In: Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005

BASTOS, C.L. **Tempo, idade e cultura: uma contribuição à psicopatologia da depressão no idoso. Parte III: A depressão, o tempo e a cultura.** Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. IX, núm. 2, junio, 2006, pp. 300-317

BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica: História e estrutura do saber psiquiátrico.** Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar Editor; 1989.

BERZIN, M.V. & WATANABE, K.A.W. **Falar de suicídio é também falar da vida e da qualidade de vida.** p. 159-161. *Ciência e Saúde Coletiva* vol.17 no.8 Rio de Janeiro ago. 2012

BEZERRA, B. **O cuidado nos Caps: os novos desafios.** *Academus - Revista Científica da SMS Rio de Janeiro*, v. III, n. 4, 2004.

BLAKE, D.R.; MITCHELL, J.R. **Self-poisoning: management of patients in Nottingham, 1976.** *Br Med J*; 1(6119): 1032-5, 1978 Apr 22.

BOECHAT, N. – **Depressão no idoso. Aspectos clínicos.** MONTEIRO, D.M.R. *Depressão e envelhecimento: Saídas Criativas.* Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 2002

BRASIL.DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Lei no. 10.2160 de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 10 de janeiro de 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde.** – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988

_____. **CAPS – Nova sistemática de cadastramento, funcionamento e registro de dados epidemiológicos** – Portarias 336/02 e 189/02. Perguntas & Respostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. **Legislação em Saúde Mental: 1990 - 2004** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde - 5. ed. ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Portaria Nº 1.876/GM de 14 de agosto de 2006. **Diretrizes da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio.** 2006c

_____. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento**

apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005

_____. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, Coordenação de Saúde Mental. 1994. 63p.

_____. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 2002b. 211p

_____. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial,** Brasília, 2004

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Apresentação Executiva do Projeto Plantar – Plano Técnico de Articulação de Rede de Promoção dos Direitos da Pessoa Idosa,** 2010

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAN – Organização Pan-Americana de Saúde e UNICAMP- Universidade Estadual de Campinas. **Prevenção de Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** 2006a

_____. **Prevenção de Suicídio: Manual dirigido a profissionais da saúde da Atenção Básica.** 2006b

BRENNER, L.A.; BETTHAUSER, L.M.; HOMAIFAR, B.Y.; VILLARREAL, E.; HARWOOD, J.E.; STAVES, P.J.; HUGGINS, J.A. **Posttraumatic stress disorder, traumatic brain injury, and suicide attempt history among veterans receiving mental health services.** *Suicide Life Threat Behav*; 41(4): 416-23, 2011

BUHR, A. **A necessidade de um novo agir profissional: um desafio ao Serviço Social do DER/SC.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social)– Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

CAVALCANTI, F.G.; MINAYO, M.C.S. **Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil.** p. 1943-1934. *Ciência e Saúde Coletiva* vol.17 n.8 Rio de Janeiro ago. 2012

CAVALCANTI, M.T.. **A trama do tear: sobre o tratamento em psiquiatria**. Rio de Janeiro, 1997. 288p. Tese (doutorado) - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

CAZEIRO, A.P.M; PIRES, P.T.; SARTOREL, A.; OBANA, A.Y. **A intervenção da Terapia Ocupacional no processo de hospitalização de crianças**. Cadernos – Centro de Estudos S. Camilo, São Paulo, v10, n.1, p.19-24, jan/mar 2004

CHACON, M.C.M. **Família e Deficiência**. In: HIMAZAKI, E.M. & PACHECO, E.R. (orgs) Deficiência e Inclusão Escolar. Maringá: Eduem, 2012

CORTES, B.; LOPES, R.G.C.; SILVA, A.C.L.; TEIXEIRA, J.B.; AGUIAR, J.S. - **Suicídio na envelhecimento**. Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v.12, n.4, p. 636-649, dez/2009

DATASUS, SIH – Sistema de Informações Sobre Hospitalares [página da Internet]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>. Acessado em: março/2013

_____. SIM – Sistema de Informações Sobre Mortalidade [página da Internet]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>. Acessado em: março/2013

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999

DURKHEIM E. **O suicídio: estudo de sociologia**. 2ª Ed. – São Paulo: Ed. WMF, 2000

FEUERWERKER, L.C.M. **Educação dos profissionais de Saúde hoje**. Revista da ABENO, n.3(1): 24-27, 2003

FIGUEIREDO M.D.; CAMPOS, R.O. **Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.32, n.78/79/80, p.143-149, jan/dez 2008

FIGUEIREDO, A.E.B.; SILVA, R.M.; MANGAS, R.M.N.; VIEIRA, L.J.E.S.; FURTADO, H.M.J.; GUTIERREZ, D.M.D.; SOUZA, G.S. **Impacto do Suicídio da pessoa idosa em suas famílias**. p.1993-2001. Ciência e Saúde Coletiva vol.17 n.8 Rio de Janeiro ago. 2012

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1989.

GREK, A. **Clinical management of suicidality in the elderly: an opportunity for involvement in the lives of older patients**. *Can J Psychiatry*; 52(6 Suppl 1): 47S-57S, 2007 Jun.

HECK, RM; KANTORSKY, LP; BORGES, AM; LOPES, CV; SANTOS, MC; PINHO, LB. **Ação dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio**. *Texto e Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012. Jan-Mar:21(1):26-33

HEISEL, M.J.; CONWELL, Y.; PISANI, A.R.; DUBERSTEIN, P.R. **Concordance of self- and proxy-reported suicide ideation in depressed adults 50 years of age or older**. *Can J Psychiatry*; 56(4): 219-26, 2011 Apr.

KITANAKA, J. **Diagnosing suicides of resolve: psychiatric practice in contemporary Japan**. *Cult Med Psychiatry*; 32(2): 152-76, 2008 Jun.

L'ABBATE, S. **Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(Sup. 2):15-27, 1999

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. **Saúde Mental e Saúde Coletiva**. *In: CAMPOS, G.W.S. et al. Tratado de Saúde Coletiva*. SP: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 615-633

LEAL, E. **“Clínica e Subjetividade contemporânea: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica**. *In: FIGUEIREDO, A. C. e CAVALCANTI, M. T. (orgs). A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização – Contribuições à III Conferencia Nacional de Saúde Mental*. DRJ; Edições IPUB/CUCA, pág. 69 a 83, 2001.

LEÃO, A.; BARROS, S. **As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental acerca do Modelo de Atenção e as Possibilidades de Inclusão Social**. *Saúde Soc*. São Paulo, v.17, n.1, p.95-106, 2008

LEVCOVITZ, S. **Kandire: O Paraíso Terreal - O Suicídio entre índios guaranis no Brasil**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo editora, Te Corá editora. 264 pp. 1998.

LOBOSQUE, M. **Experiências da Loucura**. RJ: Garamond, 2003.

MACHIN, R. **Nem doente, nem vítima: o atendimento à lesões autoprovocadas nas emergências**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(5): 1741-1750, 2009.

MARTÍN, F. H. et al. **La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional**. *Cultura de los Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades*, Alicante, ano 1, n. 2, p. 21-35, 1997.

MARTINEZ, V.T.P; PARRAS, Z.L. **Repercusión familiar del comportamiento suicida**. *Rev. Cubana Med Gen Integr*, 2004; 20(5-6)

MARTINS, G.A. **Manual para elaboração de monografias**. 2ª. Edição. São Paulo: Atlas, 1994, 107p.

MATUSEVICH, D.; FINKELSZTEINS, C.; e VAIN, M.C. **Demencia, tentativas de suicidio y suicidio. Estudio de casos**. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat*. 2003, Vol. XIV

MENEGHEL, S.N.; GUTIERREZ, D.M.D; SILVA, R.M.; GRUBITS, S.; HESLER, L.Z.; CECCON, R.F. **Suicídio em idosos sob a perspectiva de gênero**. *Ciência e Saúde coletiva*, v.17, n.8, Rio de Janeiro: ago.2012

MINAYO, M.C. de S. (org) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29ª. Ed. Petrópolis: Vozes, 2010, 108p.

_____. - **Suicídio em pessoas idosas e fatores de risco associados a esse fenômeno no Brasil e no Mundo**. *In: BERZINS, M.V. & MALAGUTTI, W. Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice*. São Paulo: Martinari, 2010, p.199-217

_____. **Suicídio: violência auto-infligida**. *In: MINAYO, M. C. S.(Org.)*. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. p. 141-170

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. - **Violência contra idosos: é possível prevenir.** *In:* MINAYO, M. C. S.(Org.). Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. p. 141-170

MINAYO, M.C.S; FIGUEIREDO, A.E.B., CAVALCANTI, F.G. **Pesquisa nacional Sobre Suicídio de idosos e Possibilidades de atuação do setor saúde. Sumário Executivo.** Rio de Janeiro, 2012

MINAYO, MCS et al. **Avaliação e Monitoramento dos Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa e do Observatório Nacional do Idoso.** Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2010c.

MOTTA, L.B.; CALDAS, C.P.; ASSIS, M. **A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(4): 1143-1151, 2008

MOURA, G.O.; BRANDÃO, C.S.; LINS, M.R.C.; RICARTE, M.D. **Análise de Conteúdo do discurso de profissionais frente a uma situação de suicídio.** s/d. Disponível em: <http://www.ibapnet.org.br/congresso2011/trabalhos/Resumo%20IBAP%20Georgia%20Final.pdf>, Acessado em 07 de fevereiro de 2013.

MUNHOL, M.E. **Direitos Humanos e Legislação específica.** *In:* Gomes, S. Políticas públicas para a pessoa idosa: marcos legais e regulatórios / Sandra Gomes, Maria Elisa Munhol, Eduardo Dias; [Coordenação Geral Áurea Eleotério Soares Barroso]. -- São Paulo: Secretaria estadual de assistência e Desenvolvimento Social : Fundação Padre anchieta, 2009.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; OTTONI, V.; NETO, V.M.; SANTANA, M. **A dinâmica do cuidado em Saúde Mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil.** *Cad de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1):188-196, jan/2008

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional das Doenças.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993

_____. DEPARTAMENTO DE SAUDE MENTAL. **Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** Genebra, 2000.

_____. **Prevenção do suicídio: Um manual para médicos clínicos gerais.** Genebra, 2000.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Revista de Saúde Pública, São Paulo 2001 fev;35(1):103-9.

PFÜTZENREUTER, G. R. **O Mapa do Suicídio na Grande Florianópolis.** 100 f. Monografia (Bacharelado em Psicologia) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2006.

PINTO, L.W.; ASSIS, S.G.; PIRES, T.O. **Evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009.** p. 1973-1982. Ciência e Saúde coletiva, v.17, n.8, Rio de Janeiro: ago.2012

PINTO, L.W.; PIRES, T.O.; SILVA, C.M.F.P.; ASSIS, S.G. **Evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009.** P. 1973-1981. Ciência e Saúde coletiva, v.17, n.8, Rio de Janeiro: ago.2012

PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996.

PY, L e WATANABE, J.F.P.A. **À espera do nada.** p.1975 – 1959. Ciência e Saúde Coletiva, v.17, n.8 Rio de Janeiro: ago. 2012

RODRIGUES, N.O; NERI, A.L. **Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil.** p. 2129-2139. Ciência e Saúde coletiva, v.17, n.8, Rio de Janeiro: ago.2012

ROST, K.; ZHANG, M.; FORTNEY, J.; SMITH, J.; SMITH, G.R. **Rural-urban differences in depression treatment and suicidality.** Med Care; 36(7): 1098-107, 1998

ROTELLI, F – **Desinstitucionalização, uma outra via.** ROTELLI *et al*, Desinstitucionalização.2. ed. São Paulo, Hucitec, 2001.

RUIZ J. A. **Metodologia Científica: Guia para eficiência nos estudos**. Rio de Janeiro: Atlas, 1982. 169 p.

RUNESON, B.; SCOCCO, P.; DeLEO, D.; MENEGHEL, G; WASSERMAN, D. **Management of suicide attempts in Italy and Sweden. A comparison of services offered to consecutive samples of suicide attempters**. Gen Hosp Psychiatry; 22(6): 432-6, 2000 Nov-Dec.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**. São Paulo: Hucitec; 2001.

SCOCCO, P.; TOFFOL, E.; PILOTTO, E.; RICCARDO, P.; PAVAN, L. **How the psychiatrists of a mental health department managed their patients before an attempted suicide**. Psychiatry Clin Neurosci; 63(6): 706-14, 2009 Dec

SHAH, A. & BHAT, R. **Are elderly suicide rates improved by increased provision of mental health service resources? A cross-national study**. International Psychogeriatrics (2008), 20:6, 1230-1237

SHAH, A.; BHAT, R.; MACKENZIE,S.; KOEN,C. **A cross-national study of the relationship between elderly suicide rates and life expectancy and markers of socioeconomic status and health care**. International psychogeriatrics, 20:2, 347-360. International Psychogeriatric Association, UK, 2008

SOUZA, E.R. **Políticas jovens para uma população idosa: desafios para o Setor Saúde**. p. 2656-2657. Ciência e Saúde Coletiva, 15(6), 2010

SOUZA, E.R.; PENNA, L.H.G.; FERREIRA, A.L.; TAVARES, C.M.M. **O tema violência intrafamiliar em currículos de graduação em enfermagem e medicina**. Rev Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 16(1):13-9. jan/mar; 2008a

SOUZA, E.R.; RIBEIRO, A.P.; ATIE, S.; SOUZA, A.C.; MARQUES, C.C. **Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado**. Ciência e Saúde Coletiva, 13(4): 1153-1163, 2008b

SUOMINEN, K.; ISOMETSÄ, E; LÖNNQVIST, J. **Elderly suicide attempters with depression are often diagnosed only after the attempt.** *Internacional Journal Geriatric Psychiatry*; 19(1): 35-40, 2004 Jan.

UNICEF; CLAVES. **Famílias: parceiras ou usuárias eventuais? – Análise de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes.** Brasília: junho de 2004

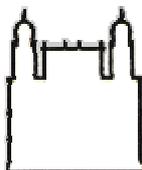
VERAS, R. **Envelhecimento, demandas, desafios e inovações.** *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3):548-54

VERTZMAN, J et al. **Psicoterapia Institucional: uma revisão.** *In: BEZERRA JUNIOR, B.; AMARANTE, P. (Orgs.).* *Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica.* 1 ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, v. , p. 17-30.

XIMENES, L.F. **Lidando com tentativas de suicídio em um serviço de emergência: estudo compreensivo de representações e práticas médicas.** Dissertação de Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, 2004, 133p.

ZÁRATE BANDA, M. M. **Compreensão típico ideal da prática profissional do enfermeiro em hospitais públicos.** Tese (Doutorado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

ANEXOS

ANEXO 1**Roteiro de Entrevista com os Profissionais de Saúde Mental dos CAPS**

Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS CAPS DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO SOBRE A ATENÇÃO AOS CASOS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM IDOSOS***ROTEIRO DE ENTREVISTA******Profissional de Saúde Mental do CAPS***

- 1- Você estabelece alguma relação entre tentativa de suicídio e violência?
- 2- Você já atendeu no CAPS casos de idosos que relataram tentativas de suicídio?
- 3- Qual à resposta dada a esses idosos que relaram tentativa de suicídio? Forem inseridos para atendimento no CAPS ou foram encaminhados para outros serviços?
- 4- No caso de encaminhamento para outro serviço: quais serviços e porque motivos?
- 5- No caso de inserção no CAPS, qual o tratamento/projeto terapêutico oferecido?
- 6- Quais as facilidades no atendimento de tentativa de suicídio em idosos?
- 7- Quais as dificuldades no atendimento de tentativa de suicídio em idosos?
- 8- Caso você nunca tenha atendido esses casos, qual é o encaminhamento que você acha que deve ser oferecido para estes casos nesse serviço?

ANEXO 2

Parecer de Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/ FIOCRUZ

PROJETO DE PESQUISA

Título: A percepção dos profissionais dos CAPS da cidade do Rio de Janeiro sobre a atenção aos casos de tentativa de suicídio em idosos
Pesquisador: Monica Villaça Gonçalves
Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ
Versão: 1
CAAE: 01514812.3.0000.5240

PARECER DO COLEGIADO

Número do Parecer: 13882
Data da Relatoria: 04/04/2012

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado, bem estruturado, com embasamento teórico adequado acerca da epidemiologia do suicídio e tentativas em idosos, os fatores associados a esses quadros e sobre os CAPS. O estudo é justificado pela baixa percepção dos profissionais de saúde sobre o risco de suicídio em idosos e a abordagem desse grupo.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção dos profissionais de saúde mental de nível superior que trabalham nos CAPS da cidade do Rio de Janeiro sobre o processo de atenção aos casos de tentativa de suicídio em idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

não há riscos diretos, pois nem os profissionais nem as unidades de trabalho serão identificados durante as entrevistas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

o estudo utilizará método qualitativo, com entrevistas semi-estruturadas, examinadas por meio de análise de conteúdo, a 16 profissionais de saúde de 8 CAPS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto será submetido à aprovação pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP. Há informações adequadas sobre a gravação e o tempo previsto para as entrevistas no TCLE, assim como a garantia de anonimato e a guarda das informações. A disponibilidade de acesso aos pesquisadores também está esclarecida nesse documento. Quanto à autorização das instituições onde serão realizadas as entrevistas, a pesquisadora informa que "a ausência do termo de compromisso da instituição onde será realizada a pesquisa, no caso deste projeto da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), uma vez que o campo da pesquisa constitui-se de diversos serviços de municipais de saúde mental, deve-se ao fato do projeto ainda não ter sido submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da SMSDC."

Recomendações:

Enviar ao CEP/ENSP a autorização para realização do estudo por parte da SMSaúde.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

o estudo apresenta adequação do cronograma, sendo conduzido por profissionais capacitados.

Situação do Parecer:

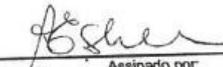
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 19 de Abril de 2012


 Assinado por: **Profª Angela Esher**
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa
 CEP/ENSP

Angela Fernandes Esher Moritz

ANEXO 3

**Parecer de Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da
SMSDC – Rio de Janeiro**



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 111A/2012

Rio de Janeiro, 30 de julho de 2012.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

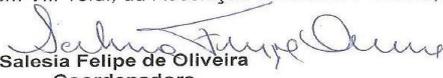
<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores: Fabio Tuche Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros: Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira José M. Salame Livia Beiral Forni Maria Alice Gunzburguer Costa Lima Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves Vitoria Regia Osorio Vellozo</p> <p>Secretária Executiva: Brígida Araújo de Carvalho Silva Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 30/12</p> <p>TÍTULO: A percepção dos profissionais dos CAPS da cidade do Rio de Janeiro sobre a atenção aos casos de tentativa de suicídio em idosos.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Mônica Villaça Gonçalves.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: CAPS Lima Barreto, CAPS Pedro Pellegrino e CAPS Simão Bacamarte.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 27/07/2012.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
--	---

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

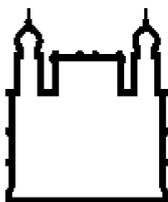

Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577

ANEXO 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **“A Percepção dos Profissionais dos CAPS da Cidade do Rio de Janeiro Sobre a Atenção aos Casos de Tentativa de Suicídio em Idosos”**, desenvolvida por Monica Villaça Gonçalves, discente de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arôuca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Dra. Joviana Quintes Avanci e Dra. Ana Elisa Bastos Figueiredo.

O objetivo geral da pesquisa é analisar a percepção dos profissionais de saúde mental de nível superior que trabalham nos CAPS da cidade do Rio de Janeiro sobre o processo de atenção aos casos de tentativa de suicídio em idosos. Os Objetivos específicos são:

- Conhecer a percepção desses profissionais sobre a relação entre tentativa de suicídio e violência;
- Verificar a existência de relatos de tentativa de suicídio pelos idosos, por esses profissionais;
- Conhecer o projeto terapêutico oferecido a idosos que relataram tentativa de suicídio quando inseridos para tratamento nos CAPS;
- Verificar para quais serviços esses idosos são encaminhados quando não são inseridos nos CAPS e por quais motivos;
- Identificar elementos facilitadores e complicadores na atenção à idosos que tentaram suicídio pelos profissionais dos CAPS;
- Possibilitar a emergência de recomendação sobre a atenção aos idosos que tentaram suicídio nos CAPS da cidade do Rio de Janeiro.

O convite a sua participação se deve à sua experiência como profissional em saúde mental do CAPS.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver sua autorização. Você poderá interromper a entrevista a qualquer momento. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e suas orientadoras.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos para os sujeitos participantes, pois serão utilizados recursos para preservar o anonimato dos entrevistados, como a não citação dos nomes dos entrevistados e nem em que CAPS desenvolvem suas atividades profissionais e se caso qualquer questão formulada causar algum constrangimento ou desconforto ao entrevistado lhe será explicado que terá direito a se abster da entrevista, sem nenhum prejuízo para si. Além disso, os contatos dos pesquisadores visam garantir que, a qualquer momento, os participantes possam entrar em contato com a equipe para questionar algum ponto da pesquisa, ou solicitar algum outro esclarecimento.

Os benefícios do estudo são indiretos. Espera-se ao final da realização da pesquisa obter material científico que acrescente conhecimento nas discussões sobre o objeto do estudo que possa auxiliar discussões e propostas de formação e trabalho dos profissionais de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial, como parte fundamental para as Políticas Públicas de Saúde.

Os resultados serão divulgados em artigos científicos e na dissertação. Após a pesquisa será realizado uma discussão com os entrevistados e com a equipe dos serviços (profissionais e gestores) participantes da pesquisa sobre os resultados obtidos.

Este projeto está registrado e aprovado nos Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da ENSP e da SMSDC, que está a sua disposição para eventuais esclarecimentos e outras providências que sejam necessárias, através dos contatos apresentados ao nesse documento.

Monica Villaça Gonçalves – Mestranda em Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável:

Responsável: Monica Villaça Gonçalves

E-mail: movillaca@hotmail.com

Orientador(a): Dra. Joviana Quintes Avanci e Dra. Ana Elisa Bastos Figueiredo

Instituição responsável pela pesquisa: Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ)

Endereço: Avenida Brasil, 4036, sala 700 – Manguinhos – Rio de Janeiro **Tel:** (21) 2290-4049

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Térreo – Manguinhos - Rio de Janeiro

CEP: 21041-210

Telefone: (21)2598-2863.

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br / Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro – SMSDC/RJ

Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro

CEP: 20211-901

Email: cepsms@rio.rj.gov.br – Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/>

Eu, _____, abaixo assinado, aceito participar voluntariamente neste estudo. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas e duvidas foram claramente respondidas pela pesquisadora.

Nome do participante: