



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO  
1ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 57ª LEGISLATURA  
**Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa**  
**( AUDIÊNCIA PÚBLICA EXTRAORDINÁRIA (SEMPRESENCIAL) )**

Em 6 de dezembro de 2023  
( quarta-feira )

Às 14 horas e 30 minutos

**O SR. PRESIDENTE** (Prof. Paulo Fernando. Bloco/REPUBLICANOS - DF) - Havendo número regimental, declaro aberta a presente reunião da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa.

Apresento minhas escusas pelo atraso de 5 minutos.

Informo aos Srs. Parlamentares que as atas das reuniões deliberativas e de audiência pública de 29 de novembro de 2023 foram disponibilizadas na página da Comissão.

Indago ao Plenário se algum membro deseja solicitar alguma retificação. *(Pausa.)*

Em votação as atas.

Os Deputados que as aprovam permaneçam como se acham. *(Pausa.)*

Aprovadas.

Esta reunião foi convocada para debater o suicídio no caso de pessoas idosas. Ela decorre da aprovação do Requerimento nº 45, de 2023, de minha autoria.

Comunico a todos que o tempo previsto para a exposição de cada convidado será de 7 minutos.

Informo que será lançada, pela Secretária, a presença do Parlamentar que, pela plataforma de videoconferência, usar da palavra nesta audiência pública.

Tenho a satisfação de nominar agora os convidados que vão participar deste debate.

O nobre amigo Dr. Antonio Costa é ex-Secretário Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa.

Como idoso, o senhor tem preferência. *(Riso.)* Eu tive a honra de ser o Secretário Nacional Adjunto da Pessoa Idosa.

O Sr. Alexandre da Silva é o atual Secretário Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, que ainda é jovem.

A Sra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira é Assessora Técnica do Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Temos outros dois convidados, mas um ainda não chegou e o outro participará desta reunião pelo sistema Zoom.

Passo a palavra ao Dr. Antonio Costa, que dispõe de 7 minutos.

**O SR. ANTONIO COSTA** - Boa tarde, Exmo. Deputado Prof. Paulo Fernando; Exmo. Secretário Alexandre da Silva; Sra. Maria, que representa aqui o Ministério da Saúde, demais pessoas que estão presentes nesta Comissão; nossas queridas servidoras da CIDOSO e os que estão em casa nos acompanhando.

Primeiramente, agradeço mais uma vez a oportunidade de estar nesta Casa para tratar de um tema tão importante.

Eu gostaria que fosse colocada na tela a minha apresentação, que, devido ao tempo, é breve.

Quero lhe agradecer, Deputado Paulo Fernando, a lembrança desta pessoa, que esteve à frente da Pasta durante 4 anos. Hoje, estou apenas na minha casa, curtindo a aposentadoria devida. Passei a peteca para o Alexandre, o nosso Secretário, que é mais novo. (*Riso.*)

**O SR. PRESIDENTE** (Prof. Paulo Fernando. Bloco/REPUBLICANOS - DF) - E está curtindo o filhinho, porque o senhor tem um filho novo.

**O SR. ANTONIO COSTA** - Isso, estou curtindo a minha filha de 4 anos.

Vou falar um pouquinho sobre a experiência que tive como Secretário. Não pretendo avançar na questão técnica. Vou deixá-la para o Dr. Antônio, que é o Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria.

*(Segue-se exibição de imagens.)*

O que pude ver durante esse trabalho, e também agora como pesquisador, foi que os eventos de suicídio no caso da pessoa idosa são bem maiores em relação aos jovens, no que tange à questão populacional.

Minha abordagem nesta audiência pretende não levar em conta os aspectos clínicos, psicológicos e terapêuticos. Apesar de ser da área de saúde e ter uma especialização, eu não queria abordar esses aspectos. Vou deixar isso mais para o meu companheiro e colega Dr. Antônio, que é Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, e também para a representante do Ministério da Saúde, que é assessora do Departamento de Saúde Mental desse Ministério.

Vou abordar um pouquinho as experiências que foram obtidas, Deputado Paulo Fernando, durante o trabalho. Eu continuo pesquisando, agora com mais tempo, na minha casa, não só o tema do suicídio como também o da longevidade e alguns aspectos importantes do crescimento populacional. A população idosa, com o aumento da expectativa de vida, continua crescendo, embora saibamos que, entre 2020 e 2022, no período da pandemia de COVID-19, de 2020 a 2022, dados não tenham sido computados em base de indicadores.

Algumas informações também não foram computadas ainda, Deputado. Não vejo um sistema consistente que possa retratar de maneira efetiva a situação nos Municípios. Creio que tudo tem que ser levado em conta nos Municípios. Eu me refiro aqui a melhor computação de dados relativos a suicídio cometido por pessoas idosas. Não temos ainda um sistema importante e especial que faça notificações integrais e possa permitir estudos comparativos, considerando até as formas de suicídio, com instrumentos cortantes, armas de fogo, medicamentos. Na maioria das vezes, ocorre uso de medicamentos.

Trouxemos então alguns estudos, que também estou acompanhando. Mostram que a ocorrência de suicídio é maior na população masculina com mais de 60 anos. Como a expectativa de vida agora está em torno dos 77 anos, é possível que aconteça uma modificação quanto à faixa etária, mas os estudos anteriores que temos e as pesquisas que acompanhamos mostram que isso ocorre geralmente na faixa dos 60 anos.

Tenho acompanhado um fato interessante. Há estudos do professor de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, o Dr. Bernardo de Mattos Viana, e também de uma professora no Estado do Rio Grande do Sul, a Profa. Cláudia, da universidade federal. Ele diz que, no caso dos idosos, levando-se em conta a população, embora seja menor o número absoluto de mortes, o número se torna maior quando se considera a taxa populacional de 100 mil habitantes. Esse é um número que se torna importante.

O Prof. Viana, cujo trabalho tenho acompanhado pelas suas publicações, afirma que, entre a população jovem, a proporção é de aproximadamente uma morte para cada 200 tentativas de retirada da vida. Também é algo absurdo, porque não é possível que não se consiga detectar antes as causas que estão levando jovens a se mutilarem ou tirarem a própria vida.

Também de acordo com esse estudo, no caso da pessoa idosa, devido às dificuldades da idade, às dificuldades de acesso ao meio em que ela vai fazer a tentativa de suicídio, a proporção é de uma morte para cada quatro tentativas. Esse é um fato importante a ser considerado, mas, em relação a essas quatro tentativas, ainda é possível que haja uma abordagem que detecte as causas e evite esse ciclo referente à população idosa.

Eu trouxe também algumas informações a respeito das causas. Não vou aprofundar isso devido ao tempo. Hoje, essas ocorrências estão ligadas ao que chamamos de sistema de três dês: desamparo, desesperança e desespero. De acordo com os estudos sobre suicídio, há esperança de que essas causas sejam evitadas, mais do que na população jovem.

O desamparo está ligado ao abandono efetivo. Isso foi muito bem comprovado por meio do banco de dados que começamos a elaborar, ainda quando eu era Secretário. Nas instituições de longa permanência filantrópicas, sem nenhum vínculo de renda, houve aumento do número de internações. Hoje, faltam vagas em instituições como essas, devido também ao aumento do abandono efetivo. Quando o idoso não tem no seu lar uma assistência adequada e qualificada e não pode

ir para essas instituições — nem todos os idosos têm condições de pagar a entidades particulares desse tipo —, acaba ficando desamparado, acaba sendo levado ao abandono efetivo. Ele fica solitário em casa, não consegue a internação nessas casas filantrópicas devido ao número de vagas, que é realmente menor que o número de pessoas que necessitam desse acolhimento.

Outro ponto que vai aumentando essa questão dos três dê é a desesperança, a ausência de motivação para a vida. Assim, ele se isola, fica praticamente sozinho, começa a perder a esperança de viver.

Desse modo, acaba ocorrendo o desespero, que provoca o ponto final, a retirada da sua vida.

Existem sinais. Segundo o trabalho, o número de pessoas e as reuniões que fizemos sobre o caso durante o nosso trabalho na Secretaria, há evidência de que eles são percebíveis. Eles são evidentes, são percebíveis quando observamos o isolamento dentro dos lares, até mesmo nos familiares em que a pessoa não está sendo bem cuidada. Esse ponto de vista é percebido tranquilamente.

**O SR. PRESIDENTE** (Prof. Paulo Fernando. Bloco/REPUBLICANOS - DF) - Peço que conclua, Dr. Antonio.

**O SR. ANTONIO COSTA** - Dentro dos parâmetros desses três dê, a violência psicológica, a violência física e o isolamento são questões nítidas que observamos.

Estas são contribuições práticas que apresentamos: realização de investimentos para implantação de centros-dias; expansão e qualificação do Programa Melhor em Casa, do Ministério da Saúde; qualificação das equipes de saúde mental para atendimento de pessoas idosas; criação, nos Municípios, da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa; melhor apoio aos CRAS e aos CREAS para fortalecimento de vínculos familiares.

Quanto à prevenção, é preciso considerar que a pessoa anuncia o que pretende fazer. Nós podemos nos antecipar a essa iniciativa. Agora, com o aumento da expectativa de vida, Sr. Deputado Paulo Fernando, a tendência é de que esses indicadores também aumentem.

Eu quero agradecer a oportunidade de estar aqui. Tentei fazer um pequeno resumo, devido ao tempo reduzido. Não conseguimos discutir esses parâmetros em 7 minutos, mas passamos a oportunidade aos nossos colegas que estão aqui presentes.

Agradeço a oportunidade, colocando-me sempre à disposição desta Comissão.

Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Prof. Paulo Fernando. Bloco/REPUBLICANOS - DF) - Agradeço a valorosa contribuição do meu amigo Dr. Antonio Costa.

Passo a palavra ao Dr. Alexandre da Silva, Secretário Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, que dispõe de 7 minutos.

**O SR. ALEXANDRE DA SILVA** - Boa tarde.

Quero agradecer ao Deputado Paulo Fernando o convite.

É bom encontrar o ex-Secretário Antonio Costa, a Sra. Márcia Oliveira, a Lígia, que está aqui conosco e também oferecerá a sua contribuição, e o professor que vai também participar deste evento.

Vou fazer a minha apresentação. Para isso, eu trouxe eslaides, e já queria até anunciar que temos, na nova gestão, essa preocupação com alguns assuntos bastante importantes para a pessoa idosa.

Este é o nosso primeiro informe. (*Exibe documento.*) É uma ação dessa gestão. Fala sobre a violência autoprovocada por pessoas idosas no Brasil. Temos preocupação com o suicídio, que, na minha concepção, representa um fracasso da sociedade. Quando não conseguimos, de fato, dar conta desse grito, ou desse silêncio, ou dessa mudança comportamental, da pessoa mais velha, ela vem a cometer suicídio.

A atual gestão está olhando não só para o suicídio, mas também para as tentativas de suicídio. A Secretaria se coloca a fazer a prevenção, quando a pessoa começa a idealizar, a construir uma possibilidade de execução desse ato.

Cabe até fazer uma reflexão, a partir da apresentação que foi realizada. Dadas as condições de vida de muitas pessoas, ser mais velho nem sempre é chegar aos 60 anos. Mais velha pode ser a pessoa que enfrenta, desde muito cedo, várias vulnerabilidades, várias barreiras para estarem aqui ou em qualquer outro espaço. É preciso que se entenda que vemos hoje que há uma tendência de mortalidade relacionada a gênero, raça, local de moradia. Uma pessoa de 45, 50 ou 60 anos já pode ser considerada mais velha.

Vou dar início à apresentação.

*(Segue-se exibição de imagens.)*

Este é o primeiro dado que trazemos. É bastante preocupante. Aprofundando e complementando o que o Sr. Antonio apresentou, digo que a proporção de mortes por suicídio é de 80% para as pessoas do sexo masculino e de 19% para as pessoas do gênero feminino. A proporção para as pessoas de 60 a 69 anos é maior do que para as pessoas com 70 anos ou mais. Como já foi dito, alguns aspectos são considerados: se a pessoa é casada — vamos falar um pouquinho do papel conjugal, quando existe —, se é viúva, se é separada.

Também vou falar um pouquinho das causas de suicídio em relação às mulheres. Isso tem a ver com questões muito importantes que precisamos discutir: violência de gênero; violência na família; sofrimento por perdas de pessoas referenciais; perda da função tradicional como esposa e mãe (dados demográficos mostram essa mudança no nosso País); e, como também já foi dito, depressão.

Neste eslaide, eu aprofundo um pouco mais essa análise. Essa causa está geralmente associada a pessoas que se autodeclararam brancas. Na sequência, vêm pessoas negras, o que quer dizer pessoas pretas e pardas. Esse número talvez explique também por que as pessoas pretas e pardas morrem antes. Se formos olhar isso, veremos que a tendência ao suicídio na população jovem negra é muito maior. Isso tem a ver com o não lugar e a sensação de não pertencimento. Isso vai se agravando conforme a pessoa vai ficando adulta e mais madura. Nem sempre pessoas chegam a envelhecer. Cito os percentuais de 54% a 56% em relação às pessoas negras em geral. Mas, no caso da pessoa idosa, esse percentual cai para 48%. Isso explica um pouco esses dados.

Os meios mais frequentes têm sido enforcamento, estrangulamento e sufocamento. Os homens fazem uso dos meios mais letais. Precisamos também discutir que houve, nos últimos anos, maior acesso a esses meios, o que pode culminar com a efetiva execução desse ato. Para nós, é bastante trágico na vida da família, não só da pessoa idosa. Outro meio tem sido a arma de fogo.

Quando falamos um pouquinho desses assuntos, há outro ponto que temos também que discutir. Trata-se de uma questão histórica pensar esse lugar do homem como provedor. Estamos falando hoje de igualdade de gênero, de questões que envolvem sexualidade, desse papel social, de questões relacionais, conjugais, desse controle sobre a relação e um pouco da "falha" — entre aspas — em ser esse provedor da família. Isso fica como um dos pontos bastante preocupantes quanto a esse tipo de óbito das pessoas do gênero masculino.

Já nos cabe questionar também quanto estamos precisando, cada vez mais, preparar as pessoas para a aposentadoria. Esse é um ponto muito importante. Nós já estamos realizando uma conversa avançada com os Ministérios envolvidos. Eu falo de Ministérios porque essa ação precisa ser sempre intersetorial. Além do preparo, é preciso pensar na saúde, no trabalho, na previdência, no envolvimento social, nas cidades. Enfim, o trabalho, como papel social, é muito importante para qualquer um de nós.

Eu vou aprofundar um pouco mais a outra análise. Eu já falei da proporção, agora da taxa. Nós vemos um alinhamento com dados internacionais de que esta taxa mostra que as pessoas de 70 a 79 anos são as que mais estão morrendo em decorrência de suicídio. Este dado, infelizmente, é globalizado e já nos faz pensar não só na hora da aposentadoria, mas também nos primeiros anos da chegada à fase idosa, ou seja, a partir dos 60 anos, como definimos no Brasil.

Existe, também, uma tendência bastante preocupante, como mostra esta taxa, quando olhamos para as regiões. Os dados mostram, principalmente, que a maior taxa ocorre na Região Sul, seguida da Região Centro-Oeste. A preocupação vem, como nos mostra o próximo eslaide, quando nós entendemos que o aumento da lesão autoprovocada, que em geral culmina com o suicídio, que é o pior ato, começa a aumentar nas regiões onde o envelhecimento ainda não é um fato tão estabelecido como o parâmetro que nós temos, de 15,8% na média nacional. As Regiões Norte e Nordeste também começam a experimentar este aumento da proporção e das taxas de óbito das pessoas idosas.

Isso também pode ser explicado por uma necessidade que envolve outros Ministérios. Muitas das pessoas hoje idosas só esperavam a continuidade do cuidado e da sua economia se os mais jovens pudessem garantir a produção e o cuidado com a terra, que era o que eles tinham como herança, saberes e práticas para passarem. Esta situação da migração das pessoas mais jovens de áreas socioeconomicamente empobrecidas, nunca culturalmente, faz com que elas agora não mais consigam ter este amparo. Neste contexto, aquela produção, aquela economia familiar passam a ser prejudicadas.

Para finalizar, eu quero apontar que, na Secretaria de Direitos Humanos, a qual os senhores conhecem muito bem, nós temos que pensar em todos os fatores que estão determinando este quadro.

Em se tratando da pesquisa, nós falamos de modulação das variáveis e tudo o mais. Enfim, há que se pensar em um fator moderado. A depressão ou o adoecimento não são apenas uma instabilidade da homeostase do nosso corpo. Eles vêm de trajetórias de vida marcadas por muitas vulnerabilidades socioeconômicas ou por uma insuficiência familiar que ora se dá. Pode haver um sucesso profissional dos familiares, dos seus filhos e filhas, que estão trabalhando em outras regiões

e ganhando um salário digno, mas, por outro lado, pela insuficiência, pela solidão, as pessoas morreram precocemente ou estão numa situação de sobrevivência.

Neste aspecto, não dá para não falar do acúmulo das discriminações, a começar pelo idadismo, principalmente pelo fato de a pessoa ser mais velha. A discriminação ocorre tanto pelo fato de a pessoa ser mais nova, como também por ser mais velha. O suicídio de pessoas mais velhas se dá, no entanto, porque elas vão ficando mais velhas. Esta perspectiva, muitas vezes capitalista e patriarcal, dificulta o bom envelhecimento. Como estratégias articuladas com outros Ministérios e Secretarias, nós consideramos a garantia da proteção social e do acesso aos direitos sociais, sempre buscando a autonomia. Lembro que nossos marcos normativos garantem isso e nos demandam sempre olhar para as políticas e para os programas.

Contamos também com o Parlamento na perspectiva de nos ajudar na construção de ações e de programas cada vez mais efetivos. Pensamos na articulação interministerial e intersetorial, com olhar interseccional, para viabilizar a transversalidade da pauta do envelhecimento. Isso é importante tanto quanto a existência das ILPs, mas entendendo que nós fazemos uma gestão para 32 milhões de pessoas idosas e que outras formas de cuidado precisam igualmente ser garantidas.

Nós precisamos pensar principalmente naquelas formas que mantêm as pessoas com autonomia, nos locais onde elas querem envelhecer, seja onde estão agora, seja para onde quiserem retornar. Precisamos pensar também as formas diferentes de envelhecer, o que é algo culturalmente importante saber, mas marcado sempre pelas desigualdades e pelas iniquidades; evitar aquilo que eu acho bastante preocupante, que não pode passar despercebido, que foi muito descoberto no tempo da pandemia: a morte social, quando as pessoas perdem o propósito de vida. Muitas pessoas idosas perderam seus propósitos de vida, seja um neto ou uma neta que foi a óbito, seja um filho ou uma filha, seja a poupança, a saúde, a casa, o trabalho. É importante evitar estas circunstâncias e criar ações para que elas possam ter sempre propostas de vida.

Por fim, quero apresentar alguns dos nossos programas que estão literalmente voltados para esta perspectiva, alinhados aos marcos normativos, aos arts. 5º e 6º da Comissão Interamericana, que fala da proteção às vulnerabilidades e às discriminações e do direito à vida.

Nosso Governo, desde seu início, tem a preocupação com o direito à vida e, principalmente, o que é fonte do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, que possam exercer plenamente seu direito de existir e de envelhecer.

Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Prof. Paulo Fernando. Bloco/REPUBLICANOS - DF) - Agradeço ao Sr. Alexandre da Silva a contribuição.

Passo a palavra ao Dr. Antônio Geraldo da Silva, médico e Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria — ABP.

**O SR. ANTÔNIO GERALDO DA SILVA** - Boa tarde, Presidente Prof. Paulo Fernando. Muito obrigado pelo convite. Ao saudar V.Exa., saúdo todos os que ora compõem esta Mesa.

Fico feliz por ser convidado para falarmos de um assunto extremamente importante para nós que somos médicos psiquiatras e muito especialmente para mim, que faço a coordenação nacional da campanha Setembro Amarelo. Desde 2013, estamos trabalhando nela. Para que uma campanha funcione, é necessário que haja políticas públicas voltadas para a saúde mental, políticas que ajudem as populações de forma efetiva e real.

O cenário que nós temos hoje é assustador, Deputado Prof. Paulo Fernando. O IBGE afirma que idoso é aquele que tem acima de 60 anos de idade. No Brasil, temos 32 milhões de pessoas idosas. Quais as políticas públicas que existem para atendê-las adequadamente? Nós precisamos ter os resultados necessários, como salvar a vida destas pessoas.

Deputado Paulo Fernando, V.Exa. tem ideia de quais são as causas do suicídio? As causas que levam ao suicídio ocorrem por doenças mentais. O que leva uma pessoa a se suicidar? É o fato de padecer de alguma doença mental. Estudos demonstraram, com clareza, que praticamente 100% das pessoas que se suicidam é porque têm uma doença mental. Se eu conheço as causas que provocam um infarto agudo do miocárdio, eu trabalho estas causas. Eu não vou dizer que ele ocorre por outras razões. Se eu sei por que há o aumento do número de pessoas com diabetes e quais são as causas, eu trato as causas. É assim que nós médicos fazemos. O Estado também precisa fazer isso, assim como precisa fazer com que a população idosa tenha acesso ao tratamento, já que 80% da população idosa usa o SUS.

Presidente, V.Exa. sabe quantos medicamentos psicotrópicos existem, no Farmácia Popular, para tratar de doenças mentais? Zero! Não há medicamento psicotrópico para tratar de depressão, ansiedade, pânico e transtornos alimentares. Nós não temos nenhum medicamento! Não temos medicamento para tratar das doenças mentais, que levam pessoas à morte, exatamente porque não têm acesso a esses medicamentos.

A pessoa chega aos 60 anos, 80% da população de 32 milhões de pessoas usam o SUS, elas precisam do SUS, mas nós não temos ambulatórios especializados para atendê-las. Nós não temos ambulatórios especializados para atender a pessoas com transtornos afetivos, depressão, bipolaridade, entre outros quadros.

O índice de dependência química entre os idosos é alto. Entende-se por dependência química o uso e o abuso de álcool e de substâncias psicoativas. Entre 22% ou 23% das pessoas que se suicidam fizeram ou fazem uso ou abuso destas substâncias, Deputado Prof. Paulo Fernando, e nós não temos um sistema para atendê-las adequadamente.

O que eu estou dizendo é muito importante. Nós precisamos de ações para que esta situação mude. Nós não estamos vendo ações neste sentido. O número de idosos está crescendo, mas nós não vemos a possibilidade de a pessoa idosa ser tratada. Se precisar de tratamento, a quem eu vou recorrer? Nós normalmente não somos ouvidos. Nós falamos para ninguém, e ninguém nos ouve. Não se presta a atenção à importância de tratar adequadamente esta população.

É muito triste ver uma situação como esta. No Brasil, não há, por exemplo, lugar em que se possa tratar adequadamente da pessoa que possui demência. Que sistema ambulatorial existe para isso? Onde podemos tratar de um idoso que vive um quadro depressivo grave?

Eu não vou citar as formas de suicídio que existem no Brasil. Não se deve citá-las nunca porque nós podemos acabar lembrando aos que tentam o suicídio como eles poderiam fazê-lo. Nós não podemos ensinar nem citar formas de suicídio, para não estimular essas pessoas. As formas de suicídio hoje existentes, no Brasil e no mundo, se cuidadas adequadamente, podem ter seus índices reduzidos. Noventa por cento dos casos de suicídio poderiam ser prevenidos, pois as doenças mais comuns em idosos, como depressão, transtornos ansiosos, transtorno bipolar, esquizofrenia e demência, são doenças tratáveis. Os índices de suicídio entre pessoas acima de 70 anos são de 8,9 mortes a cada 100 mil habitantes, enquanto na população geral é de 5,5. Por que os idosos se suicidam? Porque não têm acesso ao tratamento.

A população em geral tenta muito mais suicídios do que os idosos. Na população em geral, há um suicídio para cada 200 tentativas de suicídio. Na população idosa, é um suicídio a cada quatro tentativas. Os idosos usam métodos mais letais, métodos que os levam à morte muito mais rapidamente e muito mais facilmente.

Suicídio é uma emergência médica e, nessa condição, é preciso que haja tratamento médico adequado para a população. O tratamento médico adequado inclui equipe multidisciplinar, que precisa ajudar estes idosos a se tratar adequadamente. Na emergência, chamamos o SAMU para prestar o primeiro atendimento, um atendimento emergencial, e, assim, salvar a vida da pessoa. Se a pessoa sofrer um infarto agudo do miocárdio, chamamos o SAMU; se sofrer uma queda, uma fratura exposta, chamamos o SAMU.

O índice de suicídio diminui quando se faz uma abordagem imediata, rápida. Por quê? Porque a abordagem é médica, é emergencial. Depois, esta população é atendida pela equipe multidisciplinar, formada por psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos psiquiatras. Todos juntos constroem um plano de tratamento para dar um resultado a essas pessoas. Senão, nós vamos continuar vendo esse número absurdo de mortes por suicídio.

Repito, na farmácia popular, não temos nenhum medicamento psicotrópico para tratar estas pessoas. Deveria haver, porque estes medicamentos não têm mais patentes. Um comprimido destes medicamentos custa centavos, mas, mesmo assim, a população não consegue comprá-los. A população não consegue marcar uma consulta para ser atendida por um psiquiatra, um psicólogo, para fazer o tratamento psiquiátrico, que é medicamentoso, importante, nem o tratamento psicoterápico, que é feito por psiquiatra e por psicólogo, tratamento que também é importante. Tudo isso acontece porque nós não temos estrutura em se tratando das políticas públicas de saúde mental para atender a esta população. Isso é gravíssimo! Dos 32 milhões de idosos que temos, 80% precisam do SUS, mas não têm acesso ao tratamento.

Eu mencionei tudo isso para pedir a V.Exa., Deputado Prof. Paulo Fernando, que pense com carinho nesta situação. O Deputado é uma pessoa que eu admiro muito, já o conheço há muitos anos. Nós estamos pedindo que se crie um projeto de lei para obrigar os laboratórios do Governo a produzir estes medicamentos e distribuí-los nas farmácias populares, ou na Farmácia Popular, para que estas pessoas tenham acesso ao tratamento.

Nós precisamos da promoção da saúde mental, da prevenção das doenças mentais, coisa que não acontece. Ao contrário, ocorre a promoção da doença mental nas redes sociais, nas televisões e nas rádios, que ensinam as pessoas a se tornar alcoólicas, entre outras situações. Não há nada em se tratando da promoção da saúde mental.

Nós precisamos, repito, da promoção da saúde, da prevenção de doenças, da assistência primária, secundária e terciária, de ambulatórios especializados, para que estas pessoas sejam atendidas o mais breve possível.

A Associação Brasileira de Psiquiatria — ABP está pronta para ajudar em tudo isso. A campanha Setembro Amarelo não terá nenhum valor se não tivermos uma política pública dirigida para esta população e para a população em geral, para

que haja a prevenção do suicídio. Nós contamos com V.Exa., Deputado Fernando, e com todos os membros desta Mesa, para que os índices de suicídio diminuam.

No Brasil, o número oficial de mortes por suicídio passa de 15.500 ao ano. Nós sabemos que este dado não é exato, já que muitos dados não estão mapeados, como a morte de politraumatizados, de traumatizados, de envenenados, de intoxicados — tudo isso se mistura. Ocorrem mais de 50 mil suicídios de brasileiros por ano! Há uma população idosa muito grande que se suicida!

É importante dizer isso a todos.

Conto com vocês para a campanha Setembro Amarelo. Conto com os Deputados para a construção de um PL que atenda a esta população e que haja obrigatoriedade, na farmácia popular, de medicamentos sem patentes, que já estão no mercado brasileiro há mais de 50 anos. O laboratório da FIOCRUZ, além de outros, poderia produzi-los e distribuí-los, de forma que estas pessoas não interrompam o tratamento nem se suicidem.

Eu estou com esta roupa de frio porque onde eu estou faz 10 graus neste momento. V.Exa., Deputado Prof. Paulo Fernando, está num lugar em que faz 30 e tantos graus. Mas eu atenderei sempre ao chamado de V.Exa., ou de qualquer Parlamentar, do Executivo, do Judiciário e do Legislativo, porque eu quero ajudar. Deixem-me ajudar. Será um prazer fazê-lo.

Muito obrigado a todos.

Até a próxima oportunidade!

**O SR. PRESIDENTE** (Prof. Paulo Fernando. Bloco/REPUBLICANOS - DF) - Agradeço ao meu dilettíssimo amigo Dr. Antônio Geraldo, que conheço há muitos anos. Nós trabalhamos juntos em outras áreas.

Passo a palavra à Sra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, Assessora Técnica no Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

**A SRA. MÁRCIA APARECIDA FERREIRA DE OLIVEIRA** - Boa tarde a todos.

É uma honra estar presente nesta reunião para discutir um tema tão importante como este. Eu acho que esta é a segunda audiência relacionada ao tema suicídio.

O Deputado Prof. Paulo Fernando acabou de me apresentar. O Departamento de Saúde Mental é novo: foi criado em janeiro de 2023. Nós estamos trabalhando intensamente porque, na semana que vem, tem início a V Conferência de Saúde Mental. Nossa última conferência ocorreu em 2010, há muitos anos, portanto. A conferência atual terá uma participação social intensa de usuários, de familiares, de trabalhadores e de gestores, para que possamos iniciar a elaboração de uma política de saúde mental robusta, adequada e pertinente à nossa população.

Como os colegas da Mesa já lembraram, tanto o Dr. Antônio como nosso Secretário Alexandre Silva, o suicídio é, sem dúvida, um problema extremamente sério, em todas as esferas, em todos os lugares do mundo, na medida em que inclui a criança, o adolescente e, sobretudo, as pessoas idosas.

As taxas de suicídio variam nos países, mas houve um grande aumento sobretudo na América Central e na América Latina nos últimos anos, o que nos preocupa e nos leva a um momento de grande reflexão. Tanto o Ministério da Saúde como o Ministério dos Direitos Humanos vêm trabalhando nisso.

Aqui eu represento o Departamento de Saúde Mental — DESM e minha colega Lígia, a Secretária de Atenção Primária, como Coordenadora da População Idosa — nós somos da Secretária de Atenção Especializada —, e minha colega Letícia Cardoso vem trabalhando conosco pela Secretária de Vigilância Sanitária e Ambiente, para que possamos levar dados fidedignos à nossa população.

De 2012 a 2021, houve 21 mil mortes por suicídio entre os idosos, o que corresponde a um aumento de casos de 68,1%. Daí decorre nossa grande preocupação neste momento. Estes dados, fidedignos, sempre têm que ser trazidos à tona, têm que ser mostrados à população.

Eu concordo quando dizem que o suicídio deve ser uma emergência de saúde e que apenas uma equipe multiprofissional deve dar cabo ao pensamento desta política, sobretudo em relação aos fatores de risco que o Secretário Alexandre e o Dr. Antônio nos apresentaram. Aliás, o Secretário Alexandre fala de um ponto muito importante, o isolamento social. Como sabemos, os idosos de hoje sobrevivem mais, porque a qualidade e a média de vida da nossa população aumentou. Muitas vezes, idosos cuidam de idosos. Como diz o coletivo de Brasília, são as Filhas da Mãe que estão cuidando de seus idosos. Com isso, existe hoje um aumento do isolamento, da solidão e da falta de conexão social, que são os principais fatores de risco. A rede de apoio social que essas pessoas tinham também começa a diminuir. Além disso, nós sofremos na pele nossas doenças físicas, que nos levam a ter muita dor física, o que aumenta nossa dor emocional.

Outro problema importante é a perda de nossos entes queridos. Eu, por exemplo, eu perdi companheiro de 70 anos de vida, o que me levou a um risco de depressão e de ideação suicida.

O Secretário Alexandre também nos falou sobre o acesso que temos aos meios letais. Tanto o uso de arma de fogo, sobretudo pela população masculina, como o excesso de medicação prescrita, o que nos preocupa muito hoje. O excesso de medicação prescrita leva, como meio letal, à facilidade do risco de tentativa de suicídio.

Registro que hoje nós temos uma rede de atenção psicossocial potente e robusta no Brasil. Temos atualmente três mil centros de atenção psicossocial, todos habilitados pelo Ministério da Saúde. Não estou contando os não habilitados, que estão numa fila de habilitação, cujo encerramento pretendemos que ocorra até 31 de dezembro. Nós podemos contar mais 600 centros de atenção psicossocial.

Hoje existe uma rede articulada de atenção primária, com milhares de unidades de saúde da família, a antiga Unidade Básica de Saúde, que atende a toda essa população. Nossa colega falará sobre isso. A dispensação de medicamentos tanto pelos CAPES como pelas unidades de saúde da família é entregue a toda a população brasileira diariamente, semanalmente.

Nossas pesquisas e a Secretaria de Vigilância registram que há o aumento do uso de álcool pelos idosos. Isso vem sendo trabalhado nos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas, que somam mais de 600 unidades em todo o Brasil. Esses idosos, entre os quais estou incluída, estão sendo acolhidos pela nossa rede de atenção psicossocial.

Encerro minha fala, reforçando que, na semana que vem, teremos a V Conferência Nacional de Saúde Mental, que vem exatamente corroborar, elaborar e pensar, para a população brasileira, uma política nacional para tratar da saúde mental, de questões como álcool e outras drogas. Muito obrigada, Deputado.

**O SR. PRESIDENTE** (Prof. Paulo Fernando. Bloco/REPUBLICANOS - DF) - Agradeço suas palavras, Márcia Aparecida.

Convido a fazer sua exposição a Sra. Ligia Gualberto, Coordenadora de Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Primária do Ministério da Saúde.

**A SRA. LIGIA GUALBERTO** - Boa tarde a todos os presentes, às pessoas que nos acompanham pelo Youtube e pelos demais meios digitais.

Agradeço ao Deputado Prof. Paulo Fernando o convite.

Cumprimento os participantes da Mesa, o Secretário Alexandre da Silva, o Dr. Antonio Costa e a equipe aqui presente.

Meu nome é Ligia Iasmine, sou médica de formação, geriatra, médica de família e comunidade. Eu sempre me descrevo como uma trabalhadora do SUS. Atualmente, estou na gestão, como Coordenadora de Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Primária, mas tenho como premissa o entendimento de conduzir minhas ações como coordenadora, por entender a realidade e os passos estruturantes que nós precisamos seguir para melhorar nosso Sistema Único de Saúde.

Eu trouxe uma breve apresentação.

*(Segue-se exibição de imagens.)*

Eu não vou repetir o que foi muito bem lembrado pelo Secretário Alexandre, pelo Dr. Antonio e pelo Presidente da Associação, que também se chama Antônio. Eu vou falar um pouco do que é necessário em relação aos cuidados gerais da saúde da pessoa idosa para enfrentarmos e melhorarmos esta perspectiva.

A primeira das ações é que precisamos entender que o envelhecimento como o curso normal da vida e que doença não está diretamente conectado com envelhecimento. Nós precisamos combater os estigmas e preconceitos. Tristeza, depressão, o desejo de ficar quietinho em casa e de morrer são sinais e sintomas de doenças e transtornos mentais, como depressão e transtorno bipolar. Não é o envelhecimento que causa isso. Esta é a primeira mudança de paradigma. Nós precisamos combater, como eu disse, os estigmas e preconceitos que recaem sobre a população idosa, para enxergarmos as necessidades de saúde desta população e, assim, ofertarmos o tratamento adequado, uma equipe multiprofissional especializada, quando for necessário, e atendermos as necessidades ampliadas de saúde desta pessoa, desta família e de seus cuidadores, não somente da pessoa que recebe atendimento.

Temos 32,1 milhões de pessoas com mais de 60 anos no Brasil, e este número tende a aumentar. O suicídio é uma das principais causas de morte no mundo, como já foi dito, e é absolutamente relevante na população acima de 60 anos. Este fato também precisa ser encarado, como já foi dito muitas vezes aqui.

Os fatores de risco também já foram muito mencionados. É importante entendermos o contexto do curso da vida. Os transtornos mentais devem ser tratados durante todo o curso de vida da pessoa. Não há que ignorar esta população



tampouco negligenciar suas necessidades de saúde, porque isso vai culminar em transtornos sérios, graves, com o envelhecimento. Os problemas não somem, não desaparecem à medida que envelhecemos, ao contrário: tendem a se tornar ainda mais complexos, com todos os desafios que o envelhecimento traz, especialmente sob a perspectiva social e familiar, e com multicomorbidades e polifarmácia.

Vou falar sobre alguns fatores de proteção. Uma rede de apoio social fortalecida é essencial, além do acesso a tratamento adequado. A rede de apoio social inclui o acesso a cuidadores, a sistemas e a serviços de saúde na atenção primária, com especialista focal e com as medicações. A rede de saúde precisa estar atenta e capaz de escutar e acolher a pessoa com necessidade de tratamento de saúde mental. Em consultas de 2 minutos na porta de uma UPA cheia não é possível fazer o diagnóstico de depressão inicial, moderada ou mesmo grave. Este atendimento precisa ser realizado com escuta atenta, especialmente no nível da atenção primária. As pessoas precisam ter um espaço protegido de consulta, que seja de no mínimo 15 ou 20 minutos, especialmente para aquela temática e todas as suas necessidades ampliadas sejam ouvidas.

O Ministério da Saúde já vem trabalhando há bastante tempo nesta temática. A Márcia pôde mencionar algumas ações, como o caderno Agenda Estratégica de Vigilância e Prevenção ao Suicídio, disponível gratuitamente no *site*. Esta agenda envolve três eixos principais de ação: Vigilância e Qualificação da Informação; Cuidado e Assistência; e Comunicação, Educação e Parcerias. Já existem diversas normativas que tratam da temática.

Precisamos, como eu disse, enxergar o curso de vida, as ações que precisam ser implementadas ao longo de toda a trajetória do indivíduo.

Aqui temos a capa das cartilhas que foram produzidas, bem como dos materiais. Lembro que estamos em plena Década do Envelhecimento Saudável, uma proposta da OMS encabeçada pela OPAS no âmbito das Américas. Há quatro áreas de ação principal: mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos diante do envelhecimento; garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas; entregar serviços integrados no nível da atenção primária capazes de fornecer um cuidado centrado na pessoa; e propiciar o acesso a cuidados de longo prazo, cuidados de longa duração, especialmente para pessoas dependentes de cuidados, para pessoas com funcionalidade comprometida. A rede de atenção primária funciona como uma grande base, como uma grande coordenadora deste cuidado durante todo o percurso da pessoa.

Tem havido um investimento forte nisto, sob a liderança do Secretário Nésio Fernandes. É preciso que se diga que o Ministério da Ministra Nísia, com o Secretário Nésio Fernandes, tem ampliado fortemente o número de equipes de estratégia de saúde da família no Brasil. Isso precisa ser defendido e protegido por todos nós, para que não haja mais desmontes.

Não se pode falar em consultas e em atendimento humanizado e centrado na pessoa quando a equipe tem que coordenar 20 mil pessoas no meio de uma região ainda vulnerabilizada. A população precisa se envolver e lutar para que existam equipes suficientes, em número adequado para cuidar do território, para que promovam agendas com tempos de consulta adequados e que possam ter suas necessidades atendidas no nível da atenção primária.

Precisamos qualificar ações de matriciamento, de telessaúde e de capacitação de profissionais em todos os níveis de atenção.

A rede de apoio envolve ações como a Academia da Saúde, a promoção de atividade física e a promoção de hábitos saudáveis, essenciais no cuidado e na assistência à saúde mental.

Deixo nosso contato e reforço que houve um investimento grande em todas estas ações, por meio do PAC, para o fortalecimento do número de unidades básicas de saúde, de equipes, de ambulâncias em todas as áreas. É importante enxergarmos com clareza que investir no SUS é investir, sim, na melhoria de todo o contexto atual de doenças graves, que tem se ampliado e aumentado com o envelhecimento populacional.

Obrigada.

**O SR. PRESIDENTE** (Prof. Paulo Fernando. Bloco/REPUBLICANOS - DF) - Agradeço aos convidados a presença.

Eu gostaria de pedir à representante do Ministério da Saúde que fez a projeção e ao Secretário Nacional que fizessem a gentileza de disponibilizar o material, que traz dados muito importantes.

Agradeço ao nosso Presidente Aliel Machado, a todos os servidores da Comissão e à equipe técnica.

Quarta-feira é um dia muito atribulado para nós Parlamentares, porque temos que estar em dois ou três lugares ao mesmo tempo. Peço que me perdoem, eu gostaria que pudéssemos discutir mais.

Eu achei muito interessantes os dados apresentados, as experiências e as considerações do Dr. Antônio — dos dois — sobre a depressão e a viuvez. Isso chamou muito a minha atenção. Ouvi os dados relativos aos homens, eu não sabia que

os homens tinham uma tendência maior ao suicídio que as mulheres. Isso nos ajudará a saber o que podemos fazer, na condição de Parlamentares desta Comissão, para ajudar a diminuir o número tão elevado de suicídios.

Agradeço aos ilustres convidados, que muito nos honraram.

Antes de encerrar os trabalhos, convoco a próxima reunião deliberativa desta Comissão para o dia 3 de dezembro de 2023, às 13 horas, neste mesmo plenário, com pauta a ser divulgada oportunamente. Lembro que amanhã, na Comissão de Constituição e Justiça, haverá um debate sobre o empobrecimento dos servidores públicos, questão que leva muita gente ao suicídio, principalmente as pessoas que recorrem a créditos consignados.

Agora vamos para a Comissão que trata da PEC do Professor.

Muito obrigado.

Tenham todos uma boa-tarde.

Declaro encerrada a presente reunião.