

VOLUME
30

NÚMERO
76

ABRIL
2020

mais60

ESTUDOS SOBRE ENVELHECIMENTO

Sesc

ARTIGO

Taxa de suicídio aumenta entre idosos no Brasil e no mundo

ENTREVISTA

Ume Shimada
93 anos, produtora
de chá preto

PAINEL DE EXPERIÊNCIAS

Limites da lucidez:
desmistificando o diagnóstico –
Ciclo sobre demências



Sesc São Paulo

Av. Álvaro Ramos, 991
03331-000 São Paulo - SP
Tel.: +55 11 2607-8000
sescsp.org.br

mais60

ESTUDOS SOBRE ENVELHECIMENTO

VOLUME

30

NÚMERO

76

ABRIL

2020

ISSN

2358-6362

Produção técnica editada pelo
Sesc – Serviço Social do Comércio

SESC - SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO
Administração Regional no Estado de
São Paulo

PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL

Abram Szajman

DIRETOR DO DEPARTAMENTO REGIONAL

Danilo Santos de Miranda

SUPERINTENDENTES

Técnico-Social Joel Naimayer Padula

Comunicação Social Ivan Giannini

Administração Luiz Deoclécio

Massaro Galina Assessoria Técnica e de

Planejamento Sérgio José Battistelli

GERENTES

Estudos e Programas Sociais Cristina Riscalla

Madi Adjunta Cristiane Ferrari *Artes Gráficas*

Hélcio Magalhães *Adjunta* Karina Musumeci

COMISSÃO EDITORIAL

Neide Alessandra Périgo Nascimento
(coordenação), André Venancio da Silva,
Adriana Reis Paulics, Adriano Alves Pinto
Campos, Cristina Fongaro Peres, Danilo
Cymrot, Fernanda Andrade Fava, Flavia
Rejane Prando, Gabriel Alarcon Madureira,
Gustavo Nogueira de Paula, Ioná Damiana
de Souza, Jair de Souza Moreira Júnior,
Julio Cesar Pereira Júnior, Mariana Barbosa
Meirelles Ruocco, Octávio Weber Neto,
Rosângela Barbalacco, Susana Coutinho de
Souza Cerveira, Thais Helena Franco

Editoração Thais Helena Franco

Produção Digital Ana Paula Fraay

Fotografias pág. 62, 63: Newton Silva; pág.
82, 83, 84 e 87: Matheus José Maria; pág.
98: Aline de Castro; pág. 100: Arthur
Amaral.

Pinturas Capa, pág. 8, 9, 88 a 97: Lorenna
Lannes.

Revisão Samantha Arana

Projeto Gráfico Marcio Freitas
e Renato Essenfelder

**Artigos para publicação podem ser
enviados para avaliação da comissão
editorial, no seguinte endereço:**

revistamais60@sescsp.org.br

Mais 60: estudos sobre envelhecimento /
Edição do Serviço Social do Comércio. –
São Paulo: Sesc São Paulo, v. 30, n. 76,
Abril 2020 –.
Quadrimestral.

ISSN 2358-6362

Continuação de A Terceira Idade: Estudos
sobre Envelhecimento, Ano 1, n. 1, set. 1988-
2014. ISSN 1676-0336.

1. Gerontologia. 2. Terceira idade. 3. Idosos.
4. Envelhecimento. 4. Periódico. I. Título. II.
Subtítulo. III. Serviço Social do Comércio.
CDD 362.604



CAPA

Lorena Lannes

É artista visual.

lorennalannes@yahoo.com

SUMÁRIO

- 1** PÁGINAS DE 8 A 23
Destaque da edição
Taxa de suicídio aumenta entre idosos no Brasil
Análises de 2007 a 2017
por Daiane Borges Machado
- 2** PÁGINAS DE 24 A 41
Tentativas de suicídio em idosos no Brasil:
Características sociodemográficas e série temporal das
hospitalizações nos últimos 10 anos
por Flávia Jôse Oliveira Alves e Daiane Borges Machado
- 3** PÁGINAS DE 42 A 52
Envelhecimento e Cuidados Continuados Integrados:
Uma nova perspectiva no cuidado à saúde do idoso em
Campo Grande/MS
por Eli Fernanda Brandão Lopes, Carolina de Sousa Rotta, Edivania
Anacleto Pinheiro Simões e Maria de Fátima Bregolato Rubira de Assis
- 4** PÁGINAS DE 53 A 61
Efetividade do treinamento de dupla tarefa no
desempenho funcional em idosos
por Jéssica Boaventura de Oliveira, Elisandra Galvão Lopes e
Dauana Bomfim França
- 5** PÁGINAS DE 62 A 81
Exposição de Mala Pronta - o viajante do Sesc conta sua
história: memórias e realizações
por Ana Cristina de Souza
- e** PÁGINAS DE 82 A 87
ENTREVISTA: Ume Shimada
- p** PÁGINAS DE 88 A 97
PINTURA: Lorena Lannes
- p** PÁGINAS DE 98 A 101
PAINEL DE EXPERIÊNCIAS:
Limites da lucidez: desmistificando o diagnóstico
por Natália Lemes Araújo
- r** PÁGINAS DE 102 A 105
RESENHA: Carta a D. História de um Amor
por Fernanda Fava



Assuntos sensíveis e a necessidade da discussão

Danilo Santos de Miranda

Diretor do Sesc São Paulo



O suicídio é uma questão de saúde pública que traz implicações complexas e de diversas ordens: pessoal, ambiental, sociocultural, psicológica, emocional, entre outras. Ainda que não seja um tema de fácil discussão, há necessidade de abordá-lo, uma vez que esse fenômeno tem crescido no mundo e, no Brasil, não é diferente.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde¹, são altos os índices de suicídio não só entre jovens, mas também entre pessoas com 60 anos ou mais, e os motivos para uma tentativa de morte autoprovoçada costumam variar de acordo com a faixa etária.

Sendo assim, faz-se cada vez mais necessário abrir espaços de discussão para um assunto que precisa ser melhor compreendido. Deve-se ampliar a escuta, identificar os meios utilizados e investigar o perfil das pessoas segundo a idade.

¹ WHO. (2014). Preventing suicide: a global imperative. World Health Organisation, Geneva.

Com relação aos idosos, especialistas da área indicam que o próprio processo de envelhecimento pode acentuar sentimentos de solidão, isolamento, vinculados a mudanças sociais e políticas, ageísmo, violências e depressão. Nesse sentido, profissionais da saúde e da rede de assistência, filhos, netos, vizinhos e cuidadores precisam ficar atentos.

A Revista Mais 60: estudos sobre envelhecimento, busca trazer à luz os assuntos por vezes nas sombras, estimulando reflexões com estudantes, profissionais e interessados na área do envelhecimento e longevidade.

E o Programa Trabalho Social com Idosos, por meio do eixo programático Sociedade e Cidadania, discute, presencialmente, temas da contemporaneidade por meio de seminários, mostras de filmes, bate-papos, rodas de conversas, palestras e ciclos de debate, com acolhimento e cuidado.

O Sesc entende que a arte auxilia, de maneira poética, o endereçamento de matérias sensíveis. Um trecho da letra da música “Um Homem Chamado Alfredo”, do poeta Vinícius de Moraes, em parceria com o compositor Toquinho, convida a uma reflexão que serve, aqui, de porta de entrada:

O meu vizinho do lado	...eu sempre o cumprimentava
Se matou de solidão	Porque parecia bom
Ligou o gás, o coitado	Um homem por trás dos óculos
Último gás do bujão	Como diria Drummond
Porque ninguém o queria	Num velho papel de embrulho
Ninguém lhe dava atenção	Deixou um bilhete seu
Porque ninguém mais lhe abria	Dizendo que se matava
As portas do coração	De cansado de viver
Levou com ele seu louro	Embaixo assinado Alfredo
E um gato de estimação...	Mas ninguém sabe de quê

Boa leitura! ☺

1

*Artigo
da capa*

Taxa de suicídio aumenta entre idosos no Brasil

Análises de 2007 a 2017

[Artigo 1, páginas de 8 a 23]





Daiane Borges Machado

Doutora em Epidemiologia e Saúde Populacional pela London School of Hygiene & Tropical Medicine, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e psicóloga pela Universidade Federal da Bahia. Tem investigado sobre o fenômeno do suicídio por mais de 10 anos e suas principais áreas de pesquisa concentram-se em saúde populacional, violência, saúde mental, prevenção de suicídio e homicídios e avaliação de programas governamentais.



RESUMO

Suicídio é um relevante problema de saúde pública que afeta populações no mundo inteiro e tem crescido no Brasil. As taxas de suicídio são mais altas entre pessoas com 70 anos ou mais de idade, tanto entre homens quanto entre mulheres, em quase todas as regiões do mundo.

É preciso identificar os meios utilizados e conhecer o perfil das vítimas em cada faixa etária, principalmente entre os idosos que geralmente enfrentam as especificidades do próprio processo de envelhecimento.

Métodos: Foi realizada uma descrição clínico-epidemiológica de todos os casos de suicídio entre idosos no Brasil, de 2007 a 2017, identificando os meios utilizados, o sexo, o estado civil e a raça/cor.

Resultados: Dados de 2017 revelam que 91% dos suicídios entre idosos de 60 anos ou mais decorreram de lesões autoprovocadas. Indígenas e negros apresentaram o maior aumento nas taxas no período avaliado, de 2007 a 2017.

Conclusões: A taxa de suicídio entre pessoas de 60 anos ou mais está aumentando mais entre os grupos mais vulneráveis (índios, negros e entre o sexo feminino). Os idosos com menor escolaridade apresentaram maior aumento percentual no número de casos de suicídio. É imprescindível realizar uma investigação aprofundada dos fatores que podem estar levando a ocorrência dessas mortes entre idosos de grupos mais vulneráveis no Brasil.

Palavras-chave: Suicídio, idosos, Brasil, envelhecimento.

ABSTRACT

Suicide is a relevant public health problem, overall it is decreasing worldwide while it is increasing in Brazil. The suicide rates are highest among people 70 years or older, both among men and women, in almost all regions of the world.

It is important to identify the methods used and investigate the profile of the victims in each age group, especially among elderly who often face specificities from the ageing process.

Methods: *We performed an epidemiological clinical description of all cases of suicide among the elderly in Brazil, from 2007 to 2017, accessing the methods used, sex, marital status and race.*

Results: *Data from 2017 showed that 91% of suicide cases among people 60 years or older resulted from self-injuries. Those declared as indigenous and black had the highest increase in suicide rates in the period evaluated, from 2007 to 2017.*

Conclusions: *Suicide rate, among those 60 years or older, is increasing more among the most vulnerable groups (indigenous, black people and females). Elderly people with lower education level had the highest increase in the percentage of number of suicide cases. It is crucial to perform a further investigation of the factors that may be leading these deaths among elderly in the most vulnerable groups in Brazil.*

Keywords: *Suicide, elderly, Brazil, ageing.*

INTRODUÇÃO

Suicídio é um relevante problema de saúde pública, que afeta populações no mundo inteiro e tem crescido no Brasil (Machado & Santos, 2015). Globalmente, os suicídios representam 71% de todas as mortes violentas entre mulheres e 50% entre homens. Analisando por idade, as taxas de suicídio são mais altas entre pessoas com 70 anos ou mais de idade, tanto entre homens quanto entre mulheres, em quase todas as regiões do mundo (WHO, 2014).

Os jovens também são bastante afetados; o suicídio é a segunda principal causa de morte entre pessoas de 15 e 29 anos de idade no mundo (OMS, 2014). No Brasil a taxa de suicídio entre jovens de 10 a 24 anos é de 3,5, enquanto entre idosos de 60 ou mais é de 8,0 por 100.000 habitantes em 2012 (Machado & Santos, 2015). Segundo estudo anterior, essa taxa ainda apresenta tendência de crescimento, passou de 6,9 em 2000 para 8,0 por 100.000 habitantes em 2012 (Machado & Santos, 2015).

Assim como no Brasil, outros países em desenvolvimento também tiveram um aumento nas taxas de suicídio entre os idosos. Na China, apesar de a taxa geral de suicídios ter diminuído na última década, as taxas entre jovens do sexo masculino e idosos rurais não seguiram a mesma tendência. De fato, aumentaram entre os idosos, tanto nas áreas urbanas quanto nas rurais no final do período estudado, de 2009 a 2011. No mesmo período, 44% de todos os suicídios ocorreram entre aqueles com 65 anos ou mais e 79% entre os residentes rurais (Wang, C.W., Chan, C.L., & Yip, P.S., 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) explica que os motivos para uma tentativa de suicídio podem variar de acordo com a faixa etária e podem também sofrer influência de fatores contextuais e de mudanças socioculturais (WHO, 2014). É preciso identificar os meios utilizados e investigar o perfil das pessoas em cada faixa etária, principalmente entre os idosos que, geralmente, enfrentam as especificidades que o próprio processo de envelhecimento traz consigo.



Analisando por idade, as taxas de suicídio são mais altas entre pessoas com 70 anos ou mais de idade, tanto entre homens quanto entre mulheres, em quase todas as regiões do mundo (WHO, 2014).

110ª revisão¹⁷ (International Classification of Diseases, 10th revision ICD-10, WHO, 1992), códigos X60 a X84.

MÉTODOS

O presente estudo descritivo investigou as causas de suicídio entre idosos bem como o seu perfil clínico-epidemiológico entre o período de 2007 a 2017.

Os dados de mortalidade foram coletados do Sistema de Informações sobre Mortalidade Brasileira (SIM), Datasus (Tabnet, 2020) e os dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) /Censos Demográficos.

Foram considerados como suicídio de idosos todos os óbitos de 60 anos ou mais, causados pelo próprio indivíduo com essa intencionalidade, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10)¹.

Para identificar as principais causas de suicídio no país, foram calculadas as proporções de cada causa, segundo as categorias do CID-10 (X60-X84) no ano de 2017 e, em seguida, agrupadas em: 1. Causas resultantes de lesões (X70-X84) e 2. Causas resultantes de autointoxicações (X60-X69) e, posteriormente, recalculados os percentuais em 2017.

As taxas de suicídio foram calculadas por raça/cor para cada 100.000 habitantes e como não foram localizadas informações populacionais para os anos intercensitários, utilizou-se como denominador a população referida como brancos, pretos, amarelos, pardos e indígenas nos anos censitários de 2000 e 2010. Não houve relato de casos de suicídio entre indígenas de 60 anos ou mais em 2007, utilizou-se, então, para o cálculo da taxa, o dado de 2006.

A proporção de suicídios por nível de escolaridade e estado civil foram calculados pelo percentual de casos de suicídio declarados em cada categoria. A análise por nível de escolaridade foi feita com base no cálculo do percentual de pessoas que morreram por suicídio que tinham: nenhuma escolaridade; de 1 a 7 anos de estudo; 8 a 11 anos de estudo; ou 12 ou mais anos de estudo. Já para estado civil, os casos foram classificados em solteiros; casados; viúvos; separados judicialmente; outros; e ignorados.

Por fim, foram calculadas as tendências das taxas de suicídio total e por sexo no Brasil e nas cinco regiões pelo período de 11 anos, de 2007 a 2017 (ano mais recente divulgado pelo governo sobre os óbitos). As taxas de suicídio foram também calculadas entre idosos por estratos de idades menores; de 60 a 69; de 70 a 79; e 80 ou mais anos.

RESULTADOS

Dados de 2017 revelam que 91% dos suicídios entre idosos de 60 anos ou mais decorreram de lesões autoprovocadas (X70-X84) e 9%, de autointoxicação (X60-X69).

Dentre o grupo de lesões autoprovocadas, 73% foram por enforcamento, 11% por armas de fogo, 4,5% por precipitação de lugar elevado e 3% por lesão com objetos cortantes ou contundentes (Tabela 1). Entre o grupo de casos resultantes de autointoxicação, o uso de pesticidas (X68) foi a principal causa correspondendo a 37% dos casos, seguida de 30% por uso de medicamentos diversos, 25% por outros produtos químicos e substâncias nocivas e 6% devido ao uso de álcool (Tabela 1).

Tabela 1: Percentual de suicídios por grupos de causas entre idosos

Lesão autoprovocada	%	n°
X70 - Enforcamento, estrangulamento e sufocação	73.0	1.464
X72- X74 - Armas de fogo	11.5	231
X80 - Precipitação de um lugar elevado	4.5	90
X78 X79 - Objeto cortante ou contundente	3.2	65
X84 - Meios não especificados	3.2	65
X71 - Afogamento e submersão	1.9	39
X76-X77 - Fumaça, fogo, chamas, vapor de água	1.5	30
X81 - Precipitação diante de um objeto em movimento	0.3	6
X82 - Impacto de um veículo a motor	0.2	5
X83 - Outros meios especificados	0.5	11
Autointoxicação	%	n°
X68 - Pesticidas	37.3	76
X60, X61, X63, X64 - Medicamentos diversos	27.9	57
X69 - Produtos químicos e substâncias nocivas	25.5	52
X65 - Álcool	6.4	13
X66 - Solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores	1.0	2
X67 - Outros gases e vapores	1.5	3
X62 - Narcóticos e psicodislépticos (alucinógenos)	0.5	1
Total	100	204

Artigo 1

Taxa de suicídio aumenta entre idosos no Brasil
 Análises de 2007 a 2017

O perfil dos idosos, vítimas de suicídio no Brasil, também variou segundo raça/cor, escolaridade, estado civil e sexo. A maior taxa de suicídio entre idosos, em 2007, foi entre a população descendente de Asiáticos. No entanto, em 2017 (ano com dados disponível mais recente), este grupo foi o único a apresentar decréscimo na taxa de suicídio com uma taxa 32% menor do que a taxa de 2007 (Tabela 2).

Analisando-se por raça/cor, a taxa de suicídio entre idosos em 2017 foi maior entre os declarados como indígenas com 13,2 para cada 100 mil habitantes. O maior aumento, nos últimos 10 anos, também ocorreu entre os idosos declarados como indígenas com um aumento percentual de 308% e entre os declarados como negros com um aumento de 66% de 2007 para 2017 (Tabela 2). Houve uma redução de 32% nas taxas de suicídio entre idosos declarados como descendentes de asiáticos nesse mesmo período.

Tabela 2: Taxa de suicídio entre idosos no Brasil segundo raça-cor, em 2007 e 2017

Raça-cor	2007*	2017**	Diferença (2007-2017)	% de diferença
Branca	9.6	11.9	2.3	23.4
Preta	3.6	6.01	2.4	65.6
Amarela	15.9	10.7	-5.2	-32.5
Parda	7.8	9.4	1.5	19.5
Indígena	3.2	13.2	10.0	307.7

*Foi utilizada como denominador a população de 2000.

**Foi utilizada como denominador a população de 2010.

***A taxa de suicídio entre indígenas foi calculada em 2006.

No que concerne à escolaridade dos idosos vítimas de suicídio no Brasil, 50% dos idosos que foram vítimas de suicídio em 2007 tinham até 7 anos de escolaridade. Em 2017, esse percentual subiu para 57% e o número de ignorados passou de 39% em 2007 para 21% em 2017 (Tabela 3).

Tabela 3: Proporção de suicídio entre idosos segundo escolaridade

Anos de estudo	2007*		2017**		Diferença (2007-2017)
	%	n°	%	n°	
Até 7 anos	50.1	673	56.6	1.250	6.5
8 a 11 anos	6.1	82	14.2	314	8.1
12 anos ou mais	4.3	58	7.9	174	3.6
Ignorado	39.5	531	21.4	472	-18.2
Total	100.0	1.344	100.0	2.210	-

A maioria dos idosos, vítimas de suicídio em 2007 e 2017 tinham o estado civil declarado como casado, 54% em 2007 e 49% em 2017, seguido por solteiros e viúvos. No entanto, o percentual de idosos, vítimas de suicídio, declarados como casados e viúvos, diminuiu neste período e aumentou entre os separados e solteiros (Tabela 4).

Tabela 4: Proporção de suicídio entre idosos segundo estado civil

Estado civil	2007*		2017**		Diferença (2007-2017)
	%	n°	%	n°	
Solteiro	12.5	163	15.4	340	2.9
Casado	54.2	709	49.0	1.083	-5.2
Viúvo	19.4	254	15.4	341	-4.0
Separado judicialmente	6.6	86	10.7	237	4.1
Outro	0.7	9	2.9	64	2.2
Ignorado	6.7	87	6.6	145	-0.1
Total	100.0	1.308	100.0	2.210	-

A taxa de suicídio entre pessoas de 60 anos ou mais foi de 8.5 por 100 mil habitantes em 2017, apresentando tendência de crescimento, principalmente entre idosos entre 60 a 69. De 2007 para 2017, houve um crescimento de 18% entre idosos de 60 a 69 e de 15% entre idosos de 70 a 79 (Tabela 5).

As taxas de suicídio em 2017 foram cinco vezes maiores entre os idosos de 60 anos ou mais do que entre as idosas. No entanto, houve um aumento de 40% entre idosas, comparado aos 9% de aumento entre os idosos na mesma faixa etária (Tabela 5).

Avaliando por regiões, houve um grande aumento nas taxas de suicídio entre idosos de 60 anos ou mais em todas as regiões do Brasil, porém o maior aumento ocorreu nas regiões Norte e Centro-Oeste, com um aumento de 386% e 162% respectivamente. A região Sul foi a única a apresentar queda nas taxas de suicídio entre idosos, entretanto, apenas entre o sexo masculino (Tabela 5).

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Diferença (2007-2017)	% de diferença
Brasil													
Homens	14.3	14.0	13.5	13.2	13.6	14.3	13.6	13.4	14.7	14.8	15.6	1.3	9.0
Mulheres	2.1	2.5	2.4	2.6	2.5	2.8	3.0	2.4	2.9	2.6	2.9	0.8	39.9
60-69 anos	7.3	7.5	7.3	6.6	6.9	7.7	7.2	6.9	7.7	7.8	8.5	1.3	17.7
70-79 anos	7.6	7.7	7.1	7.7	8.1	7.8	8.1	7.6	8.8	8.6	8.7	1.1	15.0
80 anos ou mais	8.1	7.6	7.8	9.2	7.9	9.0	8.5	8.2	8.4	7.8	7.9	-0.1	-1.5
Total	7.5	7.6	7.3	7.3	7.4	7.9	7.7	7.3	8.1	8.0	8.5	1.0	14.0
Norte													
Homens	8.4	9.7	6.5	9.4	7.4	8.0	8.4	9.6	10.5	11.6	11.5	3.1	36.5
Mulheres	0.7	1.5	1.3	1.0	2.5	2.4	1.7	1.7	1.7	2.9	3.3	2.6	385.6
Total	4.5	5.6	3.8	5.1	4.9	5.1	5.0	5.5	6.0	7.1	7.3	2.8	62.4
Nordeste													
Homens	13.2	13.0	11.7	11.3	12.5	13.6	14.7	12.3	14.1	15.1	16.1	2.9	22.1
Mulheres	1.7	2.3	2.0	2.2	2.1	1.9	3.0	2.3	2.9	2.7	2.8	1.1	62.9
Total	6.8	7.0	6.3	6.2	6.6	7.0	8.1	6.7	7.8	8.1	8.6	1.8	27.1
Sudeste													
Homens	10.4	10.2	10.3	9.6	10.1	9.7	9.4	10.7	11.1	10.4	11.4	1.0	9.5
Mulheres	1.7	1.7	2.2	2.3	1.7	2.6	2.2	1.9	2.4	2.1	2.0	0.3	17.1
Total	5.5	5.4	5.7	5.5	5.3	5.7	5.4	5.7	6.2	5.7	6.1	0.6	11.8
Sul													
Homens	28.0	26.4	26.0	25.7	25.5	28.7	24.8	23.1	25.9	26.6	26.9	-1.1	-3.8
Mulheres	4.4	4.9	4.1	4.3	5.1	4.6	5.3	4.5	5.0	3.9	5.4	1.0	22.7
Total	14.8	14.5	13.8	13.8	14.2	15.3	14.0	12.8	14.3	14.0	15.0	0.2	1.1
Centro-Oeste													
Homens	16.2	17.8	16.1	17.7	17.6	17.3	14.9	15.5	16.9	17.0	17.5	1.3	8.1
Mulheres	1.3	3.2	2.7	2.8	2.9	3.9	3.2	2.2	2.7	3.2	3.5	2.1	161.7
Total	8.4	10.2	9.1	9.9	9.9	10.2	8.7	8.5	9.4	9.6	10.0	1.5	18.1

DISCUSSÃO

As taxas de suicídio entre idosos de 60 anos ou mais aumentaram em 14% no Brasil durante os últimos dez anos. Os maiores aumentos ocorreram entre idosos declarados como índios ou negros e entre as mulheres. Lesões autoprovocadas foram as principais causas destes óbitos. Enforcamento foi a primeira, em 2017, seguida por armas de fogo. Dentre as autointoxicações, um produto ilegalmente comercializado como “veneno de rato”, conhecido como “chumbinho” foi a primeira causa, seguida por overdose de medicamentos diversos.

MEIOS UTILIZADOS

Os dados de 2017 revelam que 91% dos suicídios entre idosos de 60 anos ou mais decorreram de lesões autoprovocadas e 9%, de autointoxicação. Dentre o grupo de lesões autoprovocadas, 73% foram por enforcamento, 11% por armas de fogo e 4,5% por precipitação de lugar elevado. Análises municipais mostraram que a disponibilidade de armas está associada ao aumento das taxas de suicídio masculino (Machado et al, 2018). Foi demonstrado que um maior acesso às armas está associado ao aumento das taxas de suicídio (Anglemyer et al., 2014). No Brasil, os homens geralmente têm maior envolvimento com situações de violência e, portanto, tendem a ter maior acesso a armas de fogo (Reichenheim et al., 2011). Isso pode explicar a associação encontrada apenas entre os homens. No entanto, a falta de poder estatístico entre as mulheres pode também ser o motivo da não associação entre as mesmas.

Dentre o grupo de casos resultantes de autointoxicação, o uso de “veneno de rato”, fabricado ilegalmente a partir de pesticidas (Anvisa, 2019), foi a principal causa com 37% dos suicídios de pessoas com 60 anos ou mais, seguido por 30% por uso de medicamentos diversos.



As taxas de suicídio entre idosos de 60 anos ou mais aumentaram em 14% no Brasil durante os últimos dez anos. Os maiores aumentos ocorreram entre idosos declarados como índios ou negros e entre as mulheres. Lesões autoprovocadas foram as principais causas destes óbitos.

Artigo 1

Taxa de suicídio aumenta entre idosos no Brasil
Análises de 2007 a 2017

Apesar de a OMS apontar o controle do acesso aos meios como uma das formas mais eficazes de reduzir o risco de suicídio e de estudos anteriores alertarem para a comercialização ilegal do “chumbinho”, o agrotóxico continua sendo ilegalmente comercializado no Brasil, indicando necessidade de melhoria na fiscalização.

Como uma maneira de prevenir os casos de suicídio entre idosos por overdose de medicamentos, indica-se que familiares ou pessoas próximas ao idoso acompanhem mais de perto o uso de medicamentos, bem como os profissionais de saúde podem orientar os familiares neste acompanhamento, quando identificarem um paciente em risco.

Sexo

No mundo, as taxas gerais de suicídio são três vezes maiores entre os homens (Nock et al, 2008). No Brasil, estas taxas também variam de acordo com o sexo, sendo que essa variação é ainda maior entre os idosos. Estudo anterior, realizado com a população geral do Brasil, mostrou que as taxas estão aumentando mais rapidamente entre as mulheres (35%), porém, entre os homens, essas taxas ainda são três vezes mais altas (Machado & Santos, 2015). Já entre os idosos, os resultados do presente estudo mostram que as taxas entre o sexo masculino chegam a ser mais de cinco vezes maiores do que as taxas entre o sexo feminino em 2017. No entanto, houve um relevante aumento de 40% entre as mulheres de 60 anos ou mais, comparado aos 10% de aumento entre os homens na mesma faixa etária nos últimos 10 anos.

Estudo qualitativo, utilizando técnicas de autópsia psicológica, indica que a maior proporção de idosos, vítimas de suicídio entre o sexo masculino, pode estar relacionada à cultura “masculina hegemônica”, quando os idosos enfrentam desafios como: a passagem da vida laboral para a aposentadoria, quando são diagnosticados com doenças crônicas degenerativas que provoquem deficiências, perda de autonomia ou até impotência sexual. Segundo os autores, dentro da lógica do patriarcalismo, estes fatores podem expressar a perda da referência existencial de masculinidade (de Souza Minayo, Meneghel, Cavalcante, 2012).

Raça/cor

Os resultados do atual estudo indicam que o perfil dos idosos, vítimas de suicídio no Brasil, também varia segundo a raça/cor, escolaridade, estado civil e sexo. A maior taxa de suicídio entre idosos, em 2007, ocorreu entre a população descendente de Asiáticos, classificada pelo IBGE como “amarela”. No entanto, em 2017, este grupo foi o único a apresentar decréscimo na taxa de suicídio, com uma taxa 32% menor do que a taxa ocorrida em 2007.

Em 2007, não houve relato de suicídio entre indígenas de 60 anos ou mais, no entanto, em 2017 (ano com dados disponíveis mais recentes), a taxa de suicídio entre indígenas foi a maior dentre as raça/cor declaradas entre idosos, com 13,2 para cada 100 mil habitantes. O maior aumento nas taxas de suicídio entre os idosos nos últimos 10 anos ocorreu entre os idosos declarados como indígenas e negros, com um aumento percentual de 308% entre os declarados como indígenas (usando 2006 como ano de referência) e 66% entre os declarados como negros, de 2007 para 2017. Grandes mudanças sociais, como as mudanças políticas recentes, as medidas de austeridade e a bipolarização da sociedade com o aceleração dos processos de exclusão podem estar influenciando este aumento entre os povos mais vulneráveis, no entanto, seriam necessários estudos inferenciais para confirmar estas hipóteses.

Escolaridade

Houve um maior aumento no número de casos de suicídio entre os idosos com menor escolaridade de 2007 para 2017. No entanto, como houve também uma diminuição no número de casos com esta informação “não declarada”- na declaração de óbito neste período, não podemos afirmar se de fato houve um aumento apenas entre os menos escolarizados ou se os menos escolarizados já eram a maior proporção dos casos em 2007. De qualquer forma, ainda que somássemos os casos sem informação para escolaridade com os casos declarados como de maior escolaridade (12 ou mais anos de estudo), o percentual de vítimas de suicídio entre os menos escolarizados permaneceria maior tanto em 2007 quanto em 2017.

Artigo 1Taxa de suicídio aumenta entre idosos no Brasil
Análises de 2007 a 2017

Estudo anterior encontrou associação entre percentual de indivíduos que não completaram o ensino básico e aumento nas taxas de suicídio nos municípios brasileiros (Machado, Rasella & Santos, 2015). A escolaridade de uma pessoa muitas vezes indica o contexto socioeconômico ao qual ela pertence. Pessoas com maior nível socioeconômico tendem a ter também maior escolaridade. Ademais, o nível de escolaridade de um indivíduo pode afetar a sua autoavaliação, influenciando sua autoestima e interações com os demais. A autoestima por sua vez funciona como fator protetor para a saúde mental e risco de comportamentos suicidas (Mann et al, 2004).

Fatores de risco para suicídio entre idosos

Estudo anterior, realizado no Brasil, mostrou maiores taxas de suicídio entre o grupo etário mais idoso, declarado como 60 anos ou mais, apresentando uma taxa de 8 por 100.000 habitantes em 2012. Entre 25 e 59 anos de idade a taxa foi de 7,4 por 100.000 habitantes e entre 10 e 24 anos foi de 3,5 por 100.000 habitantes no mesmo ano (Machado & Santos, 2015). Este estudo (Machado & Santos, 2015) também demonstrou crescimento das taxas entre os mais velhos, assim como foi encontrado no presente estudo.

Os motivos que levam uma pessoa a tornar-se vítima de suicídio variam entre as diversas faixas etárias. Entre os mais jovens, os desafios econômicos se tornam bastante importantes, principalmente em momentos de crise, quando o desemprego sobe e medidas de austeridade são implementadas. Estudo anterior demonstrou um aumento nas taxas de suicídio no Brasil após a crise, indicando que estas poderiam estar relacionadas às medidas de austeridade implantadas no país recentemente (Machado, Pescarini, Araújo, & Barreto, 2019).

O suicídio está fortemente relacionado aos sentimentos de desesperança (Nock et al, 2008). Quando problemas interpessoais, fatores psicológicos ou psiquiátricos são adicionados aos estressores socioeconômicos, isso pode tornar a vida mais difícil. Se, além disso, as pessoas não conseguem contar com apoio social e não conseguem encontrar solução para seus problemas, quando as dificuldades da vida são percebidas como maiores do que o desejo de viver, o suicídio pode ser visto como uma saída.

No entanto, entre os idosos, para além dos fatores socioeconômicos, existem fatores de risco específicos que podem ocorrer com o próprio processo de envelhecimento. O adoecimento, principalmente

o aparecimento de doenças crônicas e terminais, falecimento de familiares e amigos, a perda de papéis sociais com a aposentadoria e algumas vezes até a capacidade de autocuidado, assim como a perda de integração social, tornam-se fatores de risco entre as populações mais velhas e precisam ser observados atentamente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), relacionamentos afetivos podem atuar como fator de proteção contra o risco de suicídio; a perda desses relacionamentos pode aumentar o risco (OMS, 2014).

A maioria dos idosos vítimas de suicídio em 2007 e 2017 tinham o estado civil declarado como casado, 54% em 2007 e 49% em 2017, seguido por solteiros e viúvos. No entanto, o percentual de idosos vítimas de suicídio declarados como casados e viúvos diminuiu neste período e aumentou entre os separados e solteiros (Tabela 4). Possivelmente, o cálculo das taxas em vez de percentuais seria melhor indicador neste contexto. Sugere-se que novos estudos sejam realizados, incluindo estas novas medidas.

A integração social e relacionamentos próximos podem aumentar a resiliência individual (OMS, 2014) e isso pode ser uma das vias que explica porque o percentual de pessoas que moram sozinhas foi associado ao aumento das taxas de suicídio e hospitalizações por tentativa de suicídio nos municípios brasileiros (Machado et al, 2018). Contudo, o percentual de pessoas que moram sozinhas está aumentando no Brasil e o número médio de moradores por domicílio está diminuindo. Alguns autores indicam que essas mudanças estão relacionadas ao crescimento econômico brasileiro e à diminuição das taxas de fertilidade (Victora et al., 2011), no entanto, morar sozinho, caso isso indique isolamento social, pode aumentar a mortalidade (Holt-Lunstad et al., 2015), inclusive por suicídio.

Brasil e regiões

A taxa de suicídio entre pessoas de 60 anos ou mais foi de 8,5 por 100 mil habitantes em 2017 e aumentou, principalmente, entre idosos de 60 a 69 (18%). Avaliando por regiões, foi possível notar um aumento nas taxas de suicídio entre idosos de 60 anos ou mais em todas as regiões do Brasil e o maior aumento nas regiões Norte e Centro-oeste. A região Sul foi a única a apresentar queda nas taxas de suicídio entre idosos, entretanto, apenas entre os homens. Investigações locais são necessárias para identificar quais fatores de risco e proteção estão associados com as mudanças nestas regiões.



Os idosos com menor escolaridade apresentaram maior aumento percentual no número de casos de suicídio.

CONCLUSÃO

As taxas de suicídio entre idosos de 60 anos ou mais foram cinco vezes maiores entre o sexo masculino do que entre o feminino, em 2017. No entanto, houve um aumento de 40% entre as idosas, comparadas a 9% entre os idosos. O suicídio entre pessoas de 60 anos ou mais está aumentando mais entre os grupos mais vulneráveis, índios e negros. Os idosos com menor escolaridade apresentaram maior aumento percentual no número de casos de suicídio.

O suicídio é um fenômeno multicausal e com determinações distintas entre as diversas faixas etárias, portanto, é preciso estar atento aos fatores mais associados entre os mais velhos, tornando-se imprescindível uma investigação apurada dos fatores que tem afetado mais os idosos de grupos mais vulneráveis no Brasil.🌐

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anglemyer, A., Horvath, T., & Rutherford, G. (2014). The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 160(2), 101-110.
- Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/>>. Acesso em: 22 janeiro, 2020.
- de Souza Minayo, M. C., Meneghel, S. N., & Cavalcante, F. G. Suicídio de homens idosos no Brasil Suicide of elderly men in Brazil.

- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*, 10(2), 227-237.
- International classification of diseases: ICD-10. (1992). Geneva, World Health Organization, <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>.
- Machado, D. B., & Santos, D. N. D. (2015). Suicide in Brazil, from 2000 to 2012. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(1), 45-54.
- Machado, D. B., Rasella, D., & dos Santos, D. N. (2015). Impact of income inequality and other social determinants on suicide rate in Brazil. *PloS one*, 10(4).
- Machado, D. B., Alves, F. J., Rasella, D., Rodrigues, L., & Araya, R. (2018). Impact of the new mental health services on rates of suicide and hospitalisations by attempted suicide, psychiatric problems, and alcohol problems in Brazil. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(3), 381-391.
- Machado, D. B., Pescarini, J. M., Araújo, L. F. S. C. D., & Barreto, M. L. (2019). Austerity policies in Brazil may affect violence related outcomes. *Ciencia & saude coletiva*, 24, 4385-4394.
- Mann M, Hosman CMH, Schaalma HP, de Vries NK. Self-esteem in a broad spectrum approach for mental health promotion. *Health Educ Res* 2004; 19:357-372 PMID: 15199011.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133-154.
- Reichenheim, M. E., De Souza, E. R., Moraes, C. L., de Mello Jorge, M. H. P., Da Silva, C. M. F. P., & de Souza Minayo, M. C. (2011). Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *The Lancet*, 377(9781), 1962-1975.
- Tabnet DATASUS website. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acessado em 3 de janeiro.
- Victora, C. G., Aquino, E. M., do Carmo Leal, M., Monteiro, C. A., Barros, F. C., & Szwarcwald, C. L. (2011). Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*, 377(9780), 1863-1876.
- Wang, C. W., Chan, C. L., & Yip, P. S. (2014). Suicide rates in China from 2002 to 2011: an update. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(6), 929-941.
- WHO. (2014). Preventing suicide: a global imperative. World Health Organisation, Geneva.

2

Tentativas de suicídio em idosos no Brasil: Características sociodemográficas e série temporal das hospitalizações nos últimos 10 anos

[Artigo 2, páginas de 24 a 41]



Flávia Jôse Oliveira Alves

Doutoranda em Saúde Pública, na área de concentração de Epidemiologia, pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Mestre em Saúde Comunitária (ISC-UFBA), Residência Multiprofissional em Saúde da Família e graduada em Psicologia (UFBA). Atualmente, psicóloga clínica e pesquisadora do Centro de Integração de Dados e Conhecimento para Saúde (Cidacs).

Daiane Borges Machado

Doutora em Epidemiologia e Saúde Populacional pela London School of Hygiene & Tropical Medicine, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e psicóloga pela Universidade Federal da Bahia. Tem investigado sobre o fenômeno do suicídio por mais de 10 anos e suas principais áreas de pesquisa se concentram em saúde populacional, violência, saúde mental, prevenção de suicídio e homicídios e avaliação de programas governamentais.



RESUMO

Introdução: A tentativa de suicídio é o principal preditor do suicídio, constituindo um importante problema de Saúde Pública. O suicídio entre idosos ainda é um fenômeno pouco conhecido, necessitando de estudos que auxiliem no entendimento para a construção de estratégias de prevenção eficazes. Este estudo teve como objetivo identificar as principais causas de hospitalização por tentativas de suicídio entre idosos, descrever o perfil destas tentativas e analisar as taxas de hospitalizações por tentativas de suicídio nos últimos 10 anos no Brasil. **Metodologia:** Foram utilizados dados do Sistema de Informação Hospitalar, do Datasus. As proporções das causas de hospitalizações por tentativas de suicídio de idosos, foram calculadas por categorias do CID10, X60-X84 e analisadas as proporções por raça/cor. As taxas foram analisadas por sexo e faixas etárias menores, de 2009 a 2018. **Resultados:** A principal causa utilizada, dentre as hospitalizações por tentativas de suicídio, foi a autointoxicação (51,2%), dentre estas, o uso de medicamentos diversos foi a mais prevalente (24,2%). **Considerações finais:** Embora as hospitalizações por tentativas de suicídio de idosos estejam decrescendo no Brasil no período de 2009 a 2018 (3,9 por 100.000 habitantes em 2008 para 3,2 em 2018), investigar as tentativas de suicídio ainda é essencial num contexto em que poucas pesquisas foram realizadas na população de idosos e estas são necessárias para a construção de estratégias de prevenção eficazes.

Palavras chave: Tentativas de suicídio, suicídio, idosos.

ABSTRACT

Background: Suicide attempt is the most important risk factor for suicide and a significant public health problem. There is still little known about this phenomenon among elderly people. Researches are needed to address this knowledge gap, since knowledge about these deaths can facilitate strategies for suicide prevention. This study aimed to identify the main causes, the profile of elderly hospitalized by suicide attempt and the rates' trends in the last 10 years. **Methods:** It was used data from the Hospitalization Information System, from Datasus. The proportions of causes of hospitalization due to suicide attempt among those 60 years or older were calculated using the ICD10 categories, X60-X84. It was analysed the rates by sex and age, from 2009 to 2018. **Results:** The main causes for the hospitalized suicide attempt were self-intoxication (51.2%), among them the use of medicines was the most prevalent (24.2%). **Final considerations:** Although hospitalizations due to suicide attempt among elderly are decreasing in Brazil in the period analysed (3.9 per 100,000 habitants in 2008 to 3.2 per 100,000 in 2018), investigations about suicide attempts among elderly are still needed. There is still a literature gap in this age group and this knowledge is necessary for the construction of effective prevention strategies.

Keywords: Attempt suicide, suicide, elderly people.

INTRODUÇÃO

A alta ocorrência do suicídio no mundo o caracteriza como um problema de saúde pública. Estudos de tendências indicam que o número de suicídios tende a aumentar nos próximos anos, sendo os grupos de maior risco o dos homens e dos idosos (WHO, 2014).

O Brasil é o oitavo país, em números absolutos, na ocorrência do suicídio com uma taxa padronizada por idade, de 5,6 por 100.000 habitantes, em 2016 (Brasil, 2017). No entanto, é possível a existência de subnotificação destes dados, proveniente do estigma social que envolve o ato suicida (Gajalakshmi e Peto, 2007), além da possibilidade de algumas mortes serem mal classificadas como acidente ou causa desconhecida, quando ignorada a intencionalidade (Marín-León e Barros, 2003; Mello Jorge, Gotlieb e Laurenti, 2002; WHO, 2014).

Em relação aos aspectos sociodemográficos, o suicídio, no Brasil, segue a tendência mundial, apresentando, aproximadamente, três vezes maior a ocorrência entre homens do que nas mulheres (Marín-Leon e Barros, 2003; Viana, 2008; Machado e Santos, 2015; Bando e Lester, 2014), com maior taxa entre pessoas idosas (9,8/100.000, em 2016) (Brasil, 2017).

No entanto, pouco se sabe sobre tentativas de suicídio em todo o mundo. Estima-se que as tentativas de suicídio são cerca de 20 vezes maiores que as de suicídio, mas por serem mais difíceis de mensurar pelos Sistemas de Saúde, este ainda é um fenômeno pouco conhecido (WHO, 2014). Junior et al. (2016) realizaram um estudo com os dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), entre 1998 e 2014, para entender as hospitalizações por esta causa e encontraram que as taxas de hospitalização decresceram no país de 7,1/100000 habitantes em 1994 para 5,1/100000 em 2014. Ao estratificar por gênero, as taxas de hospitalizações foram maiores entre homens do que entre mulheres, com uma diferença percentual de 1,6% entre elas. O método mais empregado no mesmo ano (2014) foi a autointoxicação (70,4%).

A população acima de 60 anos é a que mais cresce no Brasil e na maior parte do mundo, o que justifica a necessidade de maior atenção para os problemas sociais e de saúde que afetam esta população. O suicídio acontece principalmente em pessoas idosas (WHO, 2014) e pode estar relacionado com o aumento da idade, que traz mudanças nos processos biológicos e psicológicos (Beeston, 2006; Minayo e Cavalcante, 2010). No Brasil, as taxas de suicídio na faixa etária acima de 60 anos são o dobro da taxa entre a população em geral, possivelmente, devido ao aumento crescente das taxas relativas ao grupo de homens idosos (Minayo, Cavalcante e Souza, 2006).

Artigo 2Tentativas de suicídio em idosos no Brasil:
Características sociodemográficas e série
temporal das hospitalizações nos últimos 10 anos

São diversos os fatores apontados como associados ao suicídio na população idosa (WHO, 2014), os estudos têm encontrado associação com doença terminal, doenças crônicas e isolamento social (Ying e Chang, 2009). As taxas de suicídio de idosos também tendem a aumentar com o crescimento da população de idosos, juntamente com doenças crônicas coexistentes e deficiência funcional (Conwell, Van Orden, & Caine, 2011). Estudos ainda citam que os idosos usam meios mais letais do que pessoas mais jovens (Conwell e Thompson, 2008; Mitty e Flores, 2008). Além disso, há maior possibilidade dos idosos do que outras faixas etárias experimentarem alterações sociopsicológicas importantes, tais como perda de um cônjuge ou de pessoas próximas, o que pode influenciar no surgimento de sintomas depressivos (Bonnewyn, Shah, & Demyttenaere, 2009).

Embora as taxas de suicídio em pessoas idosas sejam um fenômeno importante, pouco se conhece sobre as tentativas de suicídio nessa população. No Brasil, poucos estudos abordaram as tentativas de suicídio (Junior et al., 2016), não existindo estudos que analisem especificamente as hospitalizações por tentativas de suicídio na população idosa. Considerando que as tentativas de suicídio são importantes preditores do suicídio consumado (WHO, 2014), conhecer o perfil de hospitalizações por suicídio nesta população pode auxiliar na construção de intervenções eficientes, fundamentadas em dados de amplitude nacional, para se prevenir as tentativas de suicídio e evitar o óbito por esta causa nesta faixa etária.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar as principais causas de hospitalização de suicídio entre idosos, descrever o perfil das pessoas idosas que foram hospitalizadas por esta causa e analisar as taxas de hospitalizações por tentativas de suicídio no Brasil e regiões, no período de 2008 a 2018.

MÉTODOS

Realizou-se estudo descritivo, investigando-se as causas das hospitalizações por tentativas de suicídio de idosos no Brasil, o perfil dos idosos que foram hospitalizados por esta causa e a tendência das taxas de hospitalizações por tentativas de suicídio de idosos no Brasil e regiões, no período de 2009 a 2018.

Os dados de hospitalização por tentativas de suicídio foram coletados do Sistema de Informações Hospitalar (SIH), Datasus. Foram consideradas como hospitalizações por tentativas de suicídio, todas as

hospitalizações causadas com essa intencionalidade pelo próprio indivíduo, segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10^a revisão, códigos X60 a X84.

Foram considerados idosos, todos os indivíduos com 60 anos ou mais, conforme definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2002), e utilizados os dados da população nesta faixa etária, da projeção da população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponibilizados no Datasus.

Para identificar as principais causas de hospitalização por tentativa de suicídio no país, foram calculadas as proporções de cada causa, segundo as categorias da CID-10 (X60-X84) em dois períodos, o primeiro, incluindo todos os casos de 2009 a 2013 e, o segundo, de 2014 a 2018. A análise por raça/cor foi realizada com base no cálculo do percentual de idosos que foram hospitalizados por tentativas de suicídio, declarados como brancos, pretos, amarelos, pardos e indígenas, também somando todos os casos em dois períodos (2009-2013 e 2014-2018).

Avaliou-se a tendência das taxas de hospitalizações por tentativas de suicídio dos idosos por sexo e faixa etária (60 a 69 anos de idade, 70 a 79 anos e mais de 80 anos de idade) no Brasil e regiões no período de 10 anos, de 2009 a 2018, ano de divulgação dos dados completos de hospitalizações mais recentes no Brasil.

RESULTADOS

A maioria das hospitalizações por tentativa de suicídio entre idosos decorreu de autointoxicação (X60-X69), correspondendo a 68,3% dos casos de 2009 a 2013 e, 51,2%, no período de 2014 a 2018. Dentre as autointoxicações, a mais prevalente ocorreu por medicamentos diversos, com 26,2% dos casos no primeiro período e 24,2% dos casos no segundo período. A segunda causa mais prevalente foi a autointoxicação por álcool, com 25,1% dos casos no primeiro período e, 12,6%, no segundo período. Pesticidas foram a terceira causa, com 5,5% e 5,4%. A autointoxicação por álcool decresceu cerca de 49,63% no segundo período estudado (Tabela 1).

No grupo de lesão autoprovocada, no período de 2009-2013, predominaram as lesões por objeto cortante penetrante (6,4%) e precipitação de lugar elevado (4,1%). Já no segundo período, a ordem se inverteu, sendo 15,7%, das causas totais, de lesão por precipitação de lugar elevado, seguida dos objetos cortantes ou contundentes (13,5%). Dentre as causas com maior percentual de mudança de um período para o

Artigo 2

Tentativas de suicídio em idosos no Brasil:
 Características sociodemográficas e série
 temporal das hospitalizações nos últimos 10 anos

outro está a lesão autoprovocada por precipitação de lugar elevado, com mais de 200% de aumento do primeiro período para o segundo, seguida de objeto cortante penetrante, com 110,5% de aumento no segundo período. Em contrapartida, houve declínio da lesão autoprovocada por armas de fogo (Tabela 1).

Tabela 1: Percentual de hospitalizações por suicídio entre idosos, por grupos de causas no Brasil de 2009 a 2013 e 2014-2018

Lesão autoprovocada	2009-2013		2014-2018		% Mudança
	%	n°	%	n°	
X80 - Precipitação de lugar elevado	4.1	132	15.7	690	281.6
X78-X79 - Objeto cortante, penetrante ou contundente	6.4	206	13.5	594	110.5
X76 - Fumaça, fogos e chamas	3.5	113	1.9	85	-45.1
X72-X74 - Armas de fogo	2.5	79	1.8	80	-26.1
X70 - Enforcamento, estrangulamento e sufocação	0.5	17	0.6	26	11.7
X82 - Impacto de um veículo a motor	0.9	29	0.7	29	-27.0
X81 - Precipitação ou permanência de objeto em movimento	0.9	9	0.4	17	-57.2
X75 - Dispositivos explosivos	0.2	7	0.3	12	25.2
X77 - Vapor de água, gases ou objetos quentes	0.2	8	0.2	9	-17.9
X71 - Afogamento, submersão	0.2	5	0.1	3	-56.2
X84 - Meios não especificados	11.0	353	11.7	516	6.7
X83 - Outros meios especificados	1.9	60	2.0	90	9.5
Lesão autoprovocada	2009-2013		2014-2018		% Mudança
	%	n°	%	n°	
X60, X61, X63, X64 - Medicamentos diversos	26.2	841	24.2	1.065	-7.5
X65 - Álcool	25.1	806	12.6	556	-49.6
X69 - Outros produtos químicos	8.6	277	7.0	310	-18.3
X68 - Pesticidas	5.6	181	5.4	240	-3.2
X66 - Solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores	0.6	20	0.7	30	9.5
X62 - Narcóticos e alucinógenos	0.8	25	0.6	27	-21.2
X67 - Outros gases e vapores	1.5	48	0.6	26	-60.5
Total	100.0	3.216	51.2	4.405	-

Observou-se que 49,8% das hospitalizações por tentativa de suicídio no primeiro período foram de pessoas autodeclaradas como brancas, seguidas de 45% como pardas, 4,4% pretas, ao passo que indígenas e amarelos foram de 0,15% e 0,7% respectivamente. No entanto, essa informação não existia para 32,45% dos casos (1269 óbitos) neste mesmo período. No segundo período, a maior porcentagem de hospitalizações também foi entre os brancos (57,91%), seguidos dos pardos (34,7%), amarelos (2,2%) e indígenas (0,1%), havendo, porém, uma redução de quase 5% de não preenchimento da informação sobre raça/cor (Tabela 2).

Tabela 2: Proporção de hospitalizações por tentativas de suicídio de idosos, segundo raça, no Brasil de 2008-2013 e 2014-2018

Raça-cor	2009-2013		2017-2018	
	%	n°	%	n°
Branca	49.8	1317	57.9	1.764
Preta	4.4	116	5.2	158
Parda	44.9	1.186	34.7	1.056
Amarela	0.7	19	2.2	66
Indígena	0.2	4	0.1	2
Total	100.0	2.642	100.0	3.046
Com Informação	67.6	2.642	69.1	3.046
Sem Informação	32.4	1.269	30.9	1.359
Total	100	3.911	100	4.405

Entre 2009 e 2018, registraram-se no Brasil 7.672 hospitalizações por tentativas de suicídio entre idosos. Houve um declínio de 16,3% nas taxas de hospitalizações por tentativas de suicídio neste período, passando de 3,9 por 100.000 habitantes para 3,2 em 2018. Entre os idosos, o declínio foi de 13,7%, passando de 5,1 em 2009 para 4,4 em 2018 e, entre as idosas, de 20%, passando de 2,9 para 2,3 no mesmo período (Tabela 3).

As hospitalizações por tentativa de suicídio ocorrem quase duas vezes (1,8) mais frequentemente entre homens do que entre mulheres de 60 anos ou mais, sendo observada essa diferença em todas as estratificações de idade analisadas (de 60-69, 70-79 e 80 ou mais).

Artigo 2

Tentativas de suicídio em idosos no Brasil:
 Características sociodemográficas e série
 temporal das hospitalizações nos últimos 10 anos

A faixa etária que apresentou maior taxa de hospitalizações por esta causa foi de 60 a 69 anos. Houve um declínio das hospitalizações por tentativa de suicídio ocorrido em todas as faixas etárias estudadas, sendo -13,8% no grupo de 60 a 69 anos (3,9/100.000 em 2009 e 3,4/100.000 em 2018), 13,5% entre 70-79 anos (3,6/100.000 em 2009 e 3,1/100.000 em 2018) e -30,7% entre maiores de 80 anos (4,5/100.000 em 2009 e 3,1/100.000 em 2018) (Tabela 3).

Tabela 3: Taxa de hospitalizações por tentativas de suicídio entre idosos de 60 anos ou mais por sexo e região no Brasil de 2009 a 2018

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	% de Mudança
Brasil											
Mulheres	2,9	2,4	1,8	2,0	2,0	2,5	2,7	2,3	2,4	2,4	-20,1
Homens	5,1	4,7	4,4	3,7	4,4	5,3	5,8	4,5	4,5	4,4	-13,7
Geral	3,9	3,4	2,9	2,8	3,1	3,7	4,1	3,3	3,3	3,2	-16,3
Norte											
Mulheres	6,1	9,2	3,1	1,5	1,4	1,2	0,5	1,1	0,3	0,3	-95,5
Homens	13,5	10,8	6,2	3,8	4,9	4,0	3,5	2,1	2,6	1,9	-86,0
Total	9,7	10,0	4,6	2,6	3,1	2,6	1,9	1,5	1,4	1,2	-87,7
Nordeste											
Mulheres	3,3	0,9	1,5	1,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,0	1,6	-51,6
Homens	4,2	3,6	3,8	2,2	2,1	1,9	3,0	2,3	5,5	5,9	40,0
Total	3,7	2,1	2,5	2,3	4,0	4,7	4,4	3,7	3,6	3,5	-5,6,1
Sudeste											
Mulheres	2,4	2,8	2,1	2,8	2,2	3,1	3,6	2,8	3,0	3,2	31,4
Homens	4,5	5,0	4,3	4,3	5,1	6,5	5,1	6,5	5,1	4,8	7,5
Total	3,3	3,8	3,3	3,4	3,1	4,0	4,9	3,8	3,8	3,9	17,9
Sul											
Mulheres	3,1	1,7	0,7	1,2	1,3	1,6	1,9	1,6	1,9	2,0	-35,2
Homens	4,2	3,1	2,1	1,9	2,0	2,2	3,0	2,4	2,5	2,0	-53,2
Total	3,6	2,3	1,3	1,5	1,6	1,8	2,3	1,9	2,2	2,0	-44,6
Centro-Oeste											
Mulheres	2,7	2,9	3,1	1,9	1,9	2,4	1,6	2,1	1,7	1,4	-49,5
Homens	7,9	4,3	6,7	4,7	5,4	6,7	5,4	3,6	5,7	4,4	-43,9
Total	5,3	3,6	4,8	3,2	3,6	4,4	3,5	2,8	3,5	2,6	-50,3

Tabela 4: Taxas de hospitalizações por tentativas de suicídio entre idosos, por faixa etária, no Brasil de 2009 a 2018

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	% de Mudança
60-69 anos											
Mulheres	2.5	2.3	1.7	1.8	2.0	2.7	2.3	2.2	2.4	2.3	-6.9
Homens	5.5	5.1	4.6	4.1	4.9	5.5	5.8	4.8	4.5	4.5	-17.7
Geral	3.9	3.6	3.1	2.9	3.4	4.0	3.9	3.4	3.4	3.4	-13.8
70-79 anos											
Mulheres	2.9	2.5	1.7	2.0	1.9	2.3	2.7	2.0	2.1	2.3	-21.8
Homens	4.5	4.4	4.1	3.3	3.3	4.7	5.9	4.0	4.3	4.2	-6.7
Total	3.6	3.3	2.7	2.6	2.5	3.4	4.0	2.9	3.1	3.1	-13.6
80 anos ou mais											
Mulheres	4.5	2.8	2.3	2.8	2.4	2.4	4.4	3.3	2.6	2.5	-44.2
Homens	4.4	3.3	3.7	2.8	4.6	5.6	5.9	4.4	5.4	4.1	-7.4
Total	4.5	3.0	2.8	2.8	3.2	3.6	4.9	3.7	3.6	3.1	-30.7

A hospitalização por tentativas de suicídio tem decrescido no país, sendo, esta tendência, semelhante entre as regiões brasileiras, exceto para a região sudeste. A maior taxa de hospitalizações ocorre na região Sudeste, com um valor de 3,9 por 100.000 habitantes, no Nordeste, com 3,5, seguida por 2,6 no Centro-oeste, 1,9 no Sul e 1,20 no Norte, em 2018. É importante notar que a região Nordeste, apesar de apresentar declínio nas taxas (5,6%), apresentou um aumento das hospitalizações por tentativas de suicídio dos homens de 40%, ao passo que apresentou declínio em 51% nas taxas de mulheres, ultrapassando em cinco vezes a taxa de hospitalizações entre as mulheres (Tabela 4).

A região Norte apresentou grande percentual de variação de 2009 para 2018, comparada às demais regiões, decrescendo 87,% em todo o período, passando de 10 por 100.000 habitantes para 1,2 por 100.000 no período estudado. Entre as mulheres, esse declínio foi de 95,5% e entre os homens, de 86%.

O Sudeste foi a única região que apresentou incremento das taxas de hospitalizações (17,9%), 31,4% decorrente do aumento das taxas de hospitalizações entre mulheres de 60 anos ou mais e 7,4% de hospitalizações entre os homens (Tabela 4).

Artigo 2

Tentativas de suicídio em idosos no Brasil:
 Características sociodemográficas e série
 temporal das hospitalizações nos últimos 10 anos

No Sul do país, a taxa de hospitalização por esta causa decresceu 44,6%, passando de 3,6 em 2009 para 2,0 em 2018, sendo maior o declínio entre homens (53,2%) do que entre as mulheres (35,2%). No Centro-oeste, as hospitalizações decresceram 50,3%. A diminuição ocorreu entre os dois sexos, sendo maior entre as mulheres (49,5%).

Tabela 5: Taxas de mortalidade Hospitalar por tentativas de suicídio entre idosos, por faixa etária, no Brasil de 2009 a 2018

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	% de Mudança
60-69 anos	6.3	7.7	8.0	9.1	6.4	5.0	6.0	6.2	5.6	6.2	-2.2
70-79 anos	4.9	8.1	7.7	12.3	8.6	5.3	6.0	8.7	9.5	7.4	52.6
80 anos ou mais	4.3	8.6	11.4	6.1	5.1	9.6	8.6	10.2	6.1	10.2	133.9
Total	5.6	7.9	8.4	9.6	6.7	5.7	6.4	7.4	6.7	7.1	26.1

A taxa de mortalidade hospitalar entre idosos variou de 5,6/100.000 em 2009 para 7,1/100.000 em 2018, apresentando um incremento de 26,1% no período. O maior crescimento percentual entre as taxas ocorreu entre os idosos de 80 anos ou mais (133,9%). Chama a atenção que entre a população de idosos a partir de 60 anos, esta taxa decresceu 2,2%.

DISCUSSÃO

Os dados mostraram um declínio geral nas taxas de hospitalização por tentativas de suicídio de idosos no Brasil, passando de 3,9 por 100.000 habitantes em 2008 para 3,2 por 100.000 em 2018, com redução entre homens e mulheres em todos os grupos de idade. No entanto, houve aumento no Sudeste. O decréscimo nas taxas de hospitalizações neste período pode ser oriundo da melhoria da qualidade da atenção à saúde para a população como a expansão da Saúde da Família (Pinto e Giovanela, 2018), assim como da expansão dos Serviços de Saúde Mental no período.

As principais causas de hospitalizações por tentativa de suicídio de idosos no Brasil, no período estudado, foram as autointoxicações, principalmente por medicamentos diversos, seguidas de álcool e pes-



As hospitalizações por tentativa de suicídio ocorrem quase duas vezes (1,8) mais frequentemente entre homens do que entre mulheres de 60 anos ou mais, sendo observada essa diferença em todas as estratificações de idade analisadas (de 60-69, 70-79 e 80 ou mais).

ticidas. É interessante notar que as autointoxicações por álcool declinam percentualmente em cerca de 40% no segundo período analisado (2014-2018). No entanto, tratando-se de um estudo descritivo, não podemos afirmar se houve mudança na classificação de tentativas pelo consumo de álcool ou se os idosos passaram a tentar por outras vias. Entre as lesões, em todo o período estudado, os maiores percentuais foram de precipitação de lugar elevado e lesão por objeto cortante, penetrante ou contundente.

O conhecimento dos métodos utilizados para as tentativas de suicídio explicam uma parte importante das diferenças nas taxas de hospitalização e também de mortalidade, uma vez que o meio empregado pode implicar na letalidade (WHO, 2014), além de auxiliarem a orientar programas de prevenção ao suicídio na adoção de estratégias eficazes. Estudo realizado na Polônia sobre as tentativas de suicídio mostrou que o método mais utilizado foi intoxicação por medicamentos (42,31%) (Shilubane et al., 2013). Na Itália, também a autointoxicação foi o meio mais utilizado na tentativa de suicídio, correspondendo a 69,3% dos casos (Zeppegno et al., 2015). Já na Ásia, enforcamento e envenenamento com pesticidas foram os métodos predominantes (Wu, Chen e Yip, 2012). Estudo realizado no Brasil com dados de hospitalização por tentativas de suicídio, do período de 1998-2014, também encontrou que a maioria das tentativas que terminaram em hospitalizações foi devido à autointoxicação (Junior et al., 2016). Na população de idosos, estudo realizado com dados do Centro de Informação e Assistência Toxicológica do Paraná, também se encontrou maior porcentagem de utilização de medicamentos dentre as tentativas por autointoxicação (Seleghim et al., 2012).

Artigo 2Tentativas de suicídio em idosos no Brasil:
Características sociodemográficas e série
temporal das hospitalizações nos últimos 10 anos

Esses achados anteriores são consistentes com os encontrados no presente estudo em relação aos idosos, em que a maioria das hospitalizações por esta causa foi devido à autointoxicação medicamentosa. É importante destacar que o acesso ao meio para realizar a tentativa de suicídio é considerado como um importante fator de risco para o suicídio (WHO, 2014). A ampla disponibilidade e facilidade no acesso a medicamentos, além da diversidade de medicamentos utilizados no processo de envelhecimento podem favorecer a ocorrência de suicídio entre idosos (Seleghim et al., 2012). Dessa forma, a atenção à saúde da pessoa idosa deve contemplar as ações do uso racional de medicamentos, considerando desde o acesso oportuno aos medicamentos como necessidades específicas dessa fase, bem como o monitoramento da utilização das doses indicadas, nos intervalos e período definidos de medicamentos seguros e eficazes para esta faixa etária (Santos et al., 2018).

Outra causa importante dentre as hospitalizações por tentativas de suicídio entre os idosos foi a autointoxicação por álcool (25% no primeiro período e 12,6% no segundo). Dessa forma, mesmo apresentando redução de 49,6% no último período do estudo, esta causa ainda permaneceu na segunda classificação dentre as autointoxicações. Importante se considerar também que o consumo de risco de álcool vem aumentando mundialmente (WHO, 2010), sendo que, na população idosa, o uso de álcool é ainda mais preocupante devido a alterações fisiológicas relacionadas à idade, que podem aumentar a sensibilidade e reduzir a tolerância ao álcool, favorecendo o desenvolvimento de eventos adversos à saúde (Samsha, 1998). Estudo realizado no Brasil com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 mostrou que, apesar da maioria dos idosos relatarem abstinência ao uso de álcool (86%), ainda se observa uma prevalência considerável de idosos que apresentam um padrão excedente às atuais recomendações de consumo (até uma dose por dia para mulheres e duas doses por dia para homens), propostas pela OMS. Dessa forma, esforços devem ser direcionados para o controle do uso, principalmente no que diz respeito ao consumo de risco de álcool, visto que este também é um fator de risco para o suicídio (Hawton, 2009). Também é necessário melhor entender o uso do álcool como uma das principais causas de hospitalizações por tentativas de suicídio de idosos no Brasil, visto que esta causa não se configura como umas das principais quando se estuda a população em geral (Junior et al., 2016).

A utilização de pesticidas apareceu em terceiro lugar dentre as autointoxicações, chamando a atenção para a necessidade de políticas

de controle e de fiscalização adequadas, uma vez que muitos são comercializados legalmente em nosso país. As lesões por precipitação de lugar elevado e por objetos cortantes, que são difíceis de controle do acesso, foram as que se destacaram dentro das lesões autoprovocadas, chamando a atenção para a necessidade de uma atenção qualificada para a pessoa em risco, através da identificação precoce e controle do acesso a estes meios (WHO, 2014).

A maioria das pessoas que foram hospitalizadas por tentativas de suicídio no período estudado foram autodeclaradas como de cor branca (49,8% entre 2008 a 2013 e 57,91% entre 2014 a 2018), seguidas de pardas (44,9% e 34,7), pretas (4,4% e 5,2%), amarelas (0,7% e 2,1%) e indígenas (0,1 e 0,1). Sabe-se que no Brasil, considerando-se as taxas de suicídio, a população indígena é a que apresenta maior mortalidade por esta causa (Machado e Santos, 2015), não encontramos no presente estudo os mesmos resultados para as porcentagens das pessoas idosas hospitalizadas por tentativas. Essa diferença pode estar mostrando dificuldades de acessibilidade a hospitais pelos povos indígenas, no entanto, seriam necessários outros estudos que pudessem investigar melhor a relação entre raça e suicídio entre os idosos no Brasil.

Em relação ao sexo, verificou-se que os homens idosos apresentam maiores taxas de hospitalização por tentativa de suicídio em comparação com as mulheres idosas em todo período investigado, padrão semelhante ao das taxas de suicídio (Machado e Santos, 2015). Este é um fenômeno predominante para o suicídio consumado, exceto em alguns países como a China, possivelmente relacionado à diferença dos métodos utilizados na tentativa de suicídio, sendo os empregados pelas mulheres, nestes locais, mais letais (Pommereau, 2012; Vamik et al., 2011; Cheong, Choi e Cho, 2012;). Em contrapartida, as taxas de tentativas são maiores em mulheres, apesar das taxas de suicídio serem maiores entre homens (WHO, 2014; Tsirigotis, Gruszczynski, Tsirigotis, 2014).

É relevante observar que a parcela das tentativas que representa as hospitalizações significa aquelas mais graves, que requerem internação de pelo menos 24 horas (Brasil, 2016). Por isso, os padrões das hospitalizações podem ser muito mais próximos aos do suicídio do que das tentativas, em relação ao sexo. Este fenômeno vem sendo explicado tanto pelo acesso aos meios mais letais pelos homens como armas de fogo quanto à expressão da agressividade e pressões sociais envolvidos na masculinidade (Cleary, 2012; Minayo, Cavalcante e Gonçalves, 2010). Para os idosos, a vivência desta masculinidade hegemônica pode ser ainda mais sentida, uma vez que a perda de papéis neste momento da vida,

Artigo 2Tentativas de suicídio em idosos no Brasil:
Características sociodemográficas e série
temporal das hospitalizações nos últimos 10 anos

como as funções de chefia da família e na sociedade, antes ocupadas por eles, pode estar relacionada a sentimentos de incapacidade (Cleary, 2012; Minayo, Meneghel e Cavalcante, 2012). Há ainda a forma de lidar com a aposentadoria, dificuldades financeiras e adoecimento crônico (Cleary, 2012). Em contrapartida, as menores taxas encontradas entre as idosas podem ser explicadas pelas mulheres cuidarem mais da própria saúde, além de culturalmente exercerem papel de cuidadoras, mantendo relações mais próximas com suas redes de apoio social (Gomes et al., 2011; Pinto et al. 2012; Meneghel et al., 2004).

São ainda apontados outros fatores para o suicídio de idosos, como a presença de doenças crônicas e degenerativas, de transtornos mentais como a depressão e o alcoolismo, além de presença de doenças terminais e problemas sociais como o isolamento e solidão e falta de uma rede de apoio social (O'Connell, 2004; Nock et al., 2008; Hawton, 2009; Minayo, Cavalcante e Gonçalves, 2010). As tentativas prévias em outros momentos da vida e o acesso aos meios utilizados para a tentativa estão entre os principais fatores, além de momentos estressantes como perdas de familiares (O'Connell, 2004).

Observou-se declínio nas taxas de hospitalização por tentativa de suicídio entre idosos em todas as faixas etárias estudadas, independentemente do sexo. As taxas de hospitalizações por tentativa de suicídio foram aproximadas entre idosos de 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e com mais de 80 anos. Podem existir diferentes razões para cada período, como o momento de lidar com a aposentadoria ou com uma doença terminal, mas não foi possível visualizar em nosso estudo diferenças dentre estas taxas, necessitando de mais estudos que explorem as tentativas entre idosos para além das hospitalizações, para melhor entender este fenômeno.

O banco de dados de hospitalizações possui dados sobre mortalidade hospitalar que nos possibilita visualizar a letalidade entre as faixas etárias, verificando que as taxas vão aumentando de acordo com a idade, por exemplo, 6,2%, 7,4% e 10,2%, respectivamente, em 2018. Pode-se pensar em algumas considerações como a utilização de meios mais letais pela população mais idosa, mas é importante estar atento ao fato do próprio processo de envelhecimento, que faz com que o idoso fique fisicamente mais vulnerável e, conseqüentemente, a tentativa se dê com maior risco de letalidade, gerando, assim, uma relação mais próxima entre tentativas e o suicídio consumado.

A qualidade dos dados do SIH é uma possível limitação deste estudo, devido à possibilidade de subnotificação dos dados. É importante



No Brasil, ainda se discute pouco as ações de prevenção de suicídio entre idosos no âmbito das políticas públicas de saúde, sendo importante destacar que uma tentativa de suicídio traz consequências importantes para o indivíduo, a família e o Estado.

salientar também que as hospitalizações compreendem apenas as internações a partir de 24 horas dos hospitais públicos ou conveniados do SUS (Brasil, 2016). Tentativas de suicídio que resultaram em danos físicos menos graves, ou que não foram atendidas no SUS, não foram incluídas na contagem. Portanto, os resultados não podem ser generalizados para as tentativas de suicídio no Brasil, mas para aquelas mais graves, que demandaram internações. Apesar das limitações, o presente estudo possibilitou identificar as principais causas e o perfil dos idosos que são hospitalizados por tentativas de suicídio no Brasil, comparando as regiões brasileiras em um período de 10 anos.

CONCLUSÕES

As hospitalizações por tentativas de suicídio entre idosos no Brasil diminuíram durante o período estudado, o que pode ser resultado da ampliação do acesso aos serviços de saúde, que auxiliam na identificação de pessoas em risco e tentativas pregressas, com adequado encaminhamento para Rede de Atenção Psicossocial e assim evitando tentativas futuras.

No entanto, desde que as taxas de suicídio de idosos estão aumentando no país, o emprego de meios mais letais pode aumentar inversamente o número de óbitos, que não chegam a serem hospitalizados, sendo necessários mais estudos para explorar estas questões.

No Brasil, ainda se discute pouco as ações de prevenção de suicídio entre idosos no âmbito das políticas públicas de saúde, sendo importante destacar que uma tentativa de suicídio traz consequências importantes para o indivíduo, a família e o Estado. O risco de sequelas graves pode contribuir para uma redução da qualidade de vida desses indivíduos, gerando problemas sociais e afetivos. Além disso, uma tentativa anterior de suicídio é o principal preditor de um suicídio consumado, sendo necessário conhecer melhor o perfil destas tentativas para se pensar em estratégias de prevenção eficazes. ➔

Artigo 2

Tentativas de suicídio em idosos no Brasil:
 Características sociodemográficas e série
 temporal das hospitalizações nos últimos 10 anos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Morbidade Hospitalar do SUS por local de residência. Notas Técnicas. Disponível em: DATASUS ficha técnica <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/midescr.htm>, acessado em dezembro de 2016.
- Beeston, D. Older people and suicide. Stoke on Trent: Centre for Ageing and Mental/Health Staffordshire University; 2006.
- Bonnewyn, A., Shah, A., & Demyttenaere, K. (2009). Suicidality and suicide in older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 19(4), 271-294.
- Cheong K-S, Choi M-H, Cho B-M, et al. Suicide Rate Differences by Sex, Age, and Urbanicity, and Related Regional Factors in Korea. *J Prev Med Public Health*. 2012; 45(2):70-7. <http://dx.doi.org/10.3961/jpmph.2012.45.2.70>.
- Cleary, A. Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. *Soc Sci Med*. 2012; 74(4): 498-505. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.08.002.
- Conwell, Y, van Orden K, Caine. ED. Suicide in older adults. *Psychiatr Clin NAM*. 2011;18(34):451-68. doi:10.1016/j.psc.2011.02.002.
- Conwell, Y., Thompson, C. Suicidal behavior in elders. *Psichiatri Clin North Am*. 2008; 3(2):333-56.
- Gomes, LMX., Barbosa, TLA., Caldeira, AP. Mortalidade por causas externas em idosos em Minas Gerais, Brasil. *Esc Anna Nery*. 2010 out-dez;14(4):779-86.
- Hawton, K., Heeringen, KV. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372-81.
- Junior, D. F. M., Felzemburgh, R. M., Dias, A. B., Caribé, A. C., Bezerra-Filho, S., & Miranda-Scippa, A. (2016). Suicide attempts in Brazil, 1998-2014: an ecological study. *BMC Public Health*, 16(1), 990.
- Machado, D B.; Santos, D N dos. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro , v. 64, n. 1, p. 45-54, Mar. 2015.
- Meneghel, SN., Victora, CA., Faria, NMX., Carvalho, LA., Falk, JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública*. 2004 dez;38(6):804-10.
- Minayo, MCS., Cavalcante, FG., Souza, ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad Saude Publica*. 2006;22(8):1587-96. DOI:10.1590/S0102-311X2006000800007
- Minayo, Maria Cecília de Souza., & Cavalcante, Fátima Gonçalves. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, 44(4), 750-757. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020>.
- Minayo, Maria Cecília de Souza., Meneghel, Stela Nazareth;, & Cavalcante, Fátima Gonçalves. (2012). Suicídio de homens idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2665-2674. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000016>.
- Mitty, E., Flores, S. Suicide in late life. *Geriatr Nurs*. 2009;29(3):160-5. DOI:10.1016/j.gerinurse.2008.02.009.
- Nock, MK., Borges, G., Bromet, EJ., Cha CB, Kessler, RC., Lee, S. Suicide and suicide behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30:133-54.

- Pinto, LW., Pires, TO., Silva, CMFP., Assis, SG. Evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009. *Cienc Saúde Colet.* 2012;17(8):1973-81.
- Pinto, Luiz Felipe., Giovanella, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 June [cited 2020 Feb 10]; 23(6):1903-1914. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.
- Substance abuse among older adults (SAMSHA) Rockville: US. Department of Health and Human Services;1998.
- Selegim, M. R., Bellasalma, A. C. M., de Freitas Mathias, T. A., & de Oliveira, M. L. F. (2012). Caracterização das tentativas de suicídio entre idosos. *Cogitare Enfermagem*, 17(2).
- Shilubane, HN., Ruiter, RAC., Van Den Borne B., Sewpaul, R., James, S., Reddy, PS. Suicide and related health risk behaviors among school learners in South Africa: results from the 2002 and 2008 national youth risk behavior surveys. *BMC Public Health.* 2013;13:926. doi:10.1186/1471-2458-13-926.
- O'Connell, H., Chin AV., Cunningham, C., Lawlor, BA. Recent developments: suicide in older people. *BMJ.* 2004 Oct;329(7471):895-9.
- Pommereau X. Life-threatening behaviors, suicide, attempted suicide and self-inflicted injury. *Bull Acad Natl Med.* 2012;196(2):357-69.
- Tsirigotis, K., Gruszczynski, W., Tsirigotis, M. Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med Sci Monit.* 2011;17(8):PH65-70. doi:10.12659/MSM.881887.
- Värnik, A, Sisask M., Värnik, P, et al. Drug suicide: a sex-equal cause of death in 16 European countries. *BMC Public Health.* 2011;11:61. doi:10.1186/1471-2458-11-61. 15.
- World Health Organization (WHO). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol Geneva: WHO; 2010.
- World Health Organization (WHO). . Report Preventing Preventing suicide suicide A global imperative A global imperative. ISBN 978 92 4 156477 9 (NLM classification: HV 6545) © World Health Organization , 2014.
- World Health Organization (WHO). Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. 2002. Em: <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>, Acesso em fev, 2020.
- Wu KC-C, Chen Y-Y, Yip PSF. Suicide Methods in Asia: Implications in Suicide Prevention. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9:1135-58. doi:10.3390/ijerph9041135.
- Ying, YH., Chang, K A study of suicide and socioeconomic factors. *Suicide Life Threat;* 39:214-226, 2009.
- Zeppegno, P., Gramaglia C., Castello, LM., Bert, F., Gualano MR., Ressico F. Suicide attempts and emergency room psychiatric consultation. *BMC Psychiatry.* 2015;15:13. doi:10.1186/s12888-015-0392-2.



Envelhecimento e Cuidados Continuados Integrados: Uma nova perspectiva no cuidado à saúde do idoso em Campo Grande/MS

[Artigo 3, páginas de 42 a 52]



**Eli Fernanda
Brandão Lopes**

*Assistente Social do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Especialista em Gestão das Políticas Sociais pela Faculdade de Educação São Luis. Hospital São Julião
elifernanda.
brandaolopes@gmail.com*

**Carolina de Sousa
Rotta**

*Psicóloga do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Hospital São Julião
carolsrotta@gmail.com*

**Edivania Anacleto
Pinheiro Simões**

*Mestra em Desenvolvimento Local pela Universidade Católica Dom Bosco. Coordenadora de Enfermagem em Cuidados Continuados Integrados. Docente e preceptora pelo Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados - Premus CCI no Hospital São Julião. Membro do Comitê de ética em pesquisas.
edivania_simoes@hotmail.com*

**Maria de Fátima
Bregolato Rubira
de Assis**

*Mestra em Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional. Coordenadora e Docente do Programa de Residência em Cuidados Continuados Integrados – Área de concentração: Atenção à Saúde do Idoso (Premus-CCI) UFMS/Hospital São Julião/ESP/SES. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
fatimabrubira@gmail.com*

RESUMO

O envelhecimento é um fenômeno mundial que provoca grandes mudanças no seio familiar, nas relações trabalhistas e na autoimagem, impactando nas estruturas de políticas sociais. A modalidade de Cuidados Continuados Integrados – CCI consiste em um serviço de saúde voltado para o atendimento do paciente prioritariamente idoso, com perda das capacidades funcionais, tendo como foco a reabilitação, readaptação e reinserção social e familiar. O trabalho objetiva contextualizar e descrever o serviço de saúde CCI, direcionado para a pessoa idosa, realizado pela Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), do Hospital São Julião em Campo Grande - MS. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de análise documental da literatura referente ao serviço de saúde na modalidade de CCI, realizado por meio da pesquisa de caráter bibliográfico e documental. Conclui-se que o serviço de saúde CCI se apresenta como uma nova perspectiva no cuidado prestado à saúde do idoso, distanciado do “modelo biomédico”, trazendo o cuidado em saúde baseado no “modelo biopsicossocial”, onde o idoso ocupa o espaço da centralidade, a partir do momento em que o mesmo se torna o protagonista principal do seu próprio cuidado e a equipe de saúde ocupa o espaço de coadjuvante.

Palavras-chave: Envelhecimento, Cuidados Continuados Integrados, saúde do idoso, serviço de saúde, população idosa.

ABSTRACT

Aging is a worldwide phenomenon that causes major changes in the family, labor relations, and self-image, impacting social policy structures. The Integrated Continuous Care (CCI) modality consists of a health service focused on the care of the elderly patient, with loss of functional capacity, focusing on rehabilitation, readaptation and social and family reintegration. This paper aims to contextualize and describe the ICC health service for the elderly, carried out through the Integrated Continuous Care Unit (UCCI) of the São Julião Hospital in Campo Grande-MS. This is a study of the descriptive, documentary analysis of the literature regarding the health service in the CCI modality, being conducted through the bibliographic and documentary research. It is concluded that the CCI health service presents itself as a new perspective in the health care of the elderly, distanced from the “biomedical model”, bringing health care based on the “biopsychosocial model”, where the elderly occupies the centrality space. from the moment he / she becomes the main protagonist of his / her own care, and the health team occupies the supporting space.

Keywords: *Aging, integrated continuing care, elderly health, health care, elderly.*

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural, uma fase da vida marcada por grandes mudanças no seio familiar, nas relações trabalhistas e na autoimagem. O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial, que apresenta desafios em relação à estrutura de políticas sociais e ao reordenamento político e socioeconômico.

Destaca-se a importância do tema abordado, uma vez que o processo de envelhecimento e consequente aumento da esperança de vida pelo qual vem passando a sociedade brasileira exige novos estudos e pesquisas que possibilitem pensar em políticas públicas para atender às demandas deste estrato da população.

No Brasil, tem-se observado um aumento do número de idosos e esta realidade gera, conseqüentemente, a diminuição da população economicamente ativa e aumento da população economicamente dependente. Em 1991, a população idosa correspondia a 4,8% em todo território nacional, subindo para 7,4% em 2010, com uma previsão de que no ano de 2020, essa população seja de 32 milhões de pessoas, colocando o Brasil na sexta posição do ranking dos países com a população mais numerosa de idosos (Furtado et al., 2012).

A longevidade da população idosa está associada à mudança dos níveis de saúde com o surgimento de políticas públicas que garantem medicação gratuita; com a criação de novos programas que atuam na prevenção e no cuidado da saúde do idoso; o próprio avanço da medicina moderna e da tecnologia com descobertas de melhores tratamentos para várias moléstias que atingem esta população; novas vacinas, novas medicações, novos equipamentos e métodos cirúrgicos.

O envelhecimento populacional causa impactos de cunho financeiro, econômico, social, previdenciário, além de inúmeros desafios na área da saúde. De acordo com Miranda, Mendes e Silva (2016, p. 508), o ato de “envelhecer não significa necessariamente adoecer”, porém, conforme assegura Soares et al. (2015), durante o processo de envelhecimento pode ocorrer uma maior demanda por cuidados de longa duração devido a doenças crônico-degenerativas específicas da idade avançada.

Pensando em estratégias específicas para atender à saúde do idoso, surge o serviço de saúde Cuidados Continuados Integrados (CCI) em Campo Grande/MS, no ano de 2013. Propondo um nível intermediário de cuidado entre a rede de Emergência e a rede de Atenção

Artigo 3

Envelhecimento e Cuidados Continuados Integrados:
Uma nova perspectiva no cuidado à saúde do idoso
em Campo Grande/MS

Primária, o CCI permite a continuação desse cuidado pelos familiares no domicílio do idoso, juntamente com serviços da Atenção Básica (Pinheiro, 2017).

O CCI apresenta-se como um serviço de saúde voltado para o atendimento do paciente idoso com perda das capacidades funcionais, dependência e necessidades emergentes, promovendo um serviço de saúde capaz de atender as necessidades geradas por idosos com dependência, em situação de convalescença e acometidos por doenças crônicas (Pinheiro, 2017).

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo contextualizar e descrever o serviço de saúde CCI voltado para a pessoa idosa, realizado através da Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) do Hospital São Julião em Campo Grande-MS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de análise documental da literatura referente ao serviço de saúde na modalidade de CCI, realizado através da pesquisa de caráter bibliográfico e documental. Por se tratar de uma análise documental, fica a pesquisa dispensada da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A modalidade de Cuidados Continuados ocorre em diversos países, devendo ter estruturadas “as políticas públicas e a intersectorialidade” conforme a realidade de cada região/país. De acordo com Gesaworld (2012), citado por Andrade, Scandola e Assis (2018, p. 282), os Cuidados Continuados possuem diferentes nomenclaturas, sendo chamados de:

[...]“cuidados continuados integrados” em Portugal; “atención sócio sanitaria” na Espanha; “sharedcare” y “joint care” no Reino Unido; “vernetzung” na Alemanha; “transmuralezorg” na Holanda; “soins médico-sociaux” na França e “managedcare” ou “Transitionalcare” nos Estados Unidos “[...] (Andrade; Scandola; Assis, 2018, p. 282)”.

Apesar das diferentes nomenclaturas, estes serviços de saúde possuem objetivos e estratégias semelhantes, propondo-se a atender demandas complexas, de forma contínua, com “intervenção de natureza mista, social e de saúde, de forma simultânea”, focados em pacientes que se encontram em “dependência funcional e/ou psicológica temporária, ou permanente, ou sequencial” (Andrade; Scandola; Assis, 2018, p. 282).

O serviço de CCI prestado na Espanha-Catalunha sofre variação de acordo com a necessidade do paciente, abrangendo os serviços de “Unidade de Convalescença, Unidade de Cuidados Paliativos, Unidade de Longa Permanência, Unidade de Psicogeriatrics, Hospital de Dia” (Alemany, 2012 apud Assis, 2018, p. 8).

Em Portugal, a modalidade CCI é regulamentada por meio do Decreto Lei n.º 101/2006, de 06 de junho de 2006, que estabelece a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que oferta os serviços à população idosa com cronicidade múltipla, incapacidades, dependência funcional, com doenças incuráveis em estado avançado e final de vida (Lopes et. al., 2010).

De acordo com o decreto de Portugal, o serviço de saúde de CCI constitui-se de estratégias sequenciais de saúde e de apoio social, mediante avaliação conjunta com centralidade na recuperação global, visando promover a melhora da autonomia e da funcionalidade e trabalhando a dependência do idoso com ações voltadas à “reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (LOPES et.al., 2010, p.8).

No Brasil, o CCI foi implantado através da Portaria nº 2.809, de 07 de dezembro de 2012, que estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com esta portaria, os Cuidados Prolongados destinam-se a pacientes com situação clínica estável, objetivando “a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia”, prestando o serviço através de equipe multiprofissional (Brasil, 2012, p. 2).



A modalidade de Cuidados Continuados Integrados – CCI – adota, no cuidado à saúde do idoso, o “modelo biopsicossocial”, contrapondo-se ao “modelo biomédico”, ainda hegemônico em alguns serviços de saúde, com ações pautadas nos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH).

Esta modalidade de serviço foi idealizada como uma unidade de saúde intermediária entre os hospitais de agudos e o domicílio do idoso, possibilitando ao idoso que sofra um evento agudo ou tenha uma condição crônica agudizada, mas estando estabilizado e em condições de alta hospitalar, que ele possa vir a ocupar um leito de retaguarda de CCI, dando início ao processo de reabilitação, até que, posteriormente, esses cuidados sejam continuados no domicílio através da contra referência à unidade básica.

O CCI está presente em três estados brasileiros, abrangendo quatro cidades, sendo Campo Grande, no estado de Mato Grosso do Sul, Ipuã e Pedregulho, no estado de São Paulo e Rebouças, no estado do Paraná (Pinheiro, 2017).

Na cidade de Campo Grande, o CCI teve início no ano de 2013, sendo executado através da UCCI do Hospital São Julião. Neste mesmo período, com vistas a fortalecer o projeto do CCI, foi aprovado o Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados (Premus-CCI), da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), vinculado à Faculdade de Medicina (Famed), recebendo apoio da Secretaria de Estado de Saúde (SES) e da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser (ESP). O Premus/CCI contempla, anualmente, profissionais enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos e fisioterapeutas (Fagundes; Scandol, 2018).

O CCI adota, no cuidado à saúde do idoso, o “modelo biopsicossocial”, contrapondo-se ao modelo “modelo biomédico”, ainda hegemônico em alguns serviços de saúde, com ações pautadas nos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH).

Segundo Lopes (2018, p. 90), a PNH pode ser considerada como “uma evolução do fazer e do trabalhar a saúde” com vistas “à consolidação da integralidade dos serviços prestados”, transformando as ações em saúde por meio do acolhimento, da escuta qualificada, da ambiência.

O “Apoio Diagnóstico e Terapêutico de Especialidades Clínicas” é utilizado no CCI como proposta para o Premus-CCI, no atendimento à gravidade e às peculiaridades apresentadas pelos idosos (Assis, 2018), ofertando os serviços de determinadas especialidades de saúde que trabalharão em equipe, e propiciando uma melhor assistência de cuidado ao idoso internado na modalidade CCI.

Neste cenário, a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade mostram-se necessárias para que haja integralidade nos cuidados prestados, sendo trabalhadas questões fisiopatológicas, sociais, emocionais, econômicas, ambientais, psicológicas, familiares, entendendo o idoso de forma biopsicossocial.

O conceito ampliado de saúde é trabalhado dentro da proposta do CCI, onde os condicionantes e determinantes sociais da saúde do idoso são diagnosticados de acordo com o processo saúde/doença, sendo identificadas as condições econômicas e sociais em que vivem esses indivíduos e que afetam diretamente a sua saúde. No CCI, esta abordagem é realizada de forma interdisciplinar, por uma equipe multiprofissional.

Conforme assegurado por Assis (2018, p. 14), a essencialidade da multidisciplinaridade em CCI não se encontra disposta “nos ambientes ou nos equipamentos especiais, mas no processo de tomada de decisões, baseado na sólida compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do paciente e nas terapias disponíveis”, capaz de promover a recuperação e reabilitação das funcionalidades, prevenindo reinternações, propiciando a reintegração social e familiar, possibilitando maior autonomia do idoso, impactando em sua qualidade de vida.

A multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade aparecem dispostas neste modelo de cuidado, buscando superar a fragmentação dos saberes em disciplinas. A equipe de saúde do CCI trabalha sob a perspectiva da troca de saberes, onde os núcleos de saberes específicos são unificados e compartilhados para que novos saberes sejam construídos mediante a articulação das diversas áreas do conhecimento.

De acordo com Santos et al. (2018, p. 878), o CCI surge como resposta às novas necessidades socio sanitárias, advindas do aumento da população idosa e “de indivíduos com perda de sua autonomia, parcial ou total, decorrente de traumas raquimedulares ou sequelas de doenças crônico-degenerativas”.

A “acolhida”, o “projeto terapêutico singular (PTS)”, a “visita beira-leito”, o “passeio terapêutico”, a “capacitação de cuidadores e a alta responsável” (Fagundes; Scandol, 2018, p. 184) são processos de trabalhos realizados dentro do CCI que atendem à perspectiva da

Artigo 3

Envelhecimento e Cuidados Continuados Integrados:
Uma nova perspectiva no cuidado à saúde do idoso
em Campo Grande/MS

integralidade, ao responder às necessidades físicas, emocionais, sociais; da globalidade, ao desenvolver ações em cada um dos campos de cuidados; da inserção na comunidade, através de ações socioassistenciais; e da interdisciplinaridade, baseando-se na comunicação e troca entre as diferentes disciplinas (ASSIS, 2018).

O acolhimento promove a escuta qualificada do idoso, identificando suas demandas e reais necessidades de saúde. A elaboração do PTS permite que seja montado um plano individual de cuidados, incluindo-se as condutas dos profissionais para o período de tratamento, atendendo à singularidade de cada idoso.

O acompanhamento psicossocial propicia o suporte emocional necessário ao idoso e sua família, trabalhando a inserção social e laboral, informando, orientando e viabilizando os direitos sociais voltados para esta parcela da população em específico.

A preparação da continuidade dos cuidados ocorre através da contra-referência para unidade básica, por meio da orientação e treinamento do cuidador, para que o mesmo consiga efetuar as trocas de fraldas, banho, mudanças de decúbito, transferência, prevenção de quedas, nutrição, administração de medicamentos, curativos e demais cuidados que o idoso venha a necessitar no seu domicílio.

CONCLUSÃO

A questão do envelhecimento da população brasileira deve ser discutida e incluída nos debates para formulação de políticas públicas de saúde que atendam suas especificidades e demandas peculiares.

A saúde da pessoa idosa apresenta vulnerabilidades que necessitam de intervenções interdisciplinares e multiprofissionais com foco no cuidado, sendo necessárias articulações entre os diversos setores para que a integralidade seja garantida.



A saúde da pessoa idosa apresenta vulnerabilidades que necessitam de intervenções interdisciplinares e multiprofissionais com foco no cuidado, sendo necessárias articulações entre os diversos setores para que a integralidade seja garantida.

A integralidade da saúde prestada no serviço de CCI compreende os condicionantes e determinantes sociais da saúde e sua ação direta no processo saúde-doença. O adoecimento do idoso é visto em suas dimensões físicas, psíquicas, sociais e emocionais, percebendo-se que as necessidades de saúde se estendem para além do tratamento patológico.

A modalidade de CCI apresenta uma forma de cuidado em saúde que difere dos demais serviços pela alta capacidade de emancipação e autonomia do idoso e de sua família, que lhe prestará os cuidados, trabalhando em uma linha de cuidado horizontalizada, onde a equipe multiprofissional de referência atuará diariamente com o idoso e sua família, ocorrendo a produção mútua do cuidado.

Conclui-se que o serviço de saúde CCI se apresenta como uma nova perspectiva em relação ao cuidado prestado à saúde do idoso, distanciando do “modelo biomédico”, que tem como centralidade a figura do médico, da doença e da equipe da saúde, trazendo o cuidado em saúde baseado no “modelo biopsicossocial”, onde o idoso ocupa o espaço da centralidade a partir do momento em que o mesmo se torna o protagonista principal do seu próprio cuidado e a equipe de saúde ocupa o espaço de coadjuvante. 🌐

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, P. T. A. N.; SCANDOLA, E. M. R.; ASSIS, M. F. B. R. O princípio do diálogo nas atividades educativas no programa de residência multiprofissional em saúde. *Serviço Social e Saúde*, v. 16, n. 2, p. 279-300, 17 jan. 2018. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8651467>. Acesso em: 19 ago. 2019.
- ASSIS, M. F. B. R. (org.) Associação de Auxílio e Recuperação de Hansenianos – AARH. Hospital São Julião Manual de Normas e Procedimentos em Cuidados Continuados Integrados, Campo Grande, 2018. Não publicado
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências.
- e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012.
- FAGUNDES, P. F.; SCANDOL, E. M. R. Alta hospitalar responsável sob a ótica do cuidado em rede. *Serviço Social e Saúde*, v. 17, n. 1, p. 181-204, 30 jun. 2018. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8655207>. Acesso em: 19ago. 2019.
- FURTADO, I.F.V. et al. (2012). Epidemiologia do envelhecimento: dinamização, problemas e consequências. *Rev. Kairós Gerontologia*, São Paulo (SP), v. 15, n. 2, p. 55-69, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/13106>. Acesso em: 19ago. 2019.

Artigo 3

Envelhecimento e Cuidados Continuados Integrados:

Uma nova perspectiva no cuidado à saúde do idoso

em Campo Grande/MS

- LOPES, E. F. B. Política nacional de humanização: “Projeto posso ajudar”, acolhimento e desafios. Experiência. Revista Científica de Extensão, [S.l.], v. 4, n. 1, out. 2018. ISSN 2447-1151. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/experiencia/article/view/32586>. Acesso em: 07 nov. 2019.
- LOPES, M. et.al. Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016: Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro. [em linha]. Évora: Universidade Évora, Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde, outubro de 2010. Universidade Nova de Lisboa (outubro, 2010).
- MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, Jun.2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19ago. 2019.
- PINHEIRO, E. A.A prática de cuidados continuados integrados ao idoso no Sistema Único de Saúde e nos territórios de reintegração familiar em Campo Grande/MS. 2017.162 f.. Dissertação (mestrado em desenvolvimento local) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2017.
- SANTOS, E. C. et al. O enfermeiro no processo reabilitação do idoso em cuidados continuados integrados. Atas - Investigação Qualitativa em Saúde. v. 2, p. 877-882, jun. 2018. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1858/1808>. Acesso em: 19 ago. 2019.
- SOARES, P. P. B. et al. Perception of purpose in life of elderly with depressive symptoms. CogitareEnferm [Internet], v. 20, n. 4, p. 672-677, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41553/26624>. Acesso em: 19ago. 2019.

4

Efetividade do treinamento de dupla tarefa no desempenho funcional em idosos

[Artigo 4, páginas de 53 a 61]



Jéssica Boaventura de Oliveira

Pós-graduada em Fisioterapia Hospitalar com ênfase em Terapia Intensiva pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Hélio Rocha, Salvador- BA, Brasil. Pós-graduada em Gerontologia pela Estácio de Sá, Salvador-BA. Fisioterapeuta pela Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde / União Metropolitana de Educação e Cultura (Unime), Lauro de Freitas-BA, Brasil.
jbofisio@gmail.com

Elisandra Galvão Lopes

Fisioterapeuta pela Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde / União Metropolitana de Educação e Cultura (Unime), Lauro de Freitas-BA, Brasil.
lisa_galvao16@hotmail.com

Dauana Bomfim França

Pós-graduada em Biomecânica pelo Programa de Pós-Graduação Unigat, Salvador- BA, Brasil. Fisioterapeuta pela Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde / União Metropolitana de Educação e Cultura (Unime), Lauro de Freitas-BA, Brasil.
dauanafranca@gmail.com

RESUMO

Introdução: O aumento do número de anos da população é decorrente da redução nas taxas de fertilidade e do acréscimo da longevidade nas últimas décadas. A capacidade de executar duas tarefas simultaneamente é necessária e comumente utilizada pelos seres humanos no desempenho de diversas atividades cotidianas. **Objetivo:** Demonstrar a efetividade do treinamento de dupla tarefa no desempenho funcional em idosos.

Método: Revisão bibliográfica. Foram utilizadas bases de dados: Scielo, Pubmed, PEDro, Cochrane Library, Clinical trials e Web of Science. Selecionaram-se trabalhos entre os anos de 2002 e 2007. **Resultados:** Os idosos apresentaram melhoras no desempenho do equilíbrio, controle postural e marcha, proporcionando independência e diminuindo o risco de quedas. Estes achados abordam alguns treinamentos que podem ser aplicados na prática clínica, favorecendo a habilidade dos idosos em praticar multitarefas.

Conclusão: A prática de exercícios com dupla tarefa parece contribuir para a melhora cognitiva e motora dos idosos.

Palavras-chave: Dupla- tarefa; funcionalidade; idosos.

ABSTRACT

Introduction: The increase in the number of years is due to reduced fertility rates and increased longevity in recent decades. The ability to perform two tasks simultaneously is necessary and commonly used by humans in the performance of various daily activities.

Objective: To demonstrate the effectiveness of dual task training in functional performance in the elderly. **Methods:** Bibliographic review. Databases were used: Scielo, Pubmed, PEDro, Cochrane Library, Clinical trials and Web of Science. Results were selected between the years 2002 and 2007. **Results:** The elderly presented improvements in balance performance, postural control and walking, providing independence and decreasing falls laughter. These findings address some trainings that can be applied in clinical practice favoring the ability of the elderly to practice multitasking. **Conclusion:** The practice of dual task exercises seems to have contributed to the cognitive and motor improvement of the elderly .

Keywords: Double task; functionality; seniors.

INTRODUÇÃO

A expectativa de vida e a proporção de idosos na população mundial têm aumentado consideravelmente nas últimas décadas. Esses fatos trazem uma reflexão a respeito de questões relevantes como qualidade de vida, bem-estar físico e mental (Cruz, 2012) e possibilidade de eventos incapacitantes, que desencadeiam a redução da capacidade funcional dessa população (Mazo et al., 2007).

Em idosos, a busca pela concentração focal ao executar ações simultâneas compromete o equilíbrio postural, podendo causar diminuição da autonomia coletiva, alterações em atividades corriqueiras, depressão, declínio da mobilidade, medo e apreensão devido a maiores riscos de quedas, com consequente dependência e maiores gastos com tratamento de saúde (Gomes et al., 2012). As alterações na mobilidade comprometem a realização de suas atividades de vida diária (Beggate, Ricardo, Sawazki, 2009), além de aumentarem os riscos de quedas (Ferratin et al., 2007), comprometendo de maneira inevitável a qualidade de vida dessa população.

A dupla tarefa pode ser definida como o ato de realizar uma atividade primária, para a qual se destina o maior foco da atenção, incorporada a uma segunda atividade, executada ao mesmo tempo (O'Shea et al., 2002).

A realização de duas tarefas simultâneas é comum no cotidiano (Serrien et al., 2004; Bowen et al., 2001) e representa uma capacidade altamente vantajosa para o indivíduo, podendo ser considerada um pré-requisito para uma vida normal (Teixeira E Alouche, 2007).

O objetivo deste trabalho foi demonstrar, por meio de uma revisão bibliográfica, a efetividade do treinamento de dupla tarefa no desempenho funcional em idosos.

MÉTODO

Utilizou-se como metodologia a revisão bibliográfica, que consiste na procura de referências teóricas para análise do problema de pesquisa, e, a partir das referências publicadas, gerar contribuições científicas ao assunto em questão (Liberali, 2011).



A dupla tarefa pode ser definida como o ato de realizar uma atividade primária, para a qual se destina o maior foco da atenção, incorporada a uma segunda atividade, executada ao mesmo tempo (O'Shea et al., 2002).

Artigo 4Efetividade do treinamento de dupla tarefa
no desempenho funcional em idosos**REVISÃO DE LITERATURA**
ENVELHECIMENTO

Em todo o mundo, o número de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente do que o de qualquer outra faixa etária. A população de idosos, pessoas com 60 anos ou mais, cresceu 7,3 milhões entre 1980 e 2000, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. O Brasil, até 2025, será o sexto país em número de idosos (World Health Organization – WHO, 2005).

O aumento do número de anos é decorrente da redução nas taxas de fertilidade e do acréscimo da longevidade nas últimas décadas. Em todos os países observam-se quedas abruptas nas taxas de fertilidade. Além disso, estima-se que, até 2025, 120 deles alcançarão taxas de fertilidade total abaixo do nível de reposição (média de fertilidade de 2,1 crianças por mulher). Atualmente, 70 países já possuem taxa de fertilidade menor que o nível de reposição, sendo que, em 1975, apenas 22 países possuíam esse índice (WHO, 2005).

O envelhecimento é um fenômeno do processo da vida assim como a infância, a adolescência e a maturidade, e é marcado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo. No entanto, este fenômeno varia de indivíduo para indivíduo, podendo ser determinado geneticamente ou ser influenciado pelo estilo de vida, pelas características do meio ambiente e pela situação nutricional de cada um (Ávila, Guerra e Meneses, 2007).

O processo de envelhecimento extrapola a biologia e perpassa todos os aspectos da vida de um indivíduo. Com o tempo, mudam as dimensões psíquicas da pessoa, mudanças decorrentes de um acúmulo de experiência de vida. Tais experiências são o resultado dos acontecimentos vividos e de sua elaboração, comportam paradoxos, sendo potencialmente produtivas, mesmo no caso de vivências afetivamente negativas como a aposentadoria e as perdas de vínculos por afastamento ou morte. O comportamento de uma pessoa diante de determinadas situações está de acordo com os hábitos, gostos e estilo de vida adquiridos e elaborados ao longo dos anos. Assim, a capacidade de adaptação às perdas e outras mudanças durante a vida determinam grandemente a capacidade de adaptação do indivíduo à idade avançada (Motta, 2005).

TREINAMENTO DE DUPLA TAREFA

O paradigma da dupla tarefa (DT) é utilizado desde meados da década de 1980 e caracteriza-se pela realização de duas tarefas concomitantes. Teve seu início nos estudos da Psicologia, sendo absorvido pelos profissionais da reabilitação em Gerontologia como forma de avaliação e treino de idosos na realização de uma segunda tarefa, enquanto a marcha é determinada como tarefa primária (Woolacott; Shumway-Cook, 2002).

A capacidade de executar duas tarefas simultaneamente é necessária e comumente utilizada pelos seres humanos no desempenho de diversas atividades cotidianas (Teixeira e Alouche, 2007; O'Shea et al., 2002). Essa capacidade representa uma vantagem evolutiva já que permite ao indivíduo executar diversas atividades concomitantes, com menor ativação neural, utilizando menos tempo, comparado com a realização das mesmas tarefas de forma isolada (Wu e Hallet, 2007). O prejuízo que uma - ou as duas - sofre é denominado interferência na dupla tarefa. Sua presença gera desvantagens e, inclusive, pode levar ao risco de lesões corporais, quando uma delas exige adequado controle postural ou rastreamento de riscos ambientais (Wang et al., 2009; Plummer-D'amato et al., 2008).

Em idosos, a busca pela concentração focal ao executar ações simultâneas compromete o equilíbrio postural, podendo causar diminuição da autonomia coletiva, alterações em atividades corriqueiras, depressão, declínio da mobilidade, medo e apreensão devido a maiores riscos de quedas, com consequente dependência e maiores gastos com tratamento de saúde (Gomes et al., 2012). As alterações na mobilidade comprometem a realização de suas atividades de vida diária (Begate et al., 2009), além de aumentarem os riscos de quedas (Ferratin et al., 2007), afetando, de maneira inevitável, a qualidade de vida dessa população.

Assim, uma série de tarefas motoras e cognitivas de variada complexidade vem sendo utilizada de forma concomitante durante a avaliação do desempenho funcional de idosos. Como exemplos de tarefas motoras podem ser citados: transferir moedas de um bolso para outro; carregar um copo com água; carregar uma bandeja com

Artigo 4Efetividade do treinamento de dupla tarefa
no desempenho funcional em idosos

quatro copos de plástico; entre outros. Em relação às tarefas cognitivas a serem realizadas associadamente, encontram-se: repetir sentenças; repetir os dias da semana em ordem inversa; falar nomes de animais; formar palavras e sentenças após ouvir um avaliador soletrando-as; contar regressivamente de três em três ou de sete em sete; somar de dois em dois; responder a estímulos auditivos diferenciando os tons altos dos tons baixos; entre outros (Shumway-Cook e Woollacott, 2000; Anand et al., 2003; Condrón E Hill et al., 2002).

DUPLA TAREFA X DESEMPENHO FUNCIONAL NO IDOSO

Pedroso et al. (2012) utilizou em seu estudo uma amostra de 21 idosos com doença de Alzheimer, cujos grupos foram divididos em GC (n = 10) GE (n = 11): GC: prática regular de exercícios físicos; GE: programa de exercícios físicos com tarefas cognitivas. Os desfechos mensurados foram: número de quedas (questionário), função cognitiva (Meem), funções cognitivas (FAB), funções executivas (CDT), mobilidade funcional e risco de queda (TUG) e equilíbrio em tarefas funcionais (BBS). Observou-se melhora do desempenho do GE em relação ao equilíbrio e funções executivas. A prática de exercícios com dupla tarefa parece ter contribuído para melhora cognitiva e motora dos indivíduos.

Schwenk et al. (2010) utilizou um grupo de 61 idosos com demência, GC (n = 35) GE (n = 26). As intervenções foram: GC: exercícios inespecíficos de baixa intensidade; GE: treinamento de exercícios baseados em dupla tarefa concorrente motora ou cognitiva. A duração e frequência das intervenções foram: duas sessões de uma hora por semana, durante doze semanas. Características clínicas, marcha durante dupla tarefa (Gaitrite), cognição (somadas e subtrações corretas). O treinamento melhorou significativamente o desempenho em dupla tarefa.

Castro et al. (2018) realizou um estudo com 19 idosos que foram divididos em dois grupos: Grupo Treinamento Resistido (n=10) (GT) e Grupo Treinamento Resistido com Tarefa dupla (n=9) (GT+TD). Com



Tarefas motoras e cognitivas de variada complexidade vêm sendo utilizadas de forma concomitante durante a avaliação do desempenho funcional de idosos.

duração de dez semanas, duas vezes por semana, com cargas variando de 50% a 80% de 1RM e ambos os grupos participaram. O GT+TD realizou tarefas cognitivas aliadas aos exercícios do treinamento resistido todos os dias do programa. Para avaliar, aplicaram-se os testes PRÉ treinamento e PÓS, a partir da Bateria de Testes Físicos e Funcionais para Idosos da American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance (AAHPERD), Timed Up & Go (TUG), TUG com tarefa dupla, Mini Exame do Estado Mental (Meem), Teste do Relógio (TRD), Bateria de Avaliação Frontal (BAF). Para análise estatística foi utilizado o teste Equações Estimativas Generalizadas (GEE) e Bonferroni. Os resultados relativos às capacidades: agilidade (AGIL), coordenação (COO), flexibilidade (Flex), comparando os valores PRÉ e PÓS dos dois grupos, mantiveram-se iguais, sem diferente estatística. Os testes de resistência aeróbia (RAG) e resistência de força (Resisfor), entre os momentos PRÉ e PÓS, no GT e GT+TD, apresentaram uma melhora significativa. Igualmente, no índice de aptidão geral funcional (IAGF) houve melhora, mas apenas no GT+TD. No que se refere ao desempenho cognitivo, os dados evidenciaram que no Meem, TDR, entre o PRÉ e PÓS, ambos os grupos mantiveram os valores iniciais. Na BAF, os dois grupos apresentaram valores melhores no PÓS teste, obtendo um melhor desempenho cognitivo após dez semanas de treinamento resistido. Concluiu-se que as evidências apresentadas sobre a CF demonstraram que os idosos que participaram do programa de treinamento mantiveram AGIL, COO, Flex e melhoraram força muscular e resistência aeróbia, sendo que o grupo GT+TD melhorou significativamente o IAGF. O GT+TD, PÓS treinamento, aprimorou a capacidade de realizar duplas tarefas. No Meem e TDR, os idosos mantiveram os resultados iniciais, e, na BAF, ambos os grupos melhoraram.

CONCLUSÃO

A prática de exercícios com dupla tarefa parece ter contribuído para melhora cognitiva e motora dos idosos. Apresentaram melhoras no desempenho do equilíbrio, controle postural e marcha, proporcionando independência e diminuindo o risco de quedas. Estes achados abordam alguns treinamentos que podem ser aplicados na prática de clínica, favorecendo a habilidade dos idosos em praticar multitarefas. ➔

Artigo 4Efetividade do treinamento de dupla tarefa
no desempenho funcional em idosos**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ANAND V, BCKLEY JG, SCALLY A, ELLIOTT DB. Postural stability in the elderly during sensory perturbations and dual tasking: the influence of refractive blur. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2003;44(7):2885-91. Disponível: <http://ggaging.com/details/178/pt-BR/dual-task-in-dwelling-elder-women-analysis-of-the-timed-up-and-go-between-fallers-and-non-fallers>.
- ÁVILA, A. H., GUERRA M. & MENESES M. P. R. (2007). Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da autoimagem na velhice. *Pensamento Psicológico*, 3(8), 7-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/v15n3a09.pdf>.
- BEGATE PS, RICARDO ACM, SAWAZKI G. Avaliação do desempenho funcional de idosos institucionalizados e não Institucionalizados através do teste de mobilidade timed up and go (TUG). *Rev. Funcional* 2009; 2(2): 43-52. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n1/1809-9823-rbgg-18-01-00029.pdf>.
- BOWEN A, WENMAN R, MICKELBOROUGH J, FOSTER J, HILL E, TALLIS R. Dual-task effects of talking while walking on velocity and balance following a stroke. *Age Ageing* 2001;30(4):319-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n1/1809-9823-rbgg-18-01-00029.pdf>.
- CASTRO, GL. Efeito do treinamento resistido aliado à estratégia de tarefa dupla na capacidade funcional e desempenho cognitivo em idosos ativos. 2018. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em EDUCAÇÃO FÍSICA) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018. Disponível: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/22010>.
- CONDON JE, HILL KD. Reliability and validity of a dual-task force platform assessment of balance performance: effect of age, balance impairment, and cognitive task. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(1):157-62. Disponível: <http://ggaging.com/details/178/pt-BR/dual-task-in-dwelling-elder-women-analysis-of-the-timed-up-and-go-between-fallers-and-non-fallers>.
- CRUZ DT, RIBEIRO LC, VIEIRA MT, TEIXEIRA MTB, BASTOS RR, LEITE ICG. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Rev. Saúde Pública* 2012; 46(1): 138-46. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/pt_1809-9823-rbgg-19-0100165.pdf.
- FERRATIN AC, BORGES CF, MORELLI JGS, REBELATTO JR. A Execução de AVDS e mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. *Fisioter Mov* 2007;20(3):115-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n1/1809-9823-rbgg-18-01-00029.pdf>.
- GOMES CD, MENDES AG, DA SILVA CF, DE ALBUQUERQUE CE. Análise do equilíbrio postural associado a dupla tarefa em idosos saudáveis. *FIEP Bulletin On-line* 2012;82. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n1/1809-9823-rbgg-18-01-00029.pdf>.
- LIBERALI R. Metodologia Científica Prática: um saber-fazer competente da saúde à educação. 2ª ed. rev. ampl., Florianópolis: Postmix, 2011, 206p.
- MAZO GZ, LIPOSCKI DB, ANANDA C, PREVÊ D. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. *Rev. Bras. Fisioter* 2007;11(6):437-42. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/pt_1809-9823-rbgg-19-0100165.pdf.
- MOTTA, LB. Treinamento interdisciplinar em saúde do idoso: um modelo

- de programa adaptado às especificidades do envelhecimento. Rio de Janeiro: UERJ, 2005. 119f. Disponível em: <http://www.crdeunati.uerj.br/publicacoes/pdf/tisi.pdf>.
- O'SHEA S, MORRIS ME, IANSEK R. Dual task interference during gait in people with Parkinson disease: effects of motor versus cognitive secondary tasks. *Phys Ther* 2002;82(9):888-97. Disponível: www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=607.
- PEDROSO RV, COELHO FG, SANTOS-GALDURÓZ RF, COSTA JL, GOBBI S, STELLA F. Balance, executive functions and falls in elderly with Alzheimer's disease (AD): a longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;54(2):348-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2011.05.029>. Disponível: www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=607.
- PLUMMER-D'AMATO P, ALTMANN LJ, SARACINO D, FOX E, BEHRMAN AL, MARSISKE M. Interactions between cognitive tasks and gait after stroke: a dual task study. *Gait Posture*. 2008;27(4):683-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaitpost.2007.09.001>. Disponível: www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=607.
- SCHWENK M, ZIESCHANG T, OSTER P, HAUER K. Dualtask performances can be improved in patients with dementia: a randomized controlled trial. *Neurology*. 2010;74 (24):1961-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181e39696>. Disponível: www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=607.
- SERRIEN DJ, POGOSYAN AH, BROWN P. Cortico-cortical coupling patterns during dual task performance. *Exp Brain Res* 2004;157(1):79-84. Epub 2004 Feb 17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n1/1809-9823-rbgg-18-01-00029.pdf>.
- SHUMWAY-COOK A, WOOLLACOTT MH. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up and Go. *Phys Ther*. 2000;80(9):896-903. Disponível: <http://ggaging.com/details/178/pt-BR/dual-task-in-dwelling-elder-women-analysis-of-the-timed-up-and-go-between-fallers-and-non-fallers>.
- TEIXEIRA NB, ALOUCHE SR. O desempenho da dupla tarefa na doença de Parkinson. *Rev Bras Fisioter* 2007;11(2):127-32 Disponível: www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=607.
- WANG Y, ZHANG W, LESCH MF, HORREY WJ, CHEN C, WU S. Changing drivers' attitudes towards mobile phone use through participative simulation testing and feedback. *Inj Prev*. 2009;15(6):384-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ip.2008.021196>. Disponível: www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=607.
- WOOLLACOTT, M.; SHUMWAY-COOK, A. Attention and control of posture and gait: a review of an emerging area of research. *Gait and Posture*. v. 16, p.1-14, Jun. 2002. Disponível: <http://www.eeffto.ufmg.br/eeffto/DATA/defesas/20150724174745.pdf>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>.
- WU T, HALLETT M. Neural correlates of dual task performance in patients with Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2008; 79(7):760-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2007.126599>. Disponível: www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=607.



Exposição de Mala Pronta - o viajante do Sesc conta sua história: memórias e realizações

[Artigo 5, páginas de 62 a 81]





Ana Cristina de Souza

Pedagoga, Especialista em Planejamento e Marketing Turístico, Gestão de Projetos Culturais e Eventos e Docência no Ensino Superior. Atua no Sesc São Paulo como Assistente na Administração Central - Gerência de Estudos e Programas Sociais e cursa a Pós-Graduação "A Vez e a voz das Crianças - Escutas Antropológicas e Poéticas das Infâncias, na Casa Tombada. cristidesouza@gmail.com



RESUMO

O trabalho é composto pela descrição da vivência, obtida no processo de concepção e acompanhamento da exposição “De mala pronta – o viajante do Sesc conta sua história”, integrante da programação da unidade provisória do Sesc Avenida Paulista, nos anos de 2009 e 2010. Como parte das ações do programa de Turismo Social do Sesc São Paulo, a exposição teve o objetivo de tornar histórias de vida e experiências dos viajantes em cenários fotográficos e testemunhos dos participantes das viagens promovidas pela unidade. O processo descritivo da criação da exposição, juntamente com a análise da relação viajante/viagem, resultou em uma abordagem sobre as possibilidades de extensão da melhoria da qualidade de vida por meio de novas experiências e da construção de relações socioafetivas pelo público idoso. Trata-se de um projeto inédito, que foi além da participação em passeios e excursões. Trouxe o ponto de vista diverso e único dos viajantes, transformando os percursos trilhados em experiências lúdicas e educativas que puderam ser compartilhadas com um público ainda maior.

Palavras-chave: Idoso; viagem; experiência; relações; afeto.

ABSTRACT

The work consists of the description of the experience obtained in the process of conceiving and monitoring the exhibition “De mala pronta - the Sesc traveler tells his story”, part of the program of the provisional unit of Sesc Avenida Paulista in 2009. As part of the actions from the Sesc São Paulo Social Tourism program, the exhibition aimed to turn life stories and experiences of travelers into photographic scenarios and testimonies of participants in the trips promoted by the unit. The descriptive process of creating the exhibition together with the analysis of the traveler / trip relationship, resulted in an approach on the possibilities of extending the improvement of quality of life through new experiences and the construction of socio-affective relationships by the elderly. This is an unprecedented project that went beyond participation in tours and excursions. It brought the diverse and unique point of view of the travelers, transforming the paths taken into playful and educational experiences that could be shared with an even larger audience.

Keywords: Ancient; trip; experience; relations; affection.

INTRODUÇÃO

A exposição “De mala pronta – o viajante do Sesc conta sua história”, realizada na unidade provisória do Sesc Avenida Paulista¹, no período de 30 de outubro de 2009 a 08 de março de 2010, como parte das ações do programa de Turismo Social do Sesc São Paulo², teve o propósito de tornar histórias de vida e experiências em cenários fotográficos e testemunhos dos participantes das viagens promovidas pela unidade.

Foram abordadas experiências vividas por um público majoritariamente idoso, nas quais, por meio da análise da relação viajante/viagem, sobressaíram os benefícios para melhoria da qualidade de vida e a construção de novas relações socioafetivas, que as viagens podem proporcionar. Como ressalta Boullón (2004, p. 110), “ninguém parece imutável diante da experiência de uma viagem. Até os mais indiferentes aumentam a receptividade às coisas, acontecimentos e pessoas com que se deparam durante uma viagem”.

Assim, o projeto, considerado inédito até o período de sua realização, excedeu às experimentações dos passeios e excursões e explicitou, por meio de cenários e relatos, a diversidade de vivências e formas de transformar a viagem numa experiência lúdica e educativa, compartilhada com pessoas visitantes das instalações que interagiam com os recursos audiovisuais, expondo seus próprios relatos e impressões.

Integra a construção deste artigo, a descrição de parte dos processos de criação e dos cenários que compuseram a exposição, trechos de depoimentos dos viajantes e pesquisas bibliográficas nos âmbitos das áreas da Sociologia, Memória, Oralidade e Turismo.

O termo “viagem”, mencionado no decorrer do texto, refere-se à ação vivida pelos viajantes tanto em passeios como em excursões e demais formas de deslocamento.

Em respeito ao anonimato destes, serão usadas somente as iniciais dos nomes e parte dos resultados das entrevistas que serão mencionados foram previamente autorizados.

VIAGEM E ENVELHECIMENTO

O ato de viajar integra a experiência humana desde os mais longínquos tempos da história e, pelo fato de ser uma ação composta por diferentes formas de deslocamentos e para diversos destinos, habita o imaginário que antecede o encontro com o desconhecido.

1 A unidade provisória do Sesc Avenida Paulista encerrou as suas atividades em 21 de março de 2010 para reforma e modernização do prédio e retornou às atividades no dia 29 de abril de 2019.

2 Atualmente, além das estadas no Sesc Bertioga, o Turismo Social do Sesc São Paulo programa passeios, excursões e ações do projeto Outras Viagens.

Artigo 5Exposição de Mala Pronta - o viajante do Sesc
conta sua história: memórias e realizações

A viagem promove as mais diversas formas de vivências e emoções. De acordo com Leed (1991, p. 5, apud Trigo, 2010, p.24), “viajar é a experiência paradigmática, o modelo de uma experiência genuína e direta que transforma a pessoa que realiza”.

A viagem prescinde de expectativas e a sua experimentação engloba movimentos, atitudes e descobertas. Modernell (2011, p. 11) a define como um ato único, com um valor arquetipo:

“[...] especialmente as mais ousadas, para lugares distantes, de caráter exploratório. São uma forma que move homens e mulheres de todos os tempos e de todas as partes a saírem da zona de conforto para se arriscarem na experiência do diferente, do estranho, do novo”. (Modernell, 2011, p. 11)

Assim como os percursos da vida, de acordo com Trigo (2010, p. 39), “a viagem é algo sem retorno que nos leva ao autoconhecimento e à consciência do nosso eu, de nossa história, de nossas possibilidades e limitações, de nossas vitórias e derrotas, sonhos e desilusões.” Nesta gama de vivências citadas por Trigo, as experiências de viagens no decorrer de uma vida caminham ao lado do envelhecimento, sendo este um processo integrante da vida do ser humano e culmina em uma gama de memórias e vivências que unificam a trajetória de vida da pessoa.

Neste contexto, o envelhecimento vem a ser abordado em interface com o universo das viagens e se dá acompanhado de uma trajetória geográfica, de convivências e de experimentações.

Sendo assim, o processo apresentado nos tópicos a seguir é originado de experiências únicas de vida, expostas seletivamente por cada um dos viajantes que participaram da criação da exposição.

O PROCESSO DE CONCEPÇÃO DA EXPOSIÇÃO

Delineada em torno das ações comemorativas ao Dia Mundial do Turismo, em 2009, o Sesc São Paulo teve como tema: “Identidade regional e patrimônio”, quando houve a iniciativa de realizar uma homenagem às pessoas que participavam dos passeios e excursões do programa de Turismo Social.

Naquele mesmo período, foi confirmado o fechamento da unidade para reforma, e a programação de viagens que ali era realizada foi planejada para ser diluída entre algumas unidades da Capital de forma a atender o público usuário do Sesc de maneira mais ampla. Assim,



Neste contexto, o envelhecimento vem a ser abordado em interface com o universo das viagens e se dá acompanhado de uma trajetória geográfica, de convivências e de experimentações.

o motivo do fechamento contribuiu para a oportunidade de criação de uma programação que celebrasse a trajetória histórica do Turismo Social por meio das experiências dos viajantes que participavam das ações há muitos anos e que de certa forma apresentavam um laço afetivo com ele.

A unidade do Sesc Avenida Paulista, no decorrer de suas ações no programa de Turismo Social, tinha entre seus usuários, pessoas muito assíduas, que usufruíam das viagens desde o início do programa, em 1946, por meio das temporadas no Centro de Férias do Sesc Bertogliadoral de São Paulo.

O processo de criação se deu por meio de um rigoroso trabalho de pesquisa, registros fotográficos, entrevistas, coleta de dados e materiais que deram origem, por meio de uma criação artística, a um ambiente imerso no universo das viagens.

Além da atuação dos funcionários da unidade, foram fundamentais as participações da antropóloga Renata Delduque³, da fotógrafa Michele Mifano⁴ e da diretora de arte Vera Hamburger⁵, que integraram todos os processos de concepção e concretização do projeto.

Na primeira fase, foram contatados quarenta e quatro viajantes, dos quais, dezesseis apresentaram-se dispostos a participar, cientes de que a exposição tinha o propósito de mostrar ao público parte de suas experiências de vida. Foram realizadas as dezesseis entrevistas domiciliares com registros fotográficos, empréstimos de objetos para compor as instalações, dos quais alguns tiveram a reprodução em réplicas de algumas coleções, como a de cédulas e moedas de vários países de S.C.R. e a coleção de camisetas de S.A.N., cujas artes foram transformadas em uma imensa cortina de voil.

As entrevistas deram origem a registros falados e fotográficos dos viajantes, em que se resgataram as lembranças de viagens, formas de registrá-las, objetos usados para viajar, além da sua relação com o programa de Turismo Social promovido pelo Sesc São Paulo.

3 Renata Delduque atuou com o propósito de coletar informações sobre as histórias de vida das pessoas que aceitaram participar do projeto.

4 Michele Mifano participou das entrevistas e realizou todo o registro fotográfico que compôs os cenários e relatórios

5 Vera Hamburger atuou como diretora de arte e foi a responsável pela criação cenográfica de todos os ambientes da exposição.

Artigo 5Exposição de Mala Pronta - o viajante do Sesc
conta sua história: memórias e realizações

6 Sesc São Paulo. Os viajantes usuários do Programa de Turismo Social do Sesc São Paulo. Relatório que descreve o processo de entrevistas e coleta de dados dos entrevistados.

7 Este programa do Governo Federal teve a sua primeira fase encerrada em 2010 com os seus propósitos concretizados, em 2013, com o lançamento da segunda edição, as propostas se apresentaram mais abrangentes e flexíveis em relação aos descontos, sem restrição de acesso em relação aos períodos e destinos turísticos brasileiros em qualquer época do ano. <http://www.turismo.gov.br/acesso-a-informacao/63-aco-es-e-programas/4886-programa-viaja-mais.html>. Acesso em: 1º de fev. de 2020. No ano de 2016, o governo federal anunciou o cancelamento do programa, com a justificativa de que já havia sido cumprida a proposta de forma integral. Esta ação que veio a se concretizar em 2017.

8 Fonte: <http://www.diariodasaude.com.br/news.php?article=transformar-terceira-idade-em-idade-ativa-ajuda-a-viver-melhor>. Acesso em: 09 jul. 2009.

O material coletado das entrevistas serviu como base para a diretora de arte Vera Hambúrguer detectar diversas “identidades dos viajantes” que, meses depois, transformaram-se em instalações que começavam no espaço térreo da unidade, com continuidade pelas escadas e elevadores, terminando no espaço expositivo principal, localizado no segundo andar.

Os resultados apresentados a seguir foram extraídos do relatório⁶ elaborado pela antropóloga Renata Delduque e que trarão uma clara ideia do que foi o processo.

PERFIL DOS VIAJANTES E MOTIVAÇÕES PARA VIAJAR

O perfil dos dezesseis entrevistados e entrevistadas apresentou uma predominância de idosos acima dos 60 anos, sendo que sete eram mulheres viúvas, quatro mulheres eram solteiras, uma mulher era separada, um homem era viúvo e os outros seis eram compostos por três casais.

As entrevistas foram iniciadas em 22 de agosto e terminaram em 1º de setembro. Foi um período intenso, em que Renata Delduque e Michele Mifano iniciaram uma jornada de visitas diárias, começando a descortinar uma gama de experiências de vida.

Como base para iniciar as entrevistas, Renata buscou um panorama sobre como as pessoas idosas se relacionavam com as viagens, como tinham acesso a elas e como era o perfil deste público.

Naquele ano, destacou-se o contexto político e socioeconômico do Brasil, o plano do governo federal, voltado para o incentivo e acesso às viagens direcionadas ao público de idosos. Trata-se do programa Viaja Mais Melhor Idade, estabelecido em 2007, com o objetivo de viabilizar o acesso de idosos maiores de 60 anos às viagens de lazer, de forma a movimentar o turismo nacional⁷.

A primeira edição do programa Viaja Mais Melhor Idade trouxe, à época, dados que iam ao encontro do perfil do público idoso entrevistado: predominância do público com mais de 60 anos, majoritariamente feminino e com grande disponibilidade para viajar anualmente. Ainda em relação à faixa-etária da maioria dos entrevistados e entrevistadas, a preponderância de mulheres era uma realidade, pois, no Brasil, verificava-se uma proporção de quase cinco mulheres viúvas para cada homem viúvo⁸.

Além das características das pessoas entrevistadas citadas anteriormente, elas também apresentavam pontos em comum em relação às motivações para viajar:

- a disposição e entusiasmo pela vida;
- o gostar de conhecer pessoas e fazer planos;
- uma alta disciplina e meticulosidade ao planejar a viagem como se notou na elaboração de lista para fazer as malas, nas anotações detalhadas, na organização dos álbuns, nas coleções de lembrancinhas, na necessidade de anotar as tarefas do dia, no jeito de organizar as roupas no guarda-roupa.

Além das viagens realizadas de forma constante, participavam de outras atividades – culturais (exposições, concertos, teatro...) e físicas (hidroginástica, natação, ioga, caminhada e condicionamento físico), promovidas pelo Sesc.

O histórico de vida indicou que já eram pessoas dinâmicas antes de conhecer o Sesc, mas, no decorrer das entrevistas, tornou-se visível que a participação nas atividades do Sesc era fundamental para a manutenção da vitalidade física e psicológica.

Em relação ao público feminino, como embasamento para os resultados que estavam sendo obtidos nas entrevistas, a antropóloga Renata Delduque buscou informações no portal Diário da Saúde, onde a reportagem com o tema: “Transformar terceira idade em idade ativa ajuda a viver melhor⁹” trouxe informações de que “Estudo feito com mulheres a partir dos 60 anos, que participam há pelo menos um ano de programas para terceira idade, indicou que o envolvimento em tais iniciativas podia colaborar para a manutenção da boa qualidade de vida e do bem-estar psicológico”. A matéria ainda abordou que, da mesma forma, o círculo de amizades formado por estas mulheres ajudava a superar perdas de entes queridos e nos impactos negativos trazidos por problemas surgidos no decorrer do envelhecimento.

⁹ Fonte: <http://www.diariodasaude.com.br/news.php?article=transformar-terceira-idade-em-idade-ativa-ajuda-a-viver-melhor> Acesso em: 9 jul. 2009.



O histórico de vida indicou que já eram pessoas dinâmicas antes de conhecer o Sesc, mas, no decorrer das entrevistas, tornou-se visível que a participação nas atividades do Sesc era fundamental para a manutenção da vitalidade física e psicológica.

Artigo 5

Exposição de Mala Pronta - o viajante do Sesc
conta sua história: memórias e realizações

Observou-se entre os entrevistados e entrevistadas que o impulso para aderir ao programa de Turismo Social do Sesc deveu-se a alguns eventos:

- a chegada da aposentadoria;
- o momento da solidão causado pela viuvez e outros lutos familiares;
- o prévio contato com outras ações do Sesc como as programações artísticas, atividades físico esportivas e tratamento odontológico;
- recomendações de amigos.

A antropóloga descreveu que, durante as entrevistas, grande parte dos viajantes relatou o contato com as viagens como “uma fase de renascimento”. Foi então que a abordagem de que a participação nas viagens trouxe benefícios para a melhoria da qualidade de vida deles ganhou ênfase, tema de destaque no tópico a seguir.

RELAÇÃO VIAJANTE/VIAGEM: TRANSFORMAÇÃO, REVIGORAMENTO E NOVOS CONHECIMENTOS

Entre os viajantes, foram encontradas pessoas que viajaram através do programa de Turismo Social do Sesc cerca de cinquenta a cem vezes. Desta forma, abre-se a imaginação para as possibilidades de transformações, revigoramento e crescimento pessoal que estas experiências trouxeram no decorrer da vida.

Destaca-se, ao longo do processo, a relação dos viajantes com o programa de Turismo Social do Sesc, porém, a maior parte dos entrevistados e entrevistadas também viajava com empresas do mercado e usufruía de roteiros que não eram oferecidos pelo Sesc, dos quais se destacam os destinos internacionais e viagens aéreas. Também sobressaiu a relação dos viajantes com inúmeras motivações para suas viagens, entre as quais:

A.R.D. já queimava o chão com o marido antes de conhecer o Sesc. “Ia de carro para Minas, para Goiás...”

Os casais J. F./O.L.M.F e C.M.R.N/S.A.N. e S.A.G. viajavam desde os tempos do “camping selvagem”. O marido da S.A.G. chegava em casa e perguntava: “Vamos?” e ela respondia: “Vamos!”

C.M.R.N é uma eterna buscadora de viagens. “Por mim eu só viajaria.”

M.E.F., quando menina e morava no Ceará... “já tinha uma mala pronta, era só minhas tias falarem – vamos pra lá, vamos pra cá...”

S.A. já viajou muito e quer viajar até o último dia da vida.

E.M.P. sonhava em morar em outro país; teve 50 correspondentes de fora do Brasil. Tem muitos vídeos sobre países, história, viagens.



Encontravam nas viagens um meio prazeroso e interessante de passar o tempo e preencher a necessidade de se relacionar. Inclui-se aí a situação de que a maioria já se encontrava - aposentada e com os filhos adultos.

E.L.N.T. iniciou a vida profissional aos 12 anos, em uma fábrica e, até se formar em Secretariado, ocupou postos simples de trabalho. “Mesmo assim viajava em todas as minhas férias. Para cá, ou para lá, para algum lugar eu sempre ia.”

S.C.R. iniciou seu ciclo de inúmeras viagens há 50 anos.

V.N.A. gosta de viajar... “desde pequena, ia para Diamantina, vinha para São Paulo...”

Os relatos identificaram que todos sempre gostaram de viajar desde a infância, que não concebiam suas vidas sem as viagens e estimavam os conhecimentos adquiridos nelas. Além disso, valorizavam as anotações de viagens de forma a rememorar as experiências posteriormente e compartilhar entre os amigos. Como relata Spolon (2010, p. 203), “O mundo do turismo e das viagens é um universo mágico, cheio de surpresas, carregado de sonhos, fantasias e sensações indescritíveis, impossíveis de serem produzidas materialmente e que muitas vezes, só podem ser descritas em histórias (...)”.

Com a observação voltada para a situação socioeconômica dos viajantes, foi constatado que se tratava de pessoas com recursos financeiros e tempo disponível, e que de certo modo se sentiam solitárias. Encontravam nas viagens um meio prazeroso e interessante de passar o tempo e preencher a necessidade de se relacionar. Inclui-se aí a situação de que a maioria já se encontrava aposentada e com os filhos adultos. Assim, os recursos financeiros viriam dinamizar uma necessidade pré-existente de viajar. Já entre os que se encontravam ativos profissionalmente, sentiam a mesma necessidade e contavam com os períodos de férias, finais de semana e feriados.

A necessidade de conhecer novos lugares também começou a se sobressair no decorrer das entrevistas tanto nas anotações como nos relatos sobre os locais visitados, mostrando o interesse por costumes, história, geografia, culinária, política, arquitetura, linguagem, arte e natureza.

Artigo 5Exposição de Mala Pronta - o viajante do Sesc
conta sua história: memórias e realizações

“A gente amplia os horizontes tanto culturalmente quanto historicamente e são acrescentados muitos conhecimentos geográficos, religiosos, econômicos, políticos, botânicos, arquitetônicos...” (E.M.P.)

“O aspecto cultural das viagens, eu não acho importante. Acho importantíssimo.” (H.M.C.C.S.)

“Conhecimento, é isso que as viagens trazem para a minha vida.” (M.M.)

Também se destaca entre as características destes viajantes, o fato de serem pessoas que se informavam antecipadamente sobre os locais a serem visitados e de se sentirem enriquecidas com os conhecimentos adquiridos durante as viagens, inclusive através dos guias de turismo, que valorizavam muito o preparo.

Desta forma, foi considerada essa característica de viajantes, que se tornaram exigentes em relação ao conteúdo dos roteiros, tornando-se estimadas as viagens com grande teor histórico-cultural e, algumas vezes, roteiros que se apresentavam com alguns períodos livres, eram criticados.

Acrescenta-se a este perfil, pessoas que partem para as suas jornadas em busca do conhecimento e que se referem às experiências de viagens como forma de revigoramento de energias, conforme se vê nos depoimentos a seguir:

“Viajar é o milagre da multiplicação da energia. Viajar me deixa muito feliz, rejuvenesce, eu sinto a energia do meu corpo inteiro, de todos os chacras. A coisa mais espetacular é viajar. Não tem uma música que fala – Viver será só festejar? Para mim é Viver será só viajar. Como quero viajar muito, mas muito ainda, não quero me aposentar, porque aí não teria dinheiro para viajar tanto.” (C.M.R.N.)

“A gente volta das viagens com mais saúde, mais ânimo, recarrega todas as energias. A gente vê coisas novas, bonitas; as viagens descansam a cabeça, relaxam.” (V.N.A.)

“Acho que viajar é a melhor coisa da vida. Você, viajando, conhece coisas novas, coisas diferentes, faz relacionamentos interessantes... Enfim, é uma maravilha. O aspecto cultural das viagens, eu não acho importante. Acho importantíssimo. E o Sesc educa, você sabia disso?” (H.M.C.C.S.)

“Eu gosto de viajar, é o meu hobby, acho maravilhoso e, segundo meu médico, é receita geriátrica. Esse negócio de viagem já vem do tempo do meu marido, ele chegava em casa e falava – vamos? Vamos! Eu procuro manter a minha saúde, me cuido, faço todos os exames, porque se não tivesse saúde não poderia viajar. As viagens me trazem amizade, confraternização, conhecimento.” (S.A.G.)

“Além do prazer, as viagens trazem conhecimento, oportunidade de conhecer muito mais a alma humana e espiritualidade, porque quando você fica num ponto em que a natureza é exuberante e não tem poluição sonora e visual, a espiritualidade exacerba. E o contato humano é fundamental, a essência humana é uma só. Essa descoberta da essência humana, acho fundamental e, também, essa descoberta da espiritualidade. Uma coisa é você rezar na sua casa e outra, olhando para o céu, numa praia, embaixo de um coqueiro. Uma vez estávamos em Arembepe, de repente, descobri – puxa, conforme batia o vento com as folhas, formou uma musicalidade. Essas coisas são fundamentais, como essa integração com a natureza.” (S.A.N.).

GUARDADOS NA MEMÓRIA: COLEÇÕES E RECORDAÇÕES

A ação de estímulo aos viajantes para falarem de suas vidas e de suas experiências em viagens foi vista pela antropóloga como o “puxar um fio de novelo que se iniciava quando a entrevista era marcada e que não se esgotava após o encontro”.

As lembranças continuavam a vir à tona e era comum a antropóloga, a fotógrafa, a diretora de arte e a equipe do Sesc receberem telefonemas dos entrevistados, geralmente no dia seguinte em que haviam dado seus depoimentos para dizer que haviam encontrado mais objetos, que teriam novas histórias a acrescentar.

A antropóloga destaca frases como: “olha, me lembrei de tal coisa...”, “falei do Coliseu, das Muralhas da China, mas esqueci de falar da Terra Santa e das Pirâmides do Egito”... “Achei uma carteirinha da época de Bandeirante”... “Estou procurando a carta que escrevi para minha mãe na primeira viagem que fiz, aos 13 anos...”.

Essa trajetória geográfica no decorrer da vida vem acompanhada de inúmeras memórias, seja, de acordo com Worcman (2006, p.10), tudo que é retido por ela é resultado de suas experiências de forma seletiva “[...] seja um procedimento consciente ou não. Portanto não é um depósito de tudo que nos acontece, mas um acervo de situações marcantes”.

A memória, quando estimulada, abre as portas para o que ali está guardado, como o caso de C.M.R.S. que, em sua viagem no tempo, acrescentou após a entrevista: “Essa semana, eu fiquei mexendo nas fotos, ah, eu fiquei vivendo no passado... Eu li algumas cartas, chorei às vezes, mas de modo geral fiquei muito contente de ter feito o que eu fiz. Essa semana inteira eu fiz um balanço, sábado passado choveu, daí eu fiquei sábado e domingo inteiro em casa, só mexendo nessa

Artigo 5

Exposição de Mala Pronta - o viajante do Sesc
conta sua história: memórias e realizações

papelada velha... Eu vi as fotos, eu era uma pessoa alegre, ninguém diria que eu passei pelo que eu passei... Engraçado, que força extraordinária que a gente tem, não sei de onde, quando precisa... E Deus me ajudou que me deu saúde, não é? (risos)... Até que eu estou gostando de mexer nessas coisas...”

Uma característica recorrente entre os entrevistados e entrevistadas era a forma de guardarem suas recordações de viagens. Durante as entrevistas, era comum os objetos serem trazidos em caixa de sapato, caixa de inalador, caixa de papelão comum, gaveta, baú, entre outros objetos que armazenavam suas lembranças e registros. Nestes objetos acolhedores de recordações estavam guardadas as papeladas de viagem como fotos, folhetos, envelopes com as reservas das viagens, bilhetes dos colegas de viagem, dos guias, além de pequenas lembranças ganhadas ou compradas.

As fotos aparecem como um dos maiores estímulos para reviver e recordar as viagens. Todos se apresentavam com uma quantidade significativa de fotos, muitas destas em álbuns de fotografias, que eram tiradas por eles/as ou apresentados pelo/as amigo/as.

Sem dúvida, as fotos são os maiores estímulos para lembrar/reviver. Todos têm muitas fotos e os que não costumam fotografar, declararam que, geralmente, recebiam fotos dos companheiros de viagem.

Como menciona V.N.A.: “Álbum é muito bom, a gente lembra das viagens, aí fica – lembra desse restaurante? Estava muito boa aquela comida... A gente fica recordando, nossa, é muito bom”.

Os roteiros descritivos das viagens também se apresentavam entre as recordações da maioria, pois são estímulos importantes para a lembrança dos locais visitados. Entre as informações mais valorizadas estavam: locais por onde se hospedaram, a quantidade de cidades visitadas, restaurantes, nome de pessoas que faziam amizades nos locais de destino, entre outras.

Desta forma, a característica de colecionadores também não tardou a aparecer nos processos das entrevistas, nos quais diferentes objetos eram mostrados no decorrer das entrevistas como recordações trazidas dos locais visitados: imãs de geladeira, porta-chaves, peças artesanais, chaveiros, cédulas de diferentes países, camisetas, vidrinhos com areias de alguns países visitados, entre outras coleções.

Todo este percurso de entrevistas deu origem a uma linha de abordagem que deu o rumo à criação de algumas instalações da exposição: a característica peculiar de cada “viajante”, ou seja, uma “identidade viajante”. Esta identidade era delineada pela cenógrafa por meio da



O que se traz das viagens reflete o que se “busca” nelas, de acordo com o temperamento e interesses de cada viajante. Mas com a idade ou com o acúmulo da experiência de viajar, aquilo que se sente necessidade de trazer e guardar pode se modificar.

sensibilidade de observar como cada pessoa tinha sua forma peculiar de arrumar suas bagagens, registrar suas viagens, e de colecionar e guardar suas lembranças, como as coleções de chaves mostravam caminhos percorridos, os mapas desenhados a mão sinalizavam os países visitados, as listas de viagens organizadas de forma cronológicas e roteiros encadernados.

Entre as análises que dialogam com este processo, a antropóloga Renata Delduque destacou: o que se traz das viagens reflete o que se “busca” nelas, de acordo com o temperamento e interesses de cada viajante. Mas com a idade ou com o acúmulo da experiência de viajar, aquilo que se sente necessidade de trazer e guardar pode se modificar.

Alguns tinham muito material para mostrar e não pretendiam renunciar a eles, como coleções de objetos, folhetos e cartões; pedras; peças artesanais; diários de viagem; mapas; envelopes da reserva das viagens; vídeos; slides, filmes Super 8. Outros eram frugais: tiravam poucas fotos, guardavam apenas alguns folhetos, e quase não faziam compras em viagem...

Alguns demonstravam querer “guardar no coração”, prescindindo de coisas tangíveis, desapegando-se da necessidade de trazer consigo provas do “estive lá” – ou seja, estão renunciando aos “troféus de viajante” ou estão transformando esses objetos em experiências de “espiritualidade”, tal como a que experimentou S.A.N. em uma de suas viagens.

Neste contexto, Krippendorff (2000, p. 93) realiza uma abordagem a partir de seu ponto de vista sobre o que se traz de uma viagem:

“[...]O que se traz da viagem? Os bibelôs colocados em uma prateleira ou presos na parede ou os álbuns de retrato - seriam essas as únicas lembranças que nos restam? Saímos enriquecidos da nova experiência? Será que ela vai modificar nossa atitude face à vida e nosso comportamento cotidiano? [...]”

Artigo 5Exposição de Mala Pronta - o viajante do Sesc
conta sua história: memórias e realizações

Em contrapartida à abordagem de Krippendorf, Renata Delduque, a antropóloga, analisa o ato de colecionar ao fato de que se trata de um aspecto de delineamento da trajetória do viajante, na qual são registrados os seus feitos e se tornam testemunhos da sua biografia.

A MATERIALIZAÇÃO DO PROCESSO

Após um cuidadoso estudo e observação do material, a diretora de arte, Vera Hamburger, com um olhar peculiar e cuidadoso, iniciou a criação dos ambientes e instalações com base na identidade e perfil que cada viajante apresentava.

As experiências de vida foram analisadas, dotando-se a diretora de arte de intensa sensibilidade para compor os seus processos criativos, onde o ato de observar e refletir se deu na transformação dos dados, na busca de proporcionar o encontro com a estética a partir de uma experiência afetuosa e criativa. De acordo com Bosi (2003, p. 41), “Arte: percepção aguda das estruturas, mas que não dispensa o calor das sensações”.

As instalações foram compostas de painéis fotográficos, depoimentos, objetos, álbuns, cartas e lembranças de viagens recolhidas dos viajantes. Contou com exposições de depoimentos em telas distribuídas pelos espaços, onde as pessoas podiam ouvir os relatos.

Em tese, a memória foi transformada em arte, em experimentos, onde a partir da análise da citação de Thompson:

A inserção de formas em contextos sociais também implica que, além de serem expressões para um sujeito (ou para sujeitos), são, geralmente, recebidas e interpretadas por indivíduos que também estão situados dentro de contextos históricos específicos e dotados de vários tipos de recursos; o modo como uma forma simbólica particular é compreendida por indivíduos pode depender dos recursos e capacidades que eles estão aptos a empregar no processo de interpretá-la. (Thompson, 2009, p. 201)

Partindo desta análise de Thompson, a exposição foi concebida segundo as experiências, sendo criadas instalações em ambientes interativos, onde cada visitante teve a oportunidade de promover o seu próprio momento de experimento com base nas suas próprias percepções e experiências de vida.

ESPAÇOS EXPOSITIVOS

A descrição das instalações tem o propósito de conduzir o leitor a processos imaginários dentro dos espaços.

Térreo: Painel em madeira com parte do mapa do Brasil e destaque ao Estado de São Paulo, remetendo à espacialidade do viajante e aos principais destinos visitados. Ambientação sonora com vozes gravadas pelos viajantes, onde o significado da viagem na vida destas pessoas é destacado. É importante salientar que a colocação das cidades no mapa não correspondia exatamente a sua localização com o propósito de “movimento”.

Escadas: Ambientação sonora e instalação em LED com as mesmas frases citadas pelos viajantes.

Elevadores: A ambientação dos elevadores se deu com o propósito de que este fosse uma mala que conduziria as pessoas do térreo ao segundo andar, iniciando um contato com o universo das viagens.

Toda a ambientação do térreo ao segundo andar teve o propósito de conduzir o visitante ao universo das viagens, partindo de dois princípios: frases > despertar a expectativa e ambientação do elevador > mala > materialização do processo da viagem.

2º Andar: Apresentação: vitrine arrumando a mala - destaque aos objetos de S.C.R., entre eles, roupas, livros levados em viagens, itens de nécessaire etc.

A entrada no universo das viagens: para despertar a ideia de entrar no universo das viagens, foram expostas fitas em voal por meio da impressão de destinos diversos no Brasil, providas da coleção de camisetas de S.A.N.

Ambiente – Ônibus: No corredor de entrada para os espaços principais, a ideia foi inserir o ônibus, que após as expectativas de lugares e coisas encontradas desde o espaço térreo, escadas e elevadores, o ônibus é a condução à viagem. No espaço figurativo do ônibus, havia instalações sonoras extraídas de um procedimento de embarque rodoviário. Foram captadas conversas, apresentação da tripulação (guia e motorista) e procedimento do início de uma viagem.

Espaço hotel: O espaço hotel teve como objetivo transmitir a entrada e a recepção do grupo após o percurso da viagem. O ambiente tinha quadros com alguns centros de hospedagens do Sesc no Brasil. O ambiente teve o objetivo de acolhimento e o visitante podia sentar-se nos sofás. Havia também um balcão com guarda volumes, relógios com três fusos diferentes e tabela de preços figurativa.

Artigo 5

Exposição de Mala Pronta - o viajante do Sesc
conta sua história: memórias e realizações

Antes da entrada no ambiente conceitual “Painel dos Viajantes”, havia uma instalação com tela de plasma, que exibia uma produção audiovisual exclusiva para a exposição, com fotos coletadas pelos viajantes.

No ambiente do painel dos viajantes, a primeira instalação exibe uma homenagem a M.A.F, identificada como viajante que sempre agregava a vaidade ao universo de suas viagens, além de sua simpatia e carisma.

Ao lado de M.A.F estava o painel em homenagem a E.M.P., onde foram destacadas a beleza e a alegria em sua expressão ao se referir a suas experiências de viagens.

Em um painel coletivo, encontrava-se um personagem central, S.A.G, que no decorrer das entrevistas apresentou uma característica de líder entre grupos de amigos. Junto a este painel foram reunidos objetos de pessoas que eram mais próximas.

Outro painel, destacava C.M.R.S, com características voltadas para a intelectualidade, onde se encontrava a réplica de uma carta em alemão escrita durante uma viagem de navio a uma tia na Alemanha, além de outra réplica da carta de resposta da tia. Neste caso, a pessoa em questão traduziu as duas cartas para ficarem expostas ao lado da réplica durante a exposição.

Em homenagem a S.C.R., outro painel que retratava algumas fases de sua vida e de suas mais expressivas experiências de viagens, como uma réplica da Certidão de Nascimento, a carteira de filiação do Cine Clube Bandeirantes de São Paulo, onde ele foi fotógrafo premiado, além da máquina verdadeira que gerou as fotos do prêmio, um mapa Mundi com os países visitados pintados a lápis, entre outros objetos.

Uma instalação audiovisual mostrou entrevistas com os viajantes, produzidas especialmente para a exposição. Esta instalação ficou entre “luzinhas de tomadas”, porque durante as entrevistas grande parte das viajantes declarou levar este objeto para instalar à noite no quarto do hotel durante suas viagens, por se encontrarem em um ambiente desconhecido de suas casas.

Um painel coletivo com fotos e resumo do perfil de cada viajante compôs a área central da exposição.

Houve também uma cabine de depoimentos, onde, em tempo real, as pessoas podiam interagir gravando seus depoimentos, que, quinzenalmente, eram editados e exibidos ao público.

Vale a pena lembrar que toda a reprodução visual e audiovisual teve a assinatura e concessão de seus protagonistas.

Além da cabine de depoimentos, um espaço denominado “Sala de embarque” exibia réplicas de coleções dos viajantes que todos podiam manusear e se sentar em sofás e cadeiras disponíveis e apreciar com vista para a Avenida Paulista.

Finalizando o ambiente expositivo, um espaço com sons da natureza exibia fotos de viajantes durante viagens em ambientes naturais. Uma homenagem a dois guias de turismo foi prestada com coleções e fotos deles.

Foi um período de muita interatividade do público, era comum ver pessoas se emocionando com os relatos de viagens, descrevendo aos arte-educadores as suas emoções.

A equipe de arte-educadores foi especialmente treinada para a exposição, sendo a formação dos mesmos voltada para as artes plásticas e artes cênicas.

Esse processo descrito teve uma dedicação imensa de todas as equipes envolvidas, cada detalhe foi extremamente importante. Trabalhar experiências de vidas reais e torná-las públicas através da arte é um ato que requer ética, sensibilidade, criatividade e dedicação

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar viagens no tempo para compor este artigo trouxeram recordações de momentos em que várias trajetórias de vida foram expostas e chegaram a inúmeras pessoas que visitaram, interagiram e se emocionaram nos espaços da exposição.

Interagir com pessoas corajosas e dispostas a abrir armários, mostrar detalhes, reviver suas experiências de viagem e expor parte de suas trajetórias de vida requer muito cuidado, ética e respeito.

Estas pessoas, representadas em diferentes cenários, tornaram-se personagens e passaram a ser admiradas pelas experiências e conhecimentos que transmitiram ao público.

Em outro contexto, considera-se a importância das relações sociais para a qualidade de vida da pessoa idosa, já que por meio da viagem estas relações podem se intensificar, pois ela requer um planejamento prévio prazeroso como arrumar as malas e fazer planos, expectativas para a realização de sonhos, as novas e antigas convivências e o encontro com o desconhecido.

Ao término da pesquisa, a antropóloga Renata Delduque realizou uma sensível análise de sua própria experimentação em adentrar ao



Considera-se a importância das relações sociais para a qualidade de vida da pessoa idosa, já que por meio da viagem estas relações podem se intensificar, pois ela requer um planejamento prévio prazeroso como arrumar as malas e fazer planos, expectativas para a realização de sonhos, as novas e antigas convivências e o encontro com o desconhecido.

universo das viagens: “As viagens são regidas por Chronos – senhor do tempo; pela Mãe Natureza – atemporal e pelos sentidos e afetos humanos. Elas trazem o aprendizado, a apreciação das paisagens, o encontro com a diversidade, a relação com a essência humana em diferentes lugares com peculiaridades históricas e culturais.

As viagens trazem novos conhecimentos, a ampliação de horizontes, inclusive da espiritualidade. As viagens proporcionam diferentes relações e troca de experiências com as pessoas que residem nas localidades visitadas e com os profissionais envolvidos. A viagem se revela neste contexto com um imenso poder revigorante, na qual, por meio de novas visões de mundo e energias renovadas se alcança um restabelecimento anímico.

O viajante coleciona folhetos, diários, fotos, lembranças. O viajante organiza, planeja, registra, compartilha recordações. A sucessão de viagens são os seus feitos e integra trajetórias de vidas.

O viajante envelhece e a sua trajetória geográfica, por onde acontecem novas descobertas, convivências e experimentações, compõe experiências únicas de vida, que, ao serem compartilhadas, ensinam, aguçam a curiosidade e emocionam. 📍

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOSI, Alfredo. *Reflexões sobre a arte*. São Paulo: Ática, 2003. 41p.
- BOULLÓN, Roberto C. *Atividades turísticas e recreativas. O homem como protagonista*. Tradução de Maria Helena O. O. Assumpção. Bauru, SP: Edusp, 2004, p. 111-112.
- KRIPPENDORF, Jost. Sociologia do Turismo. Para uma nova compreensão das viagens. São Paulo: Aleph, 2000, p. 87-93.
- MINISTÉRIO DO TURISMO. *Programa Viaja Mais Melhor Idade*. Disponível em: http://www.turismo.gov.br/sites/default/turismo/o_ministerio_publicacoes/downloads_publicacoes/Viaja_Mais_Melhor_Idade.pdf. Acesso em: 1º fev. 2020.
- MODERNELL, Renato. Em trânsito: um ensaio sobre narrativas de viagem. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2011, p. 11-16. (Coleção AcadeMack).
- SESC SP. *Os viajantes usuários do Programa de Turismo Social do Sesc São Paulo*. Trabalho de pesquisa realizado como base e instrumentalização para a Exposição De Mala Pronta - o Viajante do Sesc Conta sua história. São Paulo: Sesc São Paulo, 2009.
- THOMPSON, John B. *Ideologia e cultura Moderna. Teoria social e crítica na era dos meios de comunicação de massa*. 8. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009, p. 201.
- SOLON, Ana Paula. Once upon a hotel... A valiosa experiência de estar em um lugar que é, em tudo, muito diferente da sua casa. In: NETO, A.P.; GAETA, C. (Org.). *Turismo de experiência*. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2010, p. 203.
- THOMPSON, Paul. *História oral: patrimônio do passado e espírito do futuro*. In: História Falada: memória, rede e mudança social São Paulo: Sesc SP: I. Worcman, Karen. II.Pereira. Jesus Vasquez: Museu da Pessoa: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2006, p. 10-11.
- TRIGO, Luiz Gonzaga de Godoi. A viagem como experiência significativa. In: NETO, A.P.; GAETA, C. (Org.). *Turismo de experiência*. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2010, p. 21-41.



ENTREVISTA **UME SHIMADA**

"A gente tem que trabalhar para ganhar o dia. Sem trabalho não tem graça. O trabalho ajuda muito."



Ume Shimada é filha caçula de um casal de imigrantes japoneses - Katsume Sugano e Kikuno Sugano, que chegaram ao Brasil em 1913. Nasceu em Registro em 1927. Casou-se aos 25 anos com o imigrante Akira Shimada, falecido há 10 anos. Teve seis filhos, três homens e três mulheres.

Em toda sua vida, Ume foi empreendedora. Foi professora de corte e costura, ganhou o sítio Shimada de sua mãe, no qual chegou a produzir treze produtos, vendidos na Baixada Santista. Comprou uma barraca de feira e um caminhão, tornando-se feirante durante seis anos na Grande São Paulo. Comprou uma ótica no bairro da Aclimação, onde ficou residente. Hoje, três de seus filhos estão no ramo de ótica.



RAIO-X
Ume Shimada
93 anos,
empreendedora



Foi pioneira na produção de moti¹ artesanal em São Paulo, chegando a processar 30 sacos de arroz moti aos finais de ano. Foi também pioneira na plantação de lichia em Registro, há 25 anos.

Em 2004, reassumiu o Sítio Shimada, que estava arrendado, e continuou com a produção de brotos de chá e lichia.

Em novembro de 2014, inaugurou sua pequena fábrica de chá preto artesanal com a intenção de não deixar a produção do chá morrer, estimulando outros produtores. Por conta disso, recebeu homenagens, participou de três festivais de chá preto no Japão e faz grande sucesso na mídia nacional e internacional com seu chá.

A Revista Mais 60 conversou com Ume Shimada para saber mais sobre sua rotina, família e histórias de vida.

MAIS 60 *Ume, começamos as entrevistas com pessoas especiais, como a senhora, pedindo para contar um pouco da história de vida, onde a senhora nasceu...*

UME Eu nasci aqui, sou brasileira purinha.

MAIS 60 *E seus pais vieram para cá.... Como foi?*

UME Meus pais vieram do Japão, para colher café. O chá eles conheciam, mas o café não. Então foram para o cafezal, colher café. Aí em vez de colher a fruta, eles colheram a folha e deixaram a fruta. Deixaram dois pés de café peladinhos [risos] depois, o patrão veio e ficou bravo com eles. Depois, meu pai conta que trabalhou, mas nunca ganhou dinheiro. Meu pai dizia “puxa a vida,

¹ Arroz utilizado na feitura do moti (também conhecido como bolinho de arroz). É diferente do arroz comumente usado na culinária japonesa. O moti tsuki é feito num *ussu* (pilão japonês), com a ajuda de um *tsuchi* (lê-se tsuti), que é uma espécie de grande marreta de madeira. O processo é repetido até o arroz ficar no ponto certo do moti: uma massa lisa e firme.



“... eu lembro muito bem, porque meu pai plantou... Não sei de onde ele trouxe a semente do chá, plantou na areia, esse chá brotou...”

"Por causa do chá, a gente tem visitas boas mesmo, ele caiu do céu."

a gente trabalha, trabalha, trabalha bastante e não ganha dinheiro, vamos fugir”, diz que pegou uma carroça com cavalos e fugiu.

MAIS 60 *E como o chá entrou na sua vida?*

UME O chá foi assim: eu lembro muito bem, porque meu pai plantou... Não sei de onde ele trouxe a semente do chá, plantou na areia, esse chá brotou, então, meu pai trouxe uma latinha, eu me lembro muito dessa latinha, e meu pai disse: você pega essa latinha, escolhe o brotinho que está aqui nascido e daí colhi e levei para o meu pai. Isso eu lembro muito bem.

MAIS 60 *E a senhora nunca mais deixou de trabalhar com o chá...*

UME Não, antes tenho uma história para contar. Meu pai, no Japão, trabalhava com casulo. Ele tirava o fio do casulo para fazer tecido. Então, meu pai veio com essa intenção de chegar no Brasil para criar esse casulo, pensando que o Brasil era muito bom, porque a propaganda foi muito boa. Que nada! Depois da guerra mundial, que meu pai voltou para o Japão. Até aí, meu pai sofreu muito, muito mesmo. Depois, ele veio para esse sítio aqui, e plantou café. Daí o café não deu certo, porque entrou bichinho, e ele teve que cortar todos os pés de café. Aí o cafezal ficou abandonado. E meu pai falou “o que nós vamos fazer?”

MAIS 60 *E então veio a ideia do chá?*

UME Meu pai trabalhou muito, até que enfim ele inventou de fazer uma fábrica de chá. Nessa fábrica de chá, eu ajudei muito meu pai. Eu estava no grupo, até o quinto ano, tinha que ir a pé na escola, mas eu lembro muito bem que eu tinha que ajudar meu pai. Ele tinha uma fábrica grande, tocada a vapor, era uma máquina enorme. Depois, ele comprou mais duas máquinas de metal. Assim aconteceu com a vida de meu

pai, ele teve essa fábrica, eu ajudei nessa fábrica, eu trabalhei muito nessa fábrica, meu serviço era beneficiar o chá.

MAIS 60 *E então a senhora com 87 anos, depois de trabalhar com diversas áreas em São Paulo, reinaugurou a fábrica de chá?*

UME Pois é, no ferro velho tinha duas máquinas, e eu fui ver com o meu filho. Mas as máquinas pareciam que estavam podres. E o japonês do ferro velho disse, “Então, parece que está tudo podre, mas essa (máquina) daí é de bronze, se limpar ela fica da cor de ouro. Tinha que me arrastar que nem jacaré para limpar o pé de chá. Sabe por quê? No pé de chá tem bastante mato que fica enrolando que nem cipó. Tinha que limpar, amarrar, fazer uma tosa, e deixar para levar no carrinho, porque se deixar perto do chão vai brotar de novo. Assim foi meu serviço. Eu matei duas cobras venenosas, mas eu limpei. Assim como o chão ficou limpo, a máquina também ficou boa. Puxa vida, que coisa boa!

MAIS 60 *A máquina ficou pronta para o trabalho?*

UME Sim. Aí, colhemos o chá bem colhido, no capricho, o broto ficou pronto, e coloquei na máquina. Depois, fiz esse chá, mas que chá bonito! Um chá cheiroso... Que chá gostoso! Então, nós temos que tomar. Então, faça logo para a gente tomar! Aí fizeram esse chá e a gente tomou. E fizeram “hummm... que chá gostoso.” Eu também tomei e falei hummm... que chá gostoso [risos] e assim que aconteceu, o chá ficou bom. Por causa do chá, nós temos visitas boas, olha, não é por causa do chá que você está aqui? Por causa do chá, a gente tem visitas boas mesmo, ele caiu do céu. Por isso eu agradeço, por causa do chá eu tenho visitas boas.

MAIS 60 *Sim, o chá e a senhora são muito conhecidos! E aí, queremos saber o seguinte: como é o dia a dia da senhora? Quais são seus hábitos diários?*

UME Eu trabalho até às nove horas da noite, é meu costume, mas eu gosto de jogar paciência...

MAIS 60 *Jogar?*

UME Paciência, no computador. Eu coloco meu relógio na frente – são só duas horas, viu? Eu falo para mim, [risos] puxa a vida, duas horas, já passou o tempo. Ah, agora que já passou, que passe mais, né? [risos].

MAIS 60 *Mas que horas a senhora acorda?*

UME Meu horário é quatro e meia da manhã.

MAIS 60 *Quatro e meia... e a senhora faz o quê?*

UME Acordo, lavo a minha cara, e depois vou fazer a minha oração. A minha oração é um pouquinho comprida, porque eu lembro de muita gente, para Deus abençoar, né? Lembro de todo mundo, viu? [risos].

MAIS 60 *Aí, depois?*

UME Depois eu tomo meu café. Meu café é fácil, não tem muita coisa. Dois biscoitinhos já está bom para mim. Eu gosto de ficar aqui, sentar aqui, eu fico vendo o passarinho voar, a borboleta voar. Eu fico sentada aqui. Na hora que acaba, eu digo, o que eu vou fazer? Aí eu falo para mim mesma: não adianta ficar sentada, tem que trabalhar mesmo. Já levanto e vou fazer meu serviço. O meu serviço está no quarto, faço artesanato.

MAIS 60 *E faz ginástica? Exercício?*

UME Duas vezes por semana. É bom fazer ginástica... porque tem um professor, sabe? Ele é cantor também.... Eu gosto muito de cantar. O Cesar (professor) canta muito bem.

MAIS 60 *E o que a senhora costuma fazer durante à tarde?*

UME A tarde... com esse calor, eu vou dormir. Eu tenho meu ventiladorzinho, e eu falo que é só uma hora para dormir. Não posso dormir mais senão a hora passa e não fiz nada. Faço meu serviço de artesanato.... Essa flor não é fácil não. Eu faço dentro da cestinha. Já tem umas vinte cestinhas dessas. Desde a argola de arame, eu faço tudo.

MAIS 60 *Ume, e como é envelhecer? O que a senhora gosta de fazer?*

UME De vida? A gente que escolhe, né? A gente que faz a vida, né? Eu fui no médico, de costume, ele me examinou e disse assim: “Escuta, quantos anos você tem?” Ah, eu tenho vinte anos. “Vinte anos, é?” Claro, eu não quero falar a minha idade. “Não, mas fala aí a idade certa.” Então, eu falei, a minha idade certa, eu tenho 93. Aí eu falei: eu gosto muito de dançar. “Que música a senhora gosta?” Eu gosto de música, eu gosto de tudo.

MAIS 60 *Mas por que a senhora acha que está bem assim? Pelo trabalho, por exemplo?*

UME Ah, se eu não trabalho, não dá para viver não. A gente tem que trabalhar para passar o dia. Sem trabalho não tem graça. O trabalho ajuda muito.

MAIS 60 *Fale sobre seus filhos, Ume?*

UME Começando por meu filho que mora no Rio Grande do Sul, depois tem Roberto, que mora em São José, depois tem o Wilson, que mora lá na estação Vergueiro. Agora de mulher, tem a Terezinha, que moro com ela, depois tem a Bernadete, que tem ótica, depois tem a caçula que se chama Emi. Na casa dela que vou sempre, ela tem uma casa grande, a gente joga. Ela também gosta de jogar.



MAIS 60 *E seus netos? Vocês se reúnem aqui? Eles vêm pra cá?*

UME Vem. Agora está difícil, cada um tem seu serviço, né? É difícil de reunir. A vida também está corrida, está muito difícil.

MAIS 60 *Que lugares a senhora já conheceu? Foi para o Japão?*

UME Ah, no Japão eu fui sete vezes. Meu pai é de Fukushima...

MAIS 60 *E a senhora não tem vontade de morar lá?*

UME Morar no Japão? Deus que me livre. Lá é perigoso, lá tem terremoto, tem maremoto, aqui no Brasil não. Nós moramos em uma terra santa. O que tem no Brasil? Só tem ladrão.

MAIS 60 *E lá para o chazal, quando a senhora vai?*

UME Ah... quando eu colhia chá, eu gostava de ir ainda no escuro. Levava meu cachorro.

MAIS 60 *No escuro? Antes de amanhecer?*

UME Ah, eu gosto de ir na roça no escuro. Eu tinha um cachorro muito bom, eu falava, Bob, vamos colher chá? Ele ia na frente. Depois de clarear, eu falava: Bob, onde você está? Ele levantava a cabeça. Depois, Bob onde você está? Aí, não estava mais, já foi embora, porque clareou, né? Mas agora eu não posso mais. Sabe que meu pé estava doendo muito, acho que virava, agora não dói mais.

MAIS 60 *Estamos terminando a entrevista. A senhora gostaria de dizer mais alguma coisa para os leitores da revista?*

UME Muita saúde para todo mundo. Porque tendo saúde, tudo resolve. Daí dá para pensar e dá para continuar.



PINTURA

Observação instintiva

/por Lorena Lannes

RAIO-X

Lorena Lannes

Lorena é artista plástica. Atualmente mora em Nova York, e desenvolve trabalhos com foco na exploração da figura humana, investigando a complexidade do outro como um meio de alcançar um lugar comum.

Seu e-mail é lorennalannes@yahoo.com.







Meu processo é definido por uma espécie de observação instintiva. Para esse projeto em específico o objetivo foi ilustrar a comum dicotomia entre o que se é vivido interna e externamente por aqueles que sofrem de ideações suicidas.

Devido a dificuldade do tema, foi necessário exercer uma espécie de distância emocional para que minhas próprias experiências não pesassem as ilustrações desnecessariamente. Foi um processo pessoal ter exercitado esse auto-controle e explorar a linha que separa – que encontra – a minha visão pessoal e a necessidade de tato que falar publicamente sobre assuntos tão importantes exige.

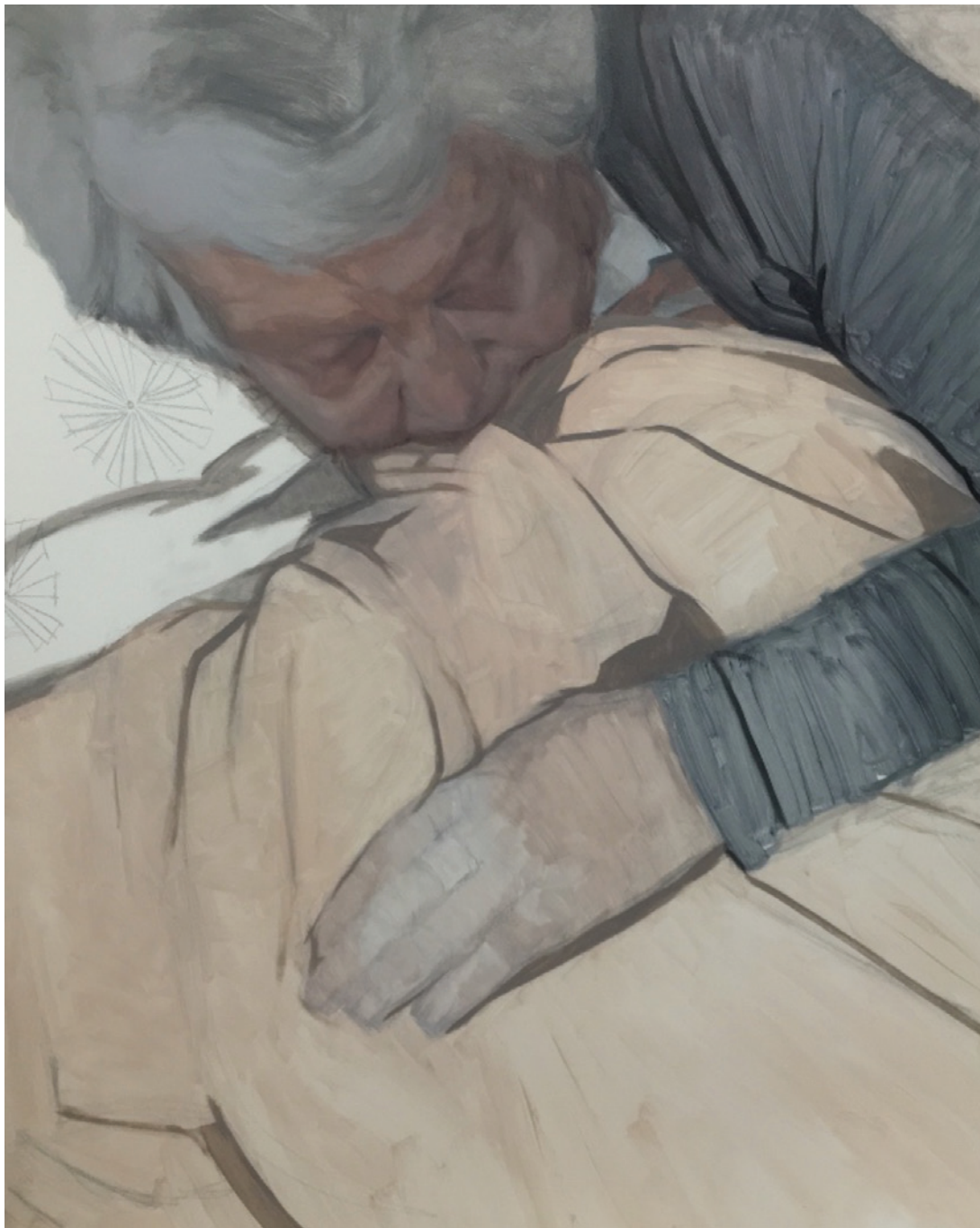














**PAINEL DE EXPERIÊNCIAS**

Limites da lucidez: desmistificando o diagnóstico

RAIO-X**Natália Lemes Araújo**

Bacharela em artes cênicas, pós-graduada em psicomotricidade e mestra em teatro pela Universidade Sorbonne Nouvelle – Paris 3. É animadora cultural do Sesc Ribeirão Preto e responsável pelo Trabalho Social com Idosos.





Entre os meses de novembro de 2019 e março de 2020, o Sesc Ribeirão Preto realizou o projeto Limites da Lucidez com o objetivo de trazer à luz a temática das demências, culminando no Alzheimer. O projeto faz parte dos ciclos temáticos desenvolvidos em conjunto com a Gepros (Gerência de Estudos e Programas Sociais), do Sesc São Paulo, que focam temas sensíveis ao envelhecimento, assuntos considerados difíceis, tabus.

O primeiro ciclo temático, Morar – espaços de afeto, ocorreu na Unidade de Santos, em 2016, e discutiu o assunto por meio de atividades com profissionais especializados e diálogos com os idosos, que moravam em diferentes tipos de habitação. O segundo ciclo, Finitudes, aconteceu no final do ano de 2017 e visou desmistificar a morte e discutir a existência humana, abordando o tema da vida enquanto findável e as possibilidades que essa (in) certeza sugere.

A unidade de Ribeirão Preto (1956), a mais antiga do interior, desenvolve um intenso trabalho com o público idoso, conta com mais de cem idosos frequentando a programação cotidianamente. Muitos frequentam o Trabalho Social com Idosos há 30 anos, pois, no passado, a pessoa já era considerada idosa aos 40 anos. Esses idosos têm, no Sesc, o local de prática de suas atividades físicas, de encontro e compartilhamento social, além do contato com a cultura artística por meio de fruição e produção estética.

Foi observando esse grupo e nas trocas com a Gepros que a programação da unidade decidiu a temática do ciclo – Limites da Lucidez. Estima-se que, no Brasil, cerca de um milhão e duzentas mil pessoas são acometidas por diferentes tipos de demências. Entende-se por demência um grupo de sintomas caracterizado por um declínio progressivo das funções intelectuais, severo o bastante para interferir nas atividades sociais e do cotidiano. A doença de Alzheimer é a forma

mais comum de demência. Entretanto, receber um diagnóstico desses não é simples, nem para a pessoa e nem para familiares. Muitas vezes, o núcleo familiar não sabe como lidar com a situação e a desinformação torna tudo mais difícil. Assim, decidimos montar um conjunto de programações – palestras, filmes, debates, rodas de conversa, intervenções artísticas, espetáculos teatrais, vivências e oficinas sobre a temática das demências em toda sua complexidade, a fim de informar, esclarecer, tornar acessível e, por que não dizer, poética, uma questão tão densa.

Começamos com uma performance chamada *Os Cegos*, em que homens e mulheres usando trajes sociais, cobertos de argila e de olhos vendados caminham lentamente, interferindo poeticamente no fluxo cotidiano da cidade. A performance traz a dúvida: quem, dentre eles, carrega em si algum tipo de demência? Seguimos com uma palestra de Viviane Mosé, que discorreu por duas horas sobre os questionamentos: quais são os limites entre consciência e inconsciência? Como podemos identificar estados de demência? Senilidade representa problemas cognitivos? Existe fuga do Alzheimer? Todas as questões são disparadoras desse projeto.

No mês de dezembro, trouxemos os filmes *Longe Dela* e *Poesia*, que mostraram diferentes casos de pessoas com Alzheimer e suas relações com entes queridos. Janeiro foi o mês do curso Envelhecimento, Patologias e Gerontecnologia, que apresentou de forma técnica as dimensões do envelhecimento, do Alzheimer e as possibilidades de criação em Gerontecnologia. Em fevereiro, exibimos o documentário *Alzheimer na Periferia* e esteve presente o diretor, Albert Klinke, e o criador do argumento, Prof. Dr. Jorge Felix.

O setor esportivo explorou o âmbito das memórias por meio dos movimentos cotidianos. O público foi provocado a repensar cada gesto,



desde o ato de levantar-se de uma cadeira, subir escadas, carregar compras, dançar ou praticar esportes. Nesse contexto, as vivências promoveram, de forma simples e dinâmica, atividades que desenvolvem a consciência corporal e aumentam o repertório motor e cognitivo.

O teatro de formas animadas também esteve presente em fevereiro, apresentando a temática com dois espetáculos – *Fios de memória*, da Cia. Espiral, e *Pequenas Coisas*, com a cia. Morpheus.

Março foi o mês mais intenso do projeto, seis palestras contribuíram para ampliar o olhar dos participantes sobre a temática. A primeira palestra, com o Dr. Paulo Fernandes Formighieri, apresentou tipos de demências, esclareceu dúvidas sobre os motivos do aparecimento da demência e esclareceu sobre o Alzheimer de maneira científica e acessível. O Dr. Ramón Lopes Neto orientou sobre as questões jurídicas e qual o momento em que a interdição é indicada.

Apesar de a primeira vista parecer uma violência, na verdade, pode ser uma proteção à pessoa idosa, quando por vezes ela não consegue cuidar de si mesma ou de seu patrimônio. Explanou sobre custódia e curatela, deveres e direitos da pessoa demente e seus familiares.

Daniela Arbex revelou a história de sua pesquisa, que culminou no livro: *Holocausto Brasileiro*, quando, durante décadas, milhares de pacientes foram internados à força, sem diagnóstico de doença mental, num enorme hospício na cidade de Barbacena, em Minas Gerais. A temática da Gerontecnologia foi apresentada pela professora Dra. Carla da Silva Santana Castro. Marcos Rodrigues, pesquisador da Universidade McGill, de Montréal, abordou a importância da atividade física regular na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças relacionadas ao declínio cognitivo.

A Nutrição e os cuidadores em casos de Alzheimer foram a temática da palestra com

Marcela P. de Oliveira Dias – nutricionista, Natália Benedetti - Mestre em Saúde do Idoso EERP-USP e Terezinha Corbani – proprietária do Residencial Divina Lola.

Como objetivamos abordar o tema de maneira suave e envolvendo os mais diversos públicos, julgamos fundamentais as ações artísticas. O espetáculo *Kintsugi – 100 Memórias*, do Grupo Lume, de Campinas, somou com sua pesquisa que propõe, a partir da exibição de 100 memórias, uma dramaturgia autoficcional desconstruída de maneira não narrativa, que transita periféricamente pela história dos intérpretes, suas histórias em grupo e, como projeção, pela história dos espectadores. *Kintsugi*, ou a beleza da imperfeição, é uma palavra japonesa que significa emenda com ouro. Essa arte consiste em reparar cerâmica quebrada com uma mistura de laca e pó de ouro, prata ou platina. Assim, os objetos guardam em si suas memórias. O grupo propõe a possibilidade de encontrar a superação a partir do encontro com a dor.

Matheus Nachtergaele integrou o projeto com seu espetáculo *Processo de Conscerto do Desejo*. No palco, ele apresenta uma personagem construída a partir das memórias deixa-

das por sua mãe, num conjunto de cartas escritas por ela. A palavra “conscerto”, escrita dessa forma, sem nada a mudar no título – com um concerto, Nachtergaele busca consertar desejos.

Ocorreram ainda intervenções artísticas na área de Convivência, leituras dramáticas e contações de histórias, além da vivência Café com Memória, facilitada pelas psicólogas Mariana Guendelekian Della Pietra e Isabel Alonso, que possibilitou um espaço de encontros cujo objetivo era o de socialização de idosos com perda de memória ou demências, acompanhantes e comunidade em geral. A proposta proporcionou a horizontalização das relações, onde o foco não era a doença e sim a possibilidade de troca entre todos. Dessa forma, o idoso saiu do lugar de paciente e retomou seu lugar de cidadão participativo, que vai a um café conversar e interagir.

Toda a programação foi frequentada por um público plural, formado de estudiosos a cuidadores, de curiosos a pacientes, crianças, adultos e idosos, possibilitando a desconstrução de estigmas relacionados à temática, desmistificação do diagnóstico, informação, conhecimento e muita poesia.



Assim, decidimos montar um conjunto de programações – palestras, filmes, debates, rodas de conversa, intervenções artísticas, espetáculos teatrais, vivências e oficinas sobre a temática das demências em toda sua complexidade, a fim de informar, esclarecer, tornar acessível e, por que não dizer, poética, uma questão tão densa.



RESENHA/LIVRO

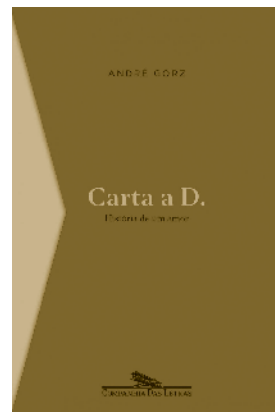
Carta a D. História de um Amor

por Fernanda Fava

Parece simbólico que o último livro de André Gorz, *Carta a D. História de um Amor*, tenha alcançado mais visibilidade após a morte do seu autor, em 2007, quando se suicidou com a esposa, Dorine Keir, que sofria de uma doença degenerativa incurável. Lançado um ano antes, ele diz muito mais sobre como viveram o filósofo austro-francês e sua companheira do que sobre como morreram.



“Você descobriu para mim a riqueza da vida, e eu a amava através de você”, André Gorz.



RAIO-X

Fernanda Fava

Mestre em Cinema pelo Instituto de Artes da Unicamp e jornalista formada pela UFSC, com especialização em Bens Culturais pela FGV. Atualmente integra a equipe de programação do Sesc Digital, braço responsável pelos projetos para a web do Sesc São Paulo.

Na carta-livro, escrita para Dorine, ele reconhece a importância da esposa em sua vida e obra. Relembra a sua presença ativa em diversos episódios que marcaram sua trajetória e se questiona por que essa participação está ausente de seus escritos. E, quando presente, não é fiel ao significado que ela adquiria em sua vida. “Eu não estava longe de considerar o amor um sentimento pequeno-burguês. Eu ‘falava de você num tom de desculpa, como se falasse de uma fraqueza’”, ele admite. Para, ao final, reconhecer: “Você acabou de fazer oitenta e dois anos. Continua bela, graciosa e desejável. Faz cinquenta e oito anos que vivemos juntos, e eu amo você mais do que nunca. Recentemente, eu me apaixonei por você mais uma vez, e sinto em mim, de novo, um vazio devorador, que só o seu corpo estreitado contra o meu pode preencher.”

Por isso, é também uma ode ao amor, no que ele tem de construção diária, compartilhamento e cumplicidade, vivido com compromisso nos 58 anos em que o casal viveu junto. “A paixão amorosa é um modo de entrar em ressonância com o outro, corpo e alma, e somente com ele ou ela. Estamos aquém e além da filosofia.”

Gorz foi jornalista, escritor, filósofo e economista. Teve valiosas contribuições aos estudos sobre trabalho e formas de opressão na sociedade, e o seu pensamento acompanhou as transformações ao longo do tempo neste campo do saber. Foi grande referência do marxismo existencialista e um dos precursores da ecologia política. Integrou a comissão editorial e foi colaborador da revista , ajudou

a fundar o jornal e foi uma das vozes mais importantes do Maio de 68 francês. Seu pensamento tem influências de interlocutores como Jean-Paul Sartre, Karl Marx e Ivan Illich. Escreveu obras como eEm ., ele se volta para a sua subjetividade, na qual o André Gorz filósofo se reencontra com o homem comum em sua relação com a passagem do tempo e com os afetos de uma vida, na qual a convivência íntima a dois se entrelaça com os traços biográficos da figura pública. Ou, indo mais além, um diálogo sobre a alteridade que habita em nós, na qual o “eu” e o “outro” não têm fronteiras tão demarcadas. “Você me dava acesso a uma dimensão de alteridade suplementar – a mim, que sempre rejeitei toda identidade e juntei uma identidade na outra, sem que nenhuma fosse realmente minha.” Por conta de tudo isto, Gorz encontra o universal dentro do singular. E constrói uma narrativa em cumplicidade com o leitor, com quem compartilha momentos de graça, ternura e dor.

Quando escreveu a carta a Dorine, Gorz acabara de completar 83 anos. “Eu havia chegado à idade em que a gente se pergunta o que fez da própria vida, o que queria ter feito dela”, ele explicava. “Você se desenvolvia em todas as suas dimensões. Estava firme em sua vida, enquanto eu sempre me apressara a passar à tarefa seguinte, como se a nossa vida só fosse começar mais tarde.”

Sentindo a urgência do presente, precisou revisitar o seu passado com novos olhares, e adotou como fio condutor sua relação com a esposa. “Lembro de ter escrito a E. que, no final das con-



“Você acabou de fazer oitenta e dois anos. Continua bela, graciosa e desejável. Faz cinquenta e oito anos que vivemos juntos, e eu amo você mais do que nunca. Recentemente, eu me apaixonei por você mais uma vez, e sinto em mim, de novo, um vazio devorador, que só o seu corpo estreitado contra o meu pode preencher.” (GORZ, A.)

tas, só uma coisa me era realmente essencial: estar com você. Eu não posso me imaginar escrevendo se você não mais existir.”

A reflexão nos inspira, frente ao mistério da existência e do seu fim, a olhar com mais atenção e mais consciência para a nossa relação com os outros – e com o outro em nós mesmos –, a fim de protagonizarmos a gestão dos nossos afetos e das nossas emoções. Lado a lado com nossas experiências sensoriais e intuitivas, talvez seja o que nos funda como indivíduos.

“Eu lhe escrevo para entender o que vivi, o que vivemos juntos.”

A memória é uma construção e adquire esta capacidade de dar sentido à existência quando organizada em sua autonarrativa. E a velhice, para muitos, talvez seja essa fase que propicia rever a dimensão dos nossos afetos e das nossas experiências na construção da nossa identidade.

Como muitas mulheres de sua época, Dorine era essa figura forte e convicta, com opiniões próprias e formação ímpar, que exerceu enorme influência naquilo que o marido iria se tornar, mas cujo nome ficou esquecido pela história. Assim como Gorz no final de sua vida,

talvez o mundo como um todo ainda careça de conferir o devido reconhecimento às “dorines” que tiveram trabalhos invisíveis de grande contribuição em seus campos de atuação.

A Dorine de plantou a semente de grandes reflexões para Gorz em sua relação com as teorias e o conhecimento. “Você respondia que a teoria sempre ameaça se tornar um constrangimento que nos impede de perceber a complexidade movediça da realidade”, escreveria o filósofo, reconhecendo que as interações com a companheira o incentivavam a jogar novos olhares sobre suas convicções. “Você não precisava das ciências cognitivas para saber que, sem intuições ou afetos, não há inteligência, nem sentido.”

Este pensamento trouxe um aporte valioso a obras como , por exemplo, com a diferenciação entre conhecimento e os saberes vivos e vividos, um capital humano que não é passível de ser apropriado pela lógica da apropriação capitalista. Era uma das respostas de Gorz a esta “complexidade movediça da realidade”, experimentada na prática e perscrutada até o final da sua vida.

Seremos o que fizermos juntos.

Gorz relembriaria, em ., este comentário que ouviu de Dorine, enquanto ele se objetava ao casamento. Quase 60 anos depois, a atitude de acabar com o sofrimento da esposa, terminando com a própria existência na sequência, deixou muitas pessoas perplexas, para as quais seu ato derradeiro não aparentava condizer com o pensamento de uma vida inteira.

Em tempos em que o tratamento midiático sobre o suicídio deve se cercar de muito cuidado – e certamente com razão –, talvez devamos nos esforçar por olhar para a morte de André Gorz

e Dorine Keir sem a capa de julgamento moral que normalmente acompanha esses casos. “Nós desejaríamos não sobreviver um à morte do outro. Dissemo-nos sempre, por impossível que seja, que, se tivéssemos uma segunda vida, iríamos querer passa-la juntos.”

Talvez, seja preferível entendê-lo como um ato de coragem e de amor e concordar, citando o pesquisador Ricardo Luiz Sapia de Campos, que sua morte encerra um ciclo de existência ética e “consegue plantar uma semente (de afeto e inteligência), contrariando instituições – a ética contra a moral”.



Em tempos em que o tratamento midiático sobre o suicídio deve se cercar de muito cuidado – e certamente com razão –, talvez devamos nos esforçar por olhar para a morte de André Gorz e Dorine Keir sem a capa de julgamento moral que normalmente acompanha esses casos.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS REVISTA MAIS 60: ESTUDOS SOBRE ENVELHECIMENTO

A revista *mais 60: estudos sobre envelhecimento* é uma publicação multidisciplinar, editada desde 1988 pelo Sesc São Paulo, de periodicidade quadrimestral, e dirigida aos profissionais que atuam na área do envelhecimento. Tem como objetivo estimular a reflexão e a produção intelectual no campo da Gerontologia, seu propósito é publicar artigos técnicos e científicos nessa área, abordando os diversos aspectos da velhice (físico, psíquico, social, cultural, econômico etc.) e do processo de envelhecimento.

NORMAS GERAIS

Os artigos devem seguir rigorosamente as normas abaixo, caso contrário, não serão encaminhados para a Comissão Editorial.

- Os artigos não precisam ser inéditos, basta que se enquadrem nas normas para publicação, que serão apresentadas a seguir. Quando o artigo já tiver sido publicado deve ser informado em nota à parte sob qual forma e onde foi publicado (revista; palestra; comunicação em congresso etc.).
- Ao(s) autor(es) será(ão) solicitado a Cessão de Direitos Autorais conforme modelo Sesc São Paulo – quando da aceitação de seu artigo. Os direitos de reprodução (copyright) serão de propriedade do Sesc São Paulo, podendo ser reproduzido novamente em outras publicações técnicas assim como no Portal Sesc São Paulo www.sescsp.org.br.
- Os conceitos emitidos no artigo são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo, obrigatoriamente, a opinião da Comissão Editorial da Revista.
- Todos os artigos enviados, e *que estiverem de acordo com as normas*, serão analisados pela Comissão Editorial que opinará sobre a pertinência ou não de sua publicação. No caso de aceitação do artigo, o(s) autor(es) será(ão) contatado(s) pelo correio eletrônico e terá(ão) direito a receber 01 (um) exemplar da edição em que seu artigo for publicado.
- Os artigos devem ser enviados para o endereço eletrônico revistamais60@sescsp.org.br.
- Os artigos devem conter enviar uma breve nota biográfica do(s) autor(es) contendo: o(s) nome(s); endereço completo; endereço eletrônico, telefone para

contato; se for o caso, indicação da instituição principal à qual se vincula (ensino e/ou pesquisa) e cargo ou função que nela exerce.

- Os direitos de reprodução (copyright) dos trabalhos aceitos serão de propriedade do Sesc, podendo ser publicados novamente e o autor também autoriza disponibilização no sítio www.sescsp.org.br.
- Os trabalhos aceitos serão submetidos à revisão editorial e apenas modificações substanciais serão submetidas ao(s) autor(es) antes da publicação.

APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

- a) Os **ARTIGOS** deverão ser apresentados em extensão .doc ou .docx e devem conter entre 20.000 e 32.000 caracteres, sem espaço, no total. Isto é, incluindo resumo, abstract, bibliografia.
- b) O **RESUMO** deve apresentar de forma concisa o objetivo do trabalho, os dados fundamentais da metodologia utilizada, os principais resultados e as conclusões obtidas e conter cerca de **200 palavras**. Deve vir acompanhado por até cinco palavras que identifiquem o conteúdo do trabalho, as palavras-chave.
- c) O **ABSTRACT** também deve conter cerca de 200 palavras e vir acompanhado por até cinco palavras que identifiquem o conteúdo do trabalho, as keywords.
- d) O **ARTIGO** deve conter: Introdução, Desenvolvimento e Conclusão ou Considerações Finais, não necessariamente com essa denominação.
- e) As referências bibliográficas, notas de rodapé e citações no texto deverão seguir as normas da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas ou as Normas de Vancouver.
- f) **CATEGORIAS DE ARTIGOS**: Resultados de pesquisa (empírica ou teórica), Relatos de experiência, Revisão de literatura.
- g) **ILUSTRAÇÕES**: As ilustrações (gráficos, fotografias, gravuras etc.) devem ser utilizadas quando forem importantes para o entendimento do texto. Pede-se que fotos (mínimo 300 dpi), mapas, gráficos ou tabelas tenham boa resolução visual, de forma que permitam a qualidade da reprodução. As ilustrações deverão ser numeradas no texto e trazer abaixo um título ou legenda, com indicação da fonte/autor.
- h) **FOTOS**: No caso de utilização de fotos (necessariamente em alta resolução, mínimo de 300 dpi) devem vir acompanhadas de autorização de veiculação de imagem do fotografado e com crédito e autorização de publicação do fotógrafo (modelo Sesc São Paulo).



O Sesc – Serviço Social do Comércio é uma instituição de caráter privado, de âmbito nacional, criada em 1946 por iniciativa do empresariado do comércio e serviços, que a mantém e administra. Sua finalidade é a promoção do bem-estar social, a melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento cultural do trabalhador no comércio e serviços e de seus dependentes – seu público prioritário – bem como da comunidade em geral.

O Sesc de São Paulo coloca à disposição de seu público atividades e serviços em diversas áreas: cultura, lazer, esportes e práticas físicas, turismo social e férias, desenvolvimento infantil, educação ambiental, terceira idade, alimentação, saúde e odontologia. Os programas que realiza em cada um desses setores têm características eminentemente educativas.

Para desenvolvê-los, o Sesc São Paulo conta com uma rede de 40 unidades, disseminadas pela capital, grande São Paulo, litoral e interior do estado. São centros culturais e desportivos, centros campestres, centro de férias e centros especializados em odontologia e cinema.

CONSELHO REGIONAL DO SESC – 2018-2022

Presidente Abram Szajman

Diretor do Departamento Regional Danilo Santos de Miranda

Membros Efetivos Aguinaldo Rodrigues da Silva, Benedito Toso de Arruda, Célio Simões Cerri, Dan Guinsburg, Jair Francisco Mafra, José Carlos Oliveira, José de Sousa Lima, José Maria de Faria, Manuel Henrique Farias Ramos, Marco Antonio Melchior, Marcos Nóbrega, Milton Zamora, Paulo João de Oliveira Alonso, Paulo Roberto Gullo, Rafik Hussein Saab, Reinaldo Pedro Correa, Rosana Aparecida da Silva, Valterli Martinez

Membros Suplentes Aldo Minchillo, Alice Grant Marzano, Amilton Saraiva da Costa, Antonio Cozzi Júnior, Costabile Matarazzo Junior, Edgar Siqueira Veloso, Edison Severo Maltoni, Edson Akio Yamada, Laércio Aparecido Pereira Tobias, Omar Abdul Assaf, Sérgio Vanderlei da Silva, Vitor Fernandes, William Pedro Luz

REPRESENTANTES DO CONSELHO REGIONAL JUNTO AO CONSELHO NACIONAL

Membros Efetivos Abram Szajman, Ivo Dall’Acqua Júnior,
Rubens Torres Medrano

Membros Suplentes Álvaro Luiz Bruzadin Furtado, Francisco Wagner de La Torre,
Vicente Amato Sobrinho

mais60

ESTUDOS SOBRE ENVELHECIMENTO

Volume 30 | Número 76 | Abril de 2020

NESTA EDIÇÃO:

As taxas de suicídio entre pessoas com 70 anos ou mais de idade, em quase todas as regiões do mundo, estão aumentando. Essa situação é um problema de saúde pública que também tem crescido no Brasil. O assunto é discutido no artigo principal da Prof. Dra. Daiane Borges Machado. As gravuras relacionadas ao artigo de capa, foram produzidas pela artista plástica Lorena Lannes.

A doutoranda em Saúde Pública - Flávia Jôse Oliveira Alves – discute sobre as *Tentativas de suicídio em idosos no Brasil: Características sociodemográficas e série temporal das hospitalizações nos últimos 10 anos* e traz dados importantes sobre o assunto.

Os artigos *Envelhecimento e cuidados continuados integrados: uma nova perspectiva no cuidado à saúde do idoso em Campo Grande/MS* de Eli Fernanda Brandão Lopes, Carolina de Sousa Rotta, Edivania Anacleto Pinheiro Simões e Maria de Fátima Bregolato Rubira de Assis, e *Efetividade do treinamento de dupla tarefa no desempenho funcional em idosos* de Jéssica Boaventura de Oliveira, Elisandra Galvão Lopes e Dauana Bomfim França compartilham experiências exitosas.

No artigo “*Exposição de Mala Pronta - o viajante do Sesc conta sua história*”, o público idoso tem destaque, e o turismo é analisado de forma contemporânea. Já a entrevista dessa edição é com Ume Shimada, 93 anos, empreendedora e moradora de Registro, região do Vale do Ribeira, em São Paulo. Seu nome inspirou a marca de chá preto artesanal que ela fundou em 2014, aos 87 anos.

A resenha fica por conta do último livro de André Gorz - Carta a D. História de um amor – que alcançou mais visibilidade após sua morte, em 2007, quando se suicidou com a esposa, Dorine Keir, que sofria de uma doença degenerativa incurável.

Para completar esta edição, o Painel de Experiências traz o ciclo *Limites da Lucidez* que ocorreu no Sesc Ribeirão Preto, e abordou as demências como tema principal.

sescsp.org.br



Baixe grátis essa e outras publicações do Sesc São Paulo disponíveis em

